



Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 40 **VERANO** año **2016**

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]
Estamos.

INFORMES DE LA AMSM [pág. 3]
Informe sobre evolución de recursos de salud mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015.

DOCUMENTOS DE LA AEN [pág. 12]
Manifiesto de Cartagena.

COLABORACIONES [pág. 14]
Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental.
María Alonso Suárez

La tiranía de la evidencia en rehabilitación laboral.
Eva M^a Muñoz Giner

El arte de hacer el mínimo daño en salud mental.
Alberto Ortiz Lobo

Equipos de gestión compartida (EGC): una experiencia sobre la participación real y efectiva de las personas usuarias en nuestros servicios.
Ana Isabel Pérez Zabalza, Arantza Hernández Echarren, Cristina Monreal Güillorme, Silvia Mateo Asín

Reflexiones sobre el trabajo cotidiano en la unidad de hospitalización breve.
Esther Gómez Rodríguez, Déborah Ortiz Sánchez

Intervención de Víctor Rivelles Sevilla en la "Mesa asistencial. Unidades de hospitalización breve, los retos cotidianos de un espacio para el buen trato", XXI Jornadas de la AMSM.

A PROPÓSITO DE... [pág. 58]
Recovery in the bin

HEMOS LEÍDO... [pág. 61]
El encarnizamiento médico con las mujeres", De Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández.
Alberto Ortiz Lobo

Psicofármacos que matan y denegación organizada", de Peter C. Gøtzsche.
Alberto Ortiz Lobo

HEMOS ESTADO... [pág. 64]
Reflexiones en torno al 7º Congreso Mundial de Earing Voice.

EL PANÓPTICO [pág. 66]

BOLETÍN
DE LA **ASOCIACIÓN**
MADRILEÑA
DE **SALUD MENTAL**

JUNTA DIRECTIVA 2015-2018
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTES

María Alonso Suárez
Miguel Donas Hernández

SECRETARIO

Miguel Ángel Martínez Barbero

TESORERA

Marta Carmona Osorio

VOCAL DE PUBLICACIONES

José Morales Zamorano

VOCALES

Eva Muñoz Giner
Alberto Ortiz Lobo
Agustina Crespo Valencia
Angel Luis Lucas Sanz

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Maite Climent Clemente
Belén González Callado
Carmen Cañada Gallego
Mariano Hernández Monsalve

Editorial



Fuente: : triaingenieria.es

ESTAMOS

Durante los últimos años, en especial en nuestras jornadas y congresos hemos hecho un esfuerzo por hacer crecer nuestro discurso, ampliando nuestro saber profesional desdibujando las categorías que nos separan para de verdad poder ser multiprofesionales e interdisciplinarios más allá de las siglas. Hemos intentado crear espacios de encuentro para los diálogos más difíciles, y buscar palabras nuevas para las profesiones y la salud mental que queremos construir. No somos el único colectivo sumido en transformar la realidad; sin ir más lejos escasos días antes de que se escriba este editorial se ha firmado en las jornadas nacionales de la AEN-PSM un manifiesto destinado a crear unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción, firmado por varios colectivos. Un manifiesto que pretende señalar la puesta en marcha de mecanismos de cambio que ya no pueden pararse. No es desiderativo, es descriptivo de lo que ya está en marcha y es imparable. Una creciente red de colectivos reivindicativos así lo avala.

*“No somos el único colectivo sumido
en transformar la realidad”*

Al fin y al cabo la sensación universal ante la representación de la antigua psiquiatría en la ficción, con su dolorosamente no exagerada violencia, es un “menos mal que dejamos de hacer esas cosas”. Es absurdo pensar que dentro de setenta años no pensaremos lo mismo de la atención a la salud mental que proveemos ahora. Para construir el alivio de dentro de unas décadas hacen falta muchos factores. El que los profesionales vislumbremos otra forma de trabajar. Que lo veamos juntos en nuestros cónclaves pero también en el día a día del trabajo, en las consultas individuales, en los grupos, en las urgencias, en los dispositivos de rehabilitación, etc. Y también que quienes gobiernan, quienes diseñan, quienes manejan los recursos nos proporcionen las herramientas necesarias para una evolución que no podemos hacer solos.

Estamos en ello. Nos hemos reunido con los responsables de sanidad de los distintos partidos que persiguen gestionar los recursos públicos. Creemos que el papel de un colectivo de profesionales es también poder hacer presión a los legisladores, aportando nuestra perspectiva, y así lo estamos haciendo. En ciertos argumentarios para partidos políticos, en resoluciones presentadas en la Asamblea de Madrid, en Propuestas No de Ley, podemos ver datos y conclusiones extraídos de nuestros informes y nuestro trabajo. No sólo del de esta junta directiva, ni de la anterior, sino del saber acumulado y el trabajo por parte de los profesionales que desde 1987 conformamos este proyecto.

*“el papel de un colectivo de
profesionales es también poder
hacer presión a los legisladores”*

Editorial tras editorial hemos señalado la progresiva dilución de los planes de salud mental, la oscuridad de los datos oficiales, el grito escandaloso de los que nosotros hemos recabado (valga de ejemplo la violenta asimetría de las listas de espera en salud mental infanto-juvenil, asimetría e inequidad que, lejos de ser una excepción, consideramos una constante en nuestros maltrechos servicios públicos). Consideramos una obligación de la AMSM el proporcionar a profesionales/usuarios pero también al grueso de la ciudadanía una radiografía de los servicios de salud mental que ofrecemos. Desde lo oficial se puede vender éxito en volutas, se pueden manipular las cifras, se puede vivir en una eterna campaña en la que anunciar a bombo y platillo lo que suena bien pero apenas se necesita mientras se dejan abandonados aquellos frentes que podrían garantizar la equidad, la accesibilidad y la universalidad de la atención. Valgan de ejemplo áreas con decenas de programas monográficos pero un abandono flagrante de las estructuras básicas del área, convirtiendo a los

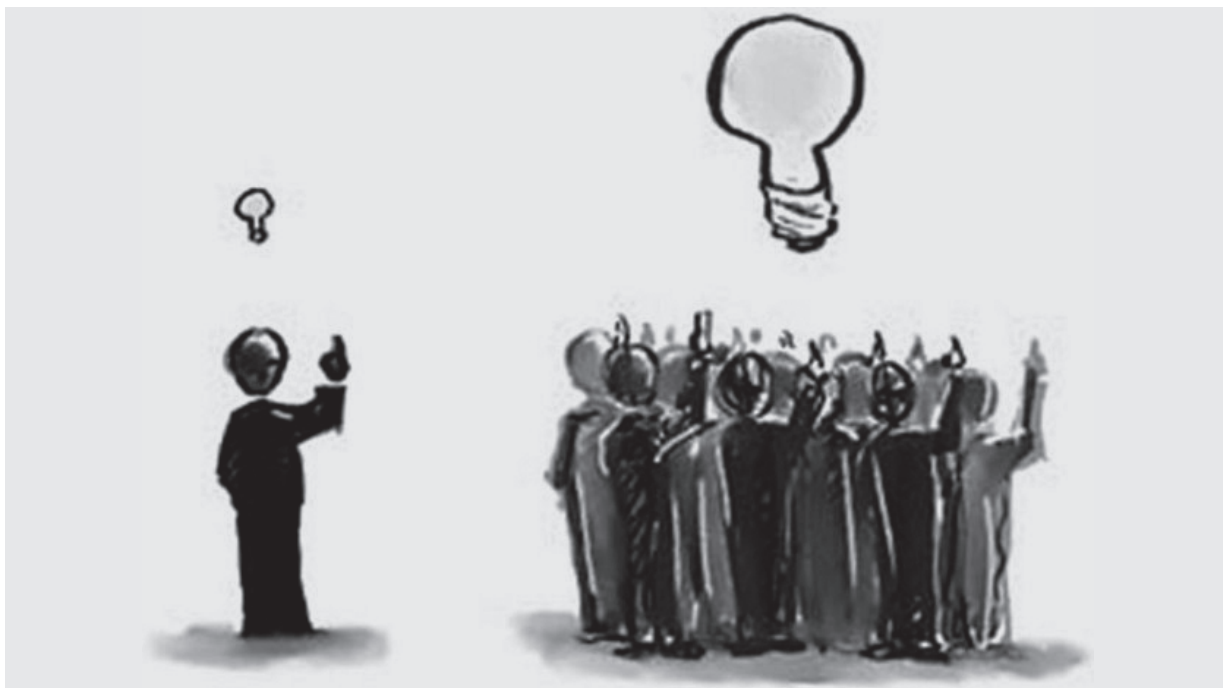
centros de salud mental en dispositivos eternamente atascados. Desde lo oficial se puede vender todo eso, pero no nos pueden quitar la información que obtenemos de primera mano en nuestro día a día.

“desmantelar el modelo de áreas es
una decisión política”

Por eso es preciso estar en la agenda política, es preciso que lo que vemos a diario llegue a los que pueden hacer cambios estructurales. Porque desmantelar el modelo de áreas es una decisión política. Abolir las jefaturas de distrito y dejar que áreas enteras dependan de jefaturas de hospital lejanísimas (no sólo en distancia) a las necesidades de los ambulatorios y de la comunidad es una decisión política. Las últimas décadas han estado dominadas por el discurso de la eficiencia, de los números pretendidamente *apolíticos, neutros, carentes de intención*. Esa “*gestión basada en los números y no en las ideas*” es la misma que ha pervertido los “*basados en la evidencia*” hasta convertirlos en una herramienta del poder. Un poder que a día de hoy sigue teniendo como prioridad fragmentar lo público y mercantilizar la atención. Y observamos esta dinámica en el desmantelamiento de las áreas y en muchísimas otras medidas, que nos venden como *avances* de la ciencia, como *modernización* de la atención, cuando en verdad son políticas neoliberales, que destruyen lo levantado hasta la fecha y salan los campos donde pretendemos sembrar un futuro distinto.

Es preciso estar en el día a día de los profesionales, es preciso estar con las reivindicaciones de los usuarios, y también es preciso estar sobre las mesas de los legisladores. Y estamos.

Junta de la AMSM



Fuente: peopleandideas.gr

Informes de la AMSM



INFORME SOBRE EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2000-2014

Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental

La AMSM recoge periódicamente los datos estructurales (centros y recursos humanos) del conjunto de dispositivos de la red de Salud Mental dependientes tanto de la Consejería de Sanidad como de la Consejería de Servicios Sociales. Sin embargo el último informe en que publicamos con un recuento de datos se remonta al año 2007 (Boletín de la AMSM de Otoño de 2008), coincidiendo con la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad y del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente (PASPEMGD) 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Desde la finalización de estos dos planes la inversión en recursos de salud mental, coincidiendo con la crisis, ha sido testimonial y lo que ha estado en juego durante estos últimos años ha sido el propio modelo organizativo con la desaparición de las áreas sanitarias, la integración de los recursos ambulatorios en las gerencias hospitalarias, la introducción de mecanismos de mercado, la privatización de centros y la nueva forma de financiar los recursos de la Red de Servicios Sociales. Todo ello amparado por un Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 fallido. En octubre de 2014 emitimos un **informe sobre la situación de la organización de la red** en el contexto de los cambios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y otro sobre el creciente peso de la **gestión privada**, que se puede consultar en la página web de la AMSM.

“lo que ha estado en juego durante estos últimos años ha sido el propio modelo organizativo”

Por este motivo nos ha parecido oportuno presentar ahora un nuevo **informe de la evolución de los recursos estructurales** desde el año 2000 hasta el año 2014, periodo que comprende los dos planes de salud mental que han estado vigentes. No hemos incluido los recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias.

METODOLOGÍA

Hemos utilizado para ello dos tipos de fuentes:

1. Datos Oficiales de la Comunidad de Madrid.

- Datos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Los datos del Red Pública de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (en adelante RPASPEMGD) son públicos, los responsables los actualizan periódicamente y los facilitan cuando se les solicita. En este caso sólo se han utilizado estos datos.
- Datos de la Red de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Hemos solicitado en diferentes ocasiones datos a los responsables de la Oficina Regional de Salud Mental o a los sucesivos Directores Generales y no se nos han proporcionado. Los últimos datos oficiales son de 2008 y aparecen publicados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Además estos datos presentaban importantes omisiones (como el número de profesionales de los servicios hospitalarios, de las unidades de media y larga estancia o recursos concertados) y otros datos aparecen agregados de tal manera que no reflejan la realidad de los servicios (por ejemplo no se diferencian profesionales de los equipos de infantil de adultos o aparecen de forma conjunta los profesionales de hospitales de día y centros de salud Mental).

2. Datos de elaboración de propia, a través de un cuestionario que es rellenado por los responsables distintos dispositivos o profesionales que trabajan en los mismos. Este cuestionario lo hemos ido aplicando desde el año 2005 y en el aparecen los datos desagregados por tramos de edad de la población atendida y por los distintos dispositivos. Son datos de los profesionales reales que están trabajando en el centro, independientemente de su tipo situación contractual.

1. CENTROS DE SALUD MENTAL

Tabla 1. Centros de Salud Mental.

Centros de Salud Mental adultos e infantil						
	Año 2000. Datos Oficina Salud Mental ¹	Año 2005. Datos Observatorio AMSM ²	Año 2007 Datos Observatorio AMSM ³	Año 2009. Datos Oficina Salud Mental ⁴	Año 2012. Datos Observatorio AMSM ⁵	Año 2012. Datos Oficina Salud Mental. Solo centros gestión pública ⁶
Psiquiatras CSM	223	221.4	299	300	292	263.6
Psicólogos clínicos CSM	139	150	174	169	169	146.4
DUE	98	106	107	110	109	NC
T:S	59	67.5	78	77	70	NC
Consultas nuevas	38.639 ⁷			58.340 ⁸		93.729
Pacientes en continuidad de cuidados				5.793 ⁸		

1) Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Se han descontado los profesionales de los Hospitales de Día. 2) Publicado en: Observatorio de Salud Mental de Madrid. Boletín de la AMSM. Número Extraordinario Primavera 2006. 3) Publicado en: Boletín AMSM. Otoño 2008. 4) Datos facilitados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin publicar. 5) Datos Recogidos por el Observatorio de Salud Mental de la AMSM. Sin publicar. 6) Datos elaborados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin publicar. No incluyen los profesionales de los SSM de gestión privada en 2012: Arganzuela, Moncloa, Valdemoro, Aranjuez y Torrejón. 7) No se incluyen los distritos de Tetuán, Chamberí y Usera. 8) Datos de 2007. Memoria de actividad de 2007. Publicado en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

Tabla 2. Datos de actividad 2012. Oficina Regional de Salud Mental.

Hospital	CSM	RRHH Psic + Psicol CSM	Psiquiatras CSM	Psicólogos CSM	Nuevas	Sucesivas	TOTAL ACTIVIDAD N+S	Actividad NUEVAS/ RRHH	Actividad total/RRHH	Población (TSI 2012)
LA PAZ	FUENCARRAL	3,4	10,4	5,6	2835	23797	26632	177,18	1664,5	205580
	TETUAN	15	9	6	2137	17945	20082	142,46	13038	174449
	COLMENAR V.	8	5	3	1120	12288	13408	140	1676	119953
CLÍNICO	CENTRO	6,8	4,8	2	1369	10714	12083	201,32	1776,91	130244
	CHAMBERÍ	7,4	4,4	3	2181	13357	15538	294,72	2099,72	139610
	LATINA	13,8	9	4,8	2495	21031	23526	180,79	1704,78	244406
RAMÓN Y CAJAI	BARAJAS	6	3	3	795	7853	8648	132,5	1441,31	47786
	CIUDAD LINEAL	17	10	7	2639	15200	17839	155,23	1049,35	198254
	HORTALEZA	10	6	4	2146	9958	12104	214,6	1210,4	196179
	SAN BLAS	13	8	5	2110	9921	12031	162,3	925,46	162384
G. MARAMÓN	MORATALAZ	13	7	6	2128	11641	13769	163,6	1059,15	170964
	RETIRO	11	7	4	2461	9428	11889	223,7	1080,81	91715
DOCE OCTUBRE	USERA	15	9	6	3289	24677	27966	219,2	1864,4	166585
	CARABANCHEL	20	12	8	3853	26923	30776	192,6	1538,8	215884
	VILLAVERDE	14	9	5	3094	20456	23550	221	1682,14	158127

Hospital	CSM	RRHH Psic +Psicol CSM	Psiquiatras CSM	Psicólogos CSM	Nuevas	Sucesivas	TOTAL ACTIVIDAD N+S	Actividad NUEVAS/ RRHH	Actividad total/RRHH	Población (TSI 2012)
GETAFE	GETAFE	15	10	5	2572	13740	16312	171,4	1087,4	165391
PRÍNCPE DE ASTURIAS	ALCALÁ	22	17	5	3635	32661	36346	167,5	1651,9	237099
MÓSTOLES	MÓSTOLES	19	12	7	6310	22387	28697	332,1	1510,36	250749
	NAVALCARNERO	6	4	2	1138	6467	7605	189,6	1267,5	71574
	Cons. UTCA				189	2574	2763			
PUERTA DE HIERRO	MAJADAHONDA	15	8	7	3240	22537	25777	216	1718,4	320565
	VILLALBA	11	8	3	2147	17292	19439	195,1	1767,18	223264
	Cons. Hospital				945	1876	2871			
LA PRINCESA	CHAMARTIN*	9	6	3	1354	6199	7553	225,6	1258,33	130633
	SALAMANCA*	5	4	1	1620	8305	9925	405	2481,25	135144
	Cons. Hospital				591	4073	4664			
JOSÉ GERMAIN	LEGANES IPJG	17	12	6	3200	21898	25098	188,2	1476,35	170601
SEVERO OCHOA	Cons. Hospital				302	1323	1625			
FUENLABRADA	FUEN LABRADA	17	11	6	3504	19859	23363	206,1	1374,29	224563
ALCORCÓN	ALCORCÓN	13	8	5	3798	13666	17464	292,1	1343,38	167942
	Cons. Hospital				510	1257	1767			
INF CRISTINA	PARLA	11	8	3	3124	10881	14005	284	1273,18	199737
SURESTE	ARGANDA/RIVAS	9	6	3	1999	6765	8764	222,1	973,77	171129
	Cons. Hospital				163	502	665			
INFANTA LEONOR	VALLECA5	14	9	5	6922	18338	25260	494,4	1804,28	150942
	PUENTE	17	11	6	6131	21910	28041	360,6	1649,47	182065
	Cons. Hospital						0			
INFANTA SOFÍA	ALCOBENDAS	12	9	3	2441	23375	25816	203,4	2151,33	243338
	Cons. Hospital				420	1953	2373			
HENARES	COSLADA	11	7	4	2772	11953	14725	252	1338,63	160695

Los datos que disponemos son a fecha de Diciembre de 2012. Desde entonces no ha habido apenas cambios en el número de profesionales por lo que la serie se puede trasladar al momento actual. De los cerca de 300 psiquiatras alrededor de 45 se dedican a la atención infanto-juvenil y de los cerca de 170 psicólogos alrededor de 50. Comentarios:

- El número de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid es oficialmente de 36. Actualmente 7 de ellos son de gestión privada: Torrejón (gestionado por Sanitas), Arganzuela, Moncloa, Navalcarnero, Valdemoro, Aranjuez y Collado-Villalba (gestionados por IDC-Salud). Los CSM privatizados pertenecientes a la IDC-Salud han disminuido sus plantillas, pasándose parte de la actividad a consultas externas hospitalarias y quedando los CSM con una actividad que nada tiene que ver con la que se realizaba cuando eran públicos.
- Durante el Plan de Salud Mental 2003-2008, que contó con financiación extraordinaria se incrementaron las plantillas de psiquiatras y psicólogos clínicos en los CSM. Desde el año 2007 prácticamente se han mantenido igual.

- La demanda de atención psicológica en los CSM ha ido incrementándose en los últimos años sin que se hayan contratado más psicólogos clínicos, por lo que las listas de espera se han disparado en este caso en muchos CSM.
- El número de enfermeras y trabajadores sociales se mantiene practicante igual desde hace más de 15 años. Esto explica en parte el escaso desarrollo de los Programas de continuidad de Cuidados Comunitarios de los CSM para personas con problemas graves de salud mental, incluida la atención domiciliaria. En el año 2009 había alrededor de 5.800 personas incluidas en este programa. No hay datos públicos desde entonces. Esta carencia de trabajadores sociales y enfermería cualificada en los CSM es uno de los mayores lastres de la atención comunitaria.
- Falta de equidad entre los Centros de Salud Mental. En el Boletín de la AMSM de Otoño de 2008 publicábamos los datos detallados de los profesionales por cada uno de los Centros de Salud Mental, con tasas por población. En el análisis que efectuamos se podían ver importantes diferencias entre unos

servicios y otros. Dado que las plantillas son similares a las actuales, este problema, lejos de arreglarse, se ha agravado. El Plan de Salud Mental 2010-2014 renunció a la planificación territorializada, por lo que los problemas de equidad se pasarían a solucionar a través de la libre elección o mecanismos de mercado interno, cosa que no ha sucedido.

– Los datos de actividad de los CSM nunca han sido fiables, dada la falta de rigor en su recogida. Por eso su interpretación siempre ha de hacerse de forma muy cautelosa. No obstante en las series recogidas se puede ver un incremento del número de nuevas consultas de casi un 30% entre los años 2007 y 2012, que sería aun mayor si se incluyesen

Muestra de lista de espera infanta-juvenil en 10 CSM: Fuente: elaboración propia

Centro de salud mental	Corte 15 junio 2015				Corte 2 noviembre 2015			
	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera
Fuencarral-Castroviejo	15/09/2015	92	28/09/2015	105	04/12/2015	32	02/01/2016	61
Getafe	01/10/2015	108	22/10/2015	129	16/12/2015	44	30/01/2016	89
Salamanca	12/01/2016	211	12/04/2016	291	08/02/2016	98	01/07/2016	242
Tetuán	29/10/2015	136	21/10/2015	128	14/01/2016	73	14/12/2015	42
Fuenlabrada	15/09/2015	92	15/09/2015	92	17/12/2015	45	10/12/2015	38
Leganés	09/09/2015	86	10/09/2015	87	12/11/2015	10	25/11/2015	23
Alcalá-especialidades	08/09/2015	85	03/11/2015	141	10/12/2015	38	05/01/2016	64
Alcalá-puerta de Madrid	3/08/2015	49	21/09/2015	98	09/11/2015	7	23/11/2015	21
Colmenar viejo	29/09/2015	106	16/10/2015	123	12/01/2016	71	18/12/2015	46
Alcobendas	No reg.	-	No reg.	-	11/12/2015	39	01/04/2016	151
Puente de Vallecas	26/10/2015	133	06/04/2016	296	07/11/2016	371	14/09/2016	317
Villa de Vallecas	31/08/2015	77	11/01/2016	210	11/11/2016	375	29/03/2016	148

los CSM privatizados. Este dato no es equiparable a un incremento real de incidencia, pero si da una idea de que la demanda ha crecido y sobre todo del incremento del tiempo de las agendas de los facultativos a la evaluación frente al tratamiento de los pacientes o las coordinaciones con otros niveles asistenciales o recursos sociosanitarios, ya que los indicadores que manejan las gerencias hospitalarias se limitan controlar la listas de esperas y no la calidad de atención.

- Esta infradotación de personal de los Centros de Salud Mental explica en parte su colapso actual y la falta de capacidad de innovación para adecuarse a la demanda. Evidentemente no es solo una falta de recursos. Se explica también por la ausencia de una estrategia de política de salud mental a nivel central y por la regresión que el modelo comunitario ha tenido con la integración en las Gerencias Hospitalarias (ver el informe de la AMSM de Septiembre de 2014).
- Los equipos de infanto-juvenil nunca son recogidos por separado en las estadísticas oficiales ni se analiza de forma diferenciada los indicadores de actividad, pero **los datos de**

lista de espera, sobre todo para las consultas de psicología clínica nos muestra problemas similares o incluso de mayor magnitud que en adultos.

2. SERVICIOS HOSPITALARIOS

Tabla 3. Recursos Hospitalarios.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	13	23	25
CAMAS FUNCIONANTES	461	533	577
CAMAS GESTIÓN PRIVADA	32 (7%)	60 (11%)	99(17%)
CAMAS H. PSIQUIATRICO	180 (39%)	106 (20%)	86 (14%)
PSIQUIATRAS HOSPITAL ¹	121	133	159
PSICOLOGOS CLINICOS HOSPITAL ¹	15	25	28

1) Fuente: elaboración propia. Comprende todos los psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajan en el Hospital: UHB, interconsulta o consultas externas.

CAMAS DE DEPENDENCIA A ALCOHOL			
	2000	2008	2014
Deshabitación Alcohólica (UDA)			
Numero	1	1	1
camas	19	19	19
Desintoxicación de Alcohol		15	15
Unidades		2	2
Camas		15	15

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	2	2
CAMAS	34	39	39

El crecimiento de camas hospitalarias se realizó sobre todo a lo largo del año 2008 con la apertura de las Unidades de Hospitalización Breve de los nuevos hospitales, añadiéndose posteriormente las de los hospitales de gestión privada, Rey Juan Carlos de Móstoles (2012) y Collado-Villalba (2014) y el concierto con Nuestra Señora de La Paz para el Hospital de Torrejón (2012).

Comentarios:

- Esta ha sido la última gran inversión en recursos de Salud Mental. Ha sido una inversión mal planificada. Abrir una Unidad de Hospitalización supone una gran inversión, incluidos los recursos humanos. No se hizo un análisis de necesidades de camas con criterios geográficos, de tal manera que se abrieron unidades pequeñas y costosas en algunos hospitales cuando se podían haber ampliado camas en otros (por ejemplo Getafe-Parla); se concentraron camas en algunas zonas (por ejemplo en la antigua Área 8 hay alrededor de 65 camas en tres hospitales) y en algunas zonas los ingresos se realizan ahora en hospitales mucho más lejanos por criterios de empresa (Torrejón o Valdemoro).
- Esto ha supuesto que en términos globales desde el 2007 se ha traspasado la inversión en recursos comunitarios a recursos hospitalarios. Si los CSM no pueden atender adecuadamente las crisis de los pacientes, el resultado es que pese al incremento de camas los índices de ocupación se acercan al 100%.
- Actualmente hay alrededor de 160 psiquiatras trabajando en los servicios hospitalarios de adultos, tanto en las unidades de ingreso, como en los servicios de interconsulta y consul-

tas externas. Existe una gran variabilidad en la distribución de los profesionales por hospitales sin que se corresponda claramente con el tamaño del hospital, número de camas psiquiátricas o con la población atendida (**ver boletín de la AMSM 2008**). Esto va en paralelo con la oferta de consultas externas específicas en los hospitales que cuentan con plantillas más extensas y cuya creación se ha realizado sin un adecuado estudio de necesidades y sin demostrar mejores resultados que las intervenciones en los CSM.

- Es llamativa la falta de Psicólogos Clínicos en los hospitales. Solo hay alrededor de 28 psicólogos clínicos en los servicios hospitalarios y en un total de 7 hospitales no cuentan con ninguno.

3. HOSPITALES DE DÍA

Los Hospitales de Día tuvieron su mayor desarrollo durante el Plan de Salud Mental de 2003-2008. Todavía existen algunas zonas de Madrid que no disponen de este recurso (como por ejemplo en La Paz, aunque parece que está previsto su apertura).

Existe una gran variabilidad en los modelos de intervención. Existen Hospitales de día con esquemas de funcionamiento tipo Comunidad Terapéutica con estancias prolongadas de los pacientes y mayor heterogeneidad de patologías y otros que sirven como apoyo a las Unidades de Agudos con estancias breves orientadas a la estabilización y transición a los Centros de Salud Mental. El que se siga un modelo u otro depende en muchas ocasiones de si el centro está ubicado en el hospital o en un edificio externo o del tipo de gestión. No hay una definición clara de la cartera de servicio de este recurso, ni una tipología de las prestaciones que se deben dar.

HOSPITALES DE DIA ADULTOS (Datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	7	13	14
PLAZAS	197	325	340
Psiquiatras		25	26
Psicólogos Clínicos		15	16

HOSPITALES DE DIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (Datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	6	7
PLAZAS	50	175	200

4. DISPOSITIVOS PARA TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

UNIDADES DE TRATAMIENTO PARA TCA			
	2000	2008	2014
Hospital de día TCA Santa Cristina (>18a)		40 plazas	40 plazas
Unidad de Conducta Alimentaria (UCA) (>16a)		2 UCA en HGM y Hospital de Mostoles	2 UCA
Unidad de TCA Hospital Clínico San Carlos (>18 a)		NC	NC
Unidad de TCA Hospital La Paz (adolescentes y adultos)		NC	NC
Unidad de TCA Niño Jesús (< 18 a)	Incluye hospital de día, consultas ambulatorias e ingresos.		

El impacto social y mediático de los problemas de conducta alimentaria hizo que en Febrero de 2007 se firmara “**El Pacto Social contra la anorexia y la bulimia**” y se destinaran importantes recursos para atender estos problemas en la etapa final del Plan de Salud Mental 2003-2008. Así se crearon dos unidades de atención ambulatoria en el Gregorio Marañón y en el Hospital de Móstoles para mayores de 16 años y un hospital de día en el Hospital Santa Cristina para mayores de 18 años y se reforzaron los programas del Hospital Niño Jesús y de La Paz. Este crecimiento de recursos sin embargo se hizo sin un plan estratégico conjunto dejando algunos problemas:

- La distribución de recursos no es equitativa territorialmente.
- Existen problemas de coordinación con entre los recursos específicos y los hospitales de referencia a la hora de ingresar a un paciente. Las unidades específicas ambulatorias tienen criterios de aceptación de IMC que excluyen a los pacientes más graves, que deben ingresar en sus hospitales de referencia para adecuarse al peso sin que esto muchas veces se consiga.
- Hay problemas de continuidad asistencial entre los recursos de infantil y de adultos y entre los recursos específicos y los centros de salud mental.

5. UNIDADES DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA, CUIDADOS PROLONGADOS Y UNIDADES ESPECIALES.

CAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (MEDIA ESTANCIA)			
	Año 2000	Año 2008	2014
IPJG de Leganes	40	60	60
Benito Menni Ciempozuelos	30	30	30
San Juan de Dios Ciempozuelos	30	35	35
Benito Menni San Miguel		48	60
UME adolescentes (CASTA Guadarrama)			20
TOTAL	100	173	205

UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS (LARGA ESTANCIA)			
	Año 2000	Año 2008	Año 2014
IPJG de Leganes	92	92	92
H. Rodriguez Lafora	138	200	200
CA Benito Menni	220	220	241
H San Juan de Dios	244	271	280
CASTA Arevalo		39	79
TOTAL	694	822	892

UNIDADES HOSPITALARIAS PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD			
	2000	2008	2014
CLÍNICA SAN MIGUEL HHSC (CONCERTADA)		17 plazas	17 plazas
Índice Ocupación %		63,9	71,19
Estancia media (días)		70	116,68
H. RODRIG. LAFORA		16 plazas	16 plazas
Índice Ocupación %		55	NC
Estancia media (días)		136	NC

- El número de camas para hospitalizaciones prolongadas en centros psiquiátricos (media y larga estancia) se han incrementado pasando de alrededor de 800 camas en el año 2000 a unas 1100 en el año 2014. A estos datos hay que añadir que hay más de 50 personas tuteladas por la Agencia Madrileña del Adulto (AMTA) en instituciones psiquiátricas fuera de la Comunidad de Madrid.

PERSONAS EN LISTA DE ESPERA PARA MEDIA, LARGA ESTANCIA, Y ALTERNATIVAS RESIDENCIALES (OCTUBRE DE 2015)				
Fuente: elaboración propia con datos oficiales.				
MEDIA ESTANCIA	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos		Total
	33	171		204
LARGA ESTANCIA	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos y CASTA Arevalo	Hospital Rodríguez Lafora	Total
	44	158 (49 mujeres y 109 hombres)	19	221
Minirresidencias (PASPEMGD) ¹	300 personas en lista de espera en Octubre de 2015			

1) Minirresidencias: dependen del Programa para personas con enfermedad mental de la consejería de Políticas Sociales y Familia. No disponemos de datos de la lista de espera de Pisos Supervisados.

- Desde el 2008 se ha primado el crecimiento de plazas de larga estancia (UCPP), que son plazas con un carácter residencial, frente a plazas de media estancia (que en teoría tienen un carácter rehabilitador). El crecimiento de camas de larga estancia se ha hecho sobre todo mediante el concierto con un Centro Psiquiátrico privado en Ávila, alejando aún más a los pacientes de su entorno y familias.

En 2015 se abrió una **Unidad de Media Estancia concertada para adolescentes** en Guadarrama con 20 camas. Es un dispositivo ubicado en un Centro Psiquiátrico, alejado del entorno del adolescente y de difícil accesibilidad para muchas familias.

Además en Centros Psiquiátricos hay alrededor de 500 camas para personas mayores con trastorno mentales, y otras 500 para personas con discapacidad intelectual, que dependen de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

En Octubre de 2015 había alrededor de 425 personas en lista de espera para unidades de media y larga estancia. A esto hay que sumar unas 300 personas en lista de espera para Minirresidencias. Estas cifras hay que valorarlas con cautela: en ocasiones no todas las personas en lista de espera acaban ingresando; algunas personas están ya en algún recurso esperando otro y otras pueden estar en dos listas a la vez.

Comentarios

Entre los objetivos de la Reforma psiquiátrica estaba el desarrollo de recursos y cuidados comunitarios que logran la desinstitucionalización de las personas que vivían en instituciones psiquiátricas. Sin embargo en la última década se ha producido un incremento de las camas en Centros Psiquiátricos de larga estancia y existe un considerable número de personas en lista de espera. La respuesta a esta aparente necesidad no pasa por seguir incrementando el número de camas, sino por hacer un análisis en profundidad de las causas de esta situación.

Este dato por si solo se tiene que tomar como el mayor indicador del fracaso de los Servicios de Salud Mental Comunitarios en el apoyo social a las personas con los problemas de salud mental más graves para que mantengan un nivel de autonomía y condiciones de vida dignas, un fracaso en prevenir la exclusión. Es un indicador del abandono presupuestario de la Salud Mental Comunitaria.

Evidencia la necesidad de establecer una política de Salud Mental coordinada entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Política Social y Familia para atender las necesidades residenciales y de cuidados de las personas con mayor vulnerabilidad (ver más adelante). Esto implica una mayor inversión en alternativas residenciales a los Centros Psiquiátricos, en cuidados domiciliarios y comunitarios, en intervenciones en crisis y prestaciones económicas.

6. RECURSOS DE LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA.

RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) ¹				
		AÑO 2002	AÑO 2008	AÑO 2014
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Numero	10 (2)	24 (2)	26 (2)
	Plazas	885 (180)	1800 (180)	1958(180)
Centros de Día	Numero	9 (9)	35 (9)	40 (9)
	Plazas	172	1012 (172)	1200 (172)
Centros de Rehabilitación laboral (CRL)	Numero	5 (2)	18 (2)	21
	Plazas	220 (80)	890 (80)	1090
Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC)	Numero		38	38
	Plazas		1140	1140

RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) ¹				
Minirresidencias	Numero	8 (1)	17 (1)	21 (0)
	Plazas	141	424	583
Pisos supervisados	Numero	21 (15)	68 (15)	72 (15)
	Plazas	67 (44)	256 (44)	267 (44)
Pensiones Supervisadas	Plazas	11	22	37

1) Entre paréntesis aparecen los centros y plazas gestionados por el SERMAS del total.

Personas en LISTAS DE ESPERA a Octubre de 2015	
Minirresidencias	300 personas
CRPS	180 personas
Centros de Día	110 personas
CRL	300 personas

La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial en Madrid y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de Apoyo Social y comunitario) dependen de un programa específico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Esta Red contó con un Plan Estratégico 2003-2008 que supuso un importante crecimiento de recursos. Al terminar el Plan el crecimiento se ralentizó. A día de hoy el número de plazas, sobre todo de cuidados residenciales sigue siendo insuficiente, en un momento en que el envejecimiento de muchos de los cuidadores exige una mayor inversión. Además, uno de los principales problemas, es que no se planificaran acciones conjuntas con la Consejería de Sanidad respecto a las necesidades asistenciales de los pacientes. **No ha existido nunca un Plan Estratégico de Salud Mental común para las dos redes.** Dos cuestiones merecen ser destacadas en cuanto a la planificación de recursos:

Las necesidades de recursos residenciales con distinto grado de supervisión. No se han planificado conjuntamente de tal manera que no hay un estudio serio de cuáles son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales.

Programas de continuidad de cuidados comunitarios para pacientes graves. La inacción de la Consejería de Sanidad en el desarrollo de determinados programas o prestaciones se intenta suplir en ocasiones con actuaciones del Plan de Servicios Sociales sin que sean equivalentes. Es el caso de los

Equipos de Apoyo Social y Comunitarios (EASC) que parecerían sustituir los programas asertivos comunitarios (seguimientos activos en la comunidad de los pacientes más graves) que deberían desarrollarse desde los centros de salud mental.

Todos los recursos de la Red de Atención Social son gestionados por entidades privadas a través de conciertos o concesiones administrativas. En los últimos años los recortes presupuestarios (una reducción cerca de un 5% anual desde 2012) han amenazado la viabilidad de la red y obligado a introducir una serie de cambios en la forma en que se financian (ofertas económicas a la baja y un nuevo acuerdo marco para la financiación de los centros en la modalidad de concierto en 2014) que dificultan aún más el desarrollo de la Red. **(Ver informe AMSM 2014)**

CONCLUSIONES

En estos 14 años analizados la disponibilidad de datos oficiales de los recursos y actividad de los Servicios de Salud Mental ha empeorado ostensiblemente. Desde el año 2008 no existen memorias de la Oficina Regional de Salud Mental y no se han hecho evaluaciones de los dos planes de salud mental que han existido. Por el contrario los datos de la Red Pública de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, dependiente de la Consejería de Políticas Sociales son accesibles y se publican anualmente. Esto es un indicador de la pérdida de función de planificación y evaluación de la Oficina Regional de Salud Mental y del fracaso de la forma en que se hizo la adscripción de los recursos de salud mental a las gerencias hospitalarias.

La inversión en Salud Mental ha sido prácticamente nula desde el año 2008. Desde que los CSM se adscribieron a las gerencias hospitalarias no es posible conocer el presupuesto destinado a Salud Mental.

Los Centros de Salud Mental, donde se atiende el grueso de la demanda y que constituyen el eje de la asistencia, han sido los más damnificados de esta falta de inversión, con unas plantillas prácticamente similares a las de hace diez años, pese a un incremento constante de la demanda. Esto explica en parte su sobrecarga actual y el efecto dominó sobre los servicios hospitalarios.

Especialmente llamativa es la falta de profesionales de los programas de continuidad cuidados (enfermería y trabajo Social) de los CSM y psicólogos clínicos. Esto explica la falta de un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes

más graves y baja calidad de la atención psicológica de los CSM.

En términos netos la última gran inversión en Salud Mental se hizo en 2008 con la apertura de las unidades de hospitalización de los nuevos hospitales. El número de camas psiquiátricas necesarias es inversamente proporcional a la cantidad y calidad de los servicios extrahospitalarios. Es cuestionable que fueran necesarias tantas unidades de hospitalización y el impacto que ha tenido en la financiación de los recursos ambulatorios. El

peso de la atención hospitalaria ha crecido con un incremento de consultas externas monográficas que no son evaluadas.

Hay una tendencia a concertar cada vez más camas de larga estancia. Este dato es preocupante y es un buen indicador de la falta de recursos de la red ambulatoria para proporcionar suficientes apoyos y cuidados comunitarios. No hay un estudio serio de cuáles son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales. Simplemente se aplica la opción más económica.



Fuente: amsm.es

documentos de la AEN

MANIFIESTO DE CARTAGENA POR UNOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL RESPETUOSOS CON LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBRES DE COERCIÓN



La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria supusieron una apuesta por suprimir las prácticas institucionales que vulneraban los derechos humanos y por la recuperación de la dignidad y derechos de las personas diagnosticadas de trastorno mental. Desde entonces, ha habido un esfuerzo continuado por ofrecer una atención respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos. A pesar de ello, continuamos con unos presupuestos en salud mental insuficientes, con equipos incompletos y una red fragmentada. Esto ha dificultado el desarrollo de la atención comunitaria y ha favorecido más el uso de medidas de control y coerción en lugar de medidas terapéuticas.

El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad. Nos referimos especialmente al uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción.

Creemos que es el momento de avanzar en la toma de conciencia sobre estas prácticas que no garantizan los derechos de las personas; de trabajar para su eliminación y para la erradicación de las deficiencias que las hacen posibles.

CONSIDERAMOS


- Que su erradicación es un objetivo a conseguir.
- Que suponen un sufrimiento psíquico traumático, pueden romper los vínculos terapéuticos y comprometer el proceso de recuperación.
- Que su uso se cuestiona en la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y en el Informe sobre la Tortura en Centros Sanitarios de las Naciones Unidas.
- Que el estado actual de la red asistencial no favorece la eliminación de las situaciones de coerción, invalidando los esfuerzos profesionales por evitarlas. Para conseguir el objetivo que perseguimos hay que movilizarse por obtener cambios sustantivos en los recursos en toda la red asistencial y no solo en los lugares donde se dan estas prácticas.
- Que la dificultad de encontrar alternativas reales de atención puede situar a los profesionales en la polaridad entre la coerción o el abandono. Y a los usuarios, entre el sometimiento y el desamparo. Estas dicotomías envenenan las relaciones terapéuticas y las necesarias alianzas entre todos los actores.
- Que más allá de los cambios individuales, hay que transformar discursos, culturas y servicios. No nos referimos solo a unas prácticas, sino también a los discursos que las sustentan y las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

“El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio”

PROPONEMOS

- No considerar las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos. Son incidentes críticos que invitan al análisis y la mejora.
- Exigir transparencia y establecer sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuando se hace, qué figuras profesionales fueron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado, y especialmente cómo evitar su uso en el futuro.
- Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándolos hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas. Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza, en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Dotarlas de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.
- Velar porque la extinción de estas prácticas en unos lugares, no suponga un riesgo de que se produzcan en otros.
- Promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.
- Formar a los y las profesionales en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona.
- Apoyar a los profesionales y los equipos que sean capaces de plantear alternativas creativas, reconocer y difundir sus esfuerzos, generando así una cultura profesional libre de coerción.
- Crear cauces reales de participación de usuarios/as para que puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.
- Buscar alianzas con los movimientos ciudadanos que aboguen por la erradicación de la coerción en otros ámbitos, de los discursos que las sustentan y las desigualdades de poder que las facilitan.
- Instar el compromiso de la Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones necesarias en recursos que favorezcan la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión

En Cartagena a 3 de Junio de 2016

			
Mikel Munarriz	Mª Dolores Romero	Edgar Vinyals	Nels A. González
AEN-PSM	En Primera Persona	VEUS	Confederación SM España

REFLEXIONES SOBRE EL MODELO DE RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL

María Alonso Suárez
psicóloga clínica



Fuente: istockphoto.com

*“¿Es realmente un
movimiento revolucionario?”*

1. INTRODUCCIÓN

Las líneas que siguen pretenden plantear algunas dudas y reflexiones sobre el concepto de recuperación en salud mental para poder ampliar nuestra visión crítica cuando nos aproximamos a este concepto. Son dudas que ni de lejos consideramos resueltas, y que esperamos poder seguir pensando junto con otros, en futuros intercambios y encuentros en los espacios donde nos juntamos para ir tejiendo un discurso con el que sentirnos cómodos como elemento de transformación de la atención al sufrimiento psíquico.

¿De qué hablamos cuando hablamos del modelo de recuperación en salud mental? ¿El modelo de recuperación está insuficientemente desarrollado en los servicios de salud mental? ¿Cuáles son las barreras a su implementación? ¿Cómo saber si un servicio de salud mental funciona desde este modelo o sus propósitos son mera retórica? ¿Es realmente un movimiento revolucionario? ¿Lo fue en algún momento y ha sido superado? ¿Merece la pena seguir fomentando este modelo cuando revisamos los aspectos críticos a éste asociados o cuando constatamos que ha sido colonizado por otros discursos antagónicos que lo vacían de contenido? ¿Debemos utilizar nuevos lenguajes pero reivindicando lo que este modelo, bien entendido, aporta a la transformación de los servicios? ¿Qué lenguajes, qué discursos, qué modelos, son más útiles para transformar las instituciones?

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DEL MODELO DE RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL?

Definir qué entendemos por orientación hacia la recuperación es complejo. Dependiendo de qué entendamos por este concepto las respuestas a estas dudas son distintas.

Durante las últimas décadas el modelo de recuperación (la orientación hacia la recuperación, la visión de recuperación...) se ha extendido planteada como un movimiento revolucionario dirigido a transformar las instituciones de salud mental. Uno de los primeros teóricos planteaba que “la mayor parte de la cronicidad en la enfermedad mental se debe a la forma en que el sistema de salud mental y la sociedad trata a la enfermedad mental y no a la naturaleza de la enfermedad en sí” (Anthony, 1993) (1).

*“nace de una amalgama de
creencias y movimientos
intelectuales y sociales”*

El concepto de recuperación, que se confunde a menudo con el significado coloquial del término, nace de una amalgama de creencias y movimientos intelectuales y sociales, incluyendo la antipsiquiatría de los años 60 y 70, el movimiento de supervivientes de la psiquiatría de los 70, y el amplio movimiento por los derechos de los usuarios. De ahí ha pasado a formar parte de las políticas de salud mental institucionales. (Braslow, 2013) (2)

La expansión de este modelo podemos verla en: la actitud de los propios afectados (empoderamiento- involucración de los directamente afectados e interesados, automanejo de la enfermedad, desestigmatización); la organización de los servicios (participación e implicación de los usuarios del servicio); la actitud de los profesionales (mayor respeto a la opinión y preferencias de los interesados, cooperación); y en reconsideraciones psicopatológicas (máxima relevancia de la respuesta subjetiva al diagnóstico y a la “enfermedad”, papel central de la elaboración del duelo o la relevancia de los factores relacionados con la resiliencia, sin olvidar los modelos de crecimiento post-estrés y post-trauma y sus posibles efectos positivos en el ámbito personal tales como: a) crecimiento personal y cambios en la autopercepción; b) promover una orientación más prosocial y valoración del apoyo interpersonal y c) cambios en la filosofía vital y de desarrollo espiritual) (Rosillo, Hernández, Smith, 2013)(3)

La definición clásica formulada por Anthony plantea que “la recuperación es] *un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. “La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”*. (Anthony 1993) (1).

Braslow (2013) (2) plantea que existen tres conceptualizaciones de recuperación en la literatura.

Primero, la que considera la recuperación como un resultado de salud mental: “un proceso en el que las personas son capaces de vivir, trabajar y participar completamente en sus comunidades. Para algunos es la capacidad para vivir una vida plena y productiva a pesar de la discapacidad. Para otros implica la remisión de síntomas”. New Freedom Comission (2003) (4).

Segundo, la conceptualización que considera la recuperación algo subjetivo e indefinible: “porque el proceso de recuperación no puede ser completamente descrito con el lenguaje tradicional, psiquiátrico o psicológico. Aunque el fenómeno no encaje en los paradigmas científicos, aquellos que hemos estado incapacitados sabemos que la recuperación es real porque la hemos vivido”. Deegan (1988) (5).

Tercero, la que considera la recuperación como un sistema de creencias y prácticas que aboga por el desarrollo de servicios de salud mental orientados a la recuperación y que incluye componentes como: autodeterminación, apoyo individualizado y

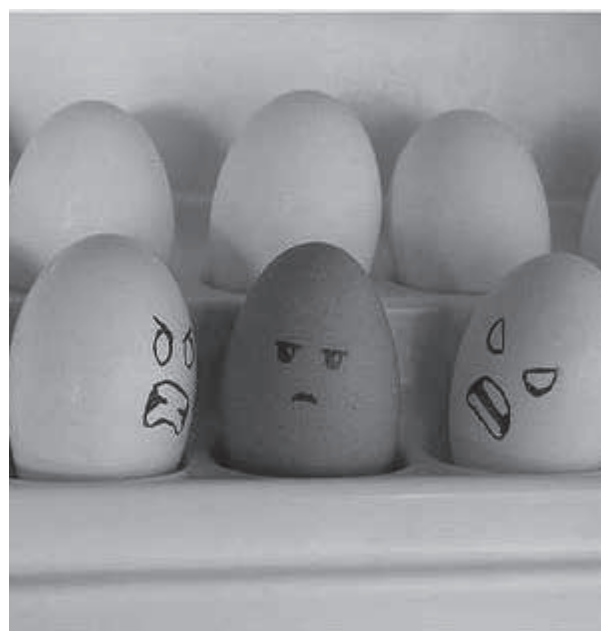
centrado en la persona, empoderamiento, enfoque holístico, no-linealidad, apoyo entre iguales, respeto, responsabilidad y esperanza. Así formulados, estos principios con frecuencia están citados como valores que orientan la misión de los servicios de salud mental. Pero, ¿qué significa esto en realidad?. Más adelante profundizaremos en algunos intentos de operativizarlo.

Pilgrim (2008) (6) plantea que existen tres conceptos de recuperación que están en conflicto.

El primero entiende la recuperación como tratamiento biomédico, “vino nuevo en odres viejos”: importancia de la medicación para la recuperación, define la recuperación en sintonía con la conciencia de enfermedad y a la respuesta al tratamiento médico.

El segundo entiende la recuperación como el desarrollo de habilidades y recursos que servirán de apoyo frente a los efectos del sufrimiento, permitiendo que la persona pueda tener una vida lo más plena posible.

El tercero entiende la recuperación basada en los derechos individuales, para el que la recuperación supone librarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico. Concepto ligado a un discurso centrado en la supervivencia a los perjuicios causados por la psiquiatría y la creación de sentido a la experiencia propia.



Fuente: caravan24.cz

No todas estas concepciones de recuperación son compatibles, y se están manejando al mismo tiempo en distintos ámbitos. Si a esto le sumamos que en el lenguaje coloquial se asocia recuperación a “curación”, aumentan las dudas sobre si este término facilita o no un discurso que ayude a la verdadera transformación de la concepción del sufrimiento psíquico.

A continuación reflexionaremos sobre los riesgos de cada una de estas conceptualizaciones.

RIESGOS CONCEPTUALES E IDEOLÓGICOS DETRÁS DEL MODELO

Braslow (2013) (2), en su extensa revisión de la historia del movimiento de recuperación cuestiona que el modelo de recuperación sea en realidad revolucionario. Plantea que en realidad está en deuda con (e insertado en) los valores del neoliberalismo que están detrás del modelo biomédico al que pretende substituir. La ideología neoliberal promueve una crítica al estado de bienestar, un desplazamiento de la responsabilidad social colectiva hacia una responsabilidad individual y privada. Conceptos como empoderamiento, autodeterminación y responsabilidad contribuyen a este desplazamiento en el campo de la salud mental. La crítica al sistema de salud como fomentador de la cronicidad y de la dependencia de los profesionales, está en sintonía con la transformación del estado de bienestar buscado por el neoliberalismo. Plantea que el enfoque de la recuperación y el neoliberalismo comparten la misma visión del ciudadano y sus responsabilidades y la antipatía al estado de bienestar. Según Braslow, las teorías de Reagan sobre la pobreza son las mismas que las teorías del modelo de recuperación para la enfermedad y la cronicidad, a excepción de que el culpable es el sistema sanitario en vez del estado de bienestar público. Estos argumentos, entre otros, están detrás del manifiesto “Recovery in the Bin” (7) elaborado por el grupo de expertos por experiencia, crítico con el concepto de recuperación tal y como ha sido colonizado.

Cuando se entiende la recuperación como un resultado de salud mental, el riesgo está en que los resultados esperados de los tratamientos están inevitablemente influidos por la ideología y valores economicistas. El modo en que actualmente se miden los resultados de los servicios de salud mental tiene poco que ver con la recuperación y se premian aspectos como reducción del número y duración de ingresos hospitalarios, incremento de consultas de alta resolución, reducción de citas de seguimiento, etc. Cuando estos indicadores se amplían a aspectos como mejoras en el funcionamiento psicosocial o la reducción de síntomas tampoco tiene que ver como el modelo de recuperación entendido como un viaje personal in-

dependiente de la “cura”. Con frecuencia la actividad laboral se considera el culmen del proceso de recuperación como si una vida sin empleo no tuviera sentido. Los valores empujan a que ser productivo en esta sociedad sea un resultado valorado en un proceso de recuperación. Ser “normal” y adaptarse a lo que se espera de un individuo que produce y consume es lo esperado desde un modelo de recuperación influido por una ideología neoliberal. Aquí se pone de manifiesto la alianza entre la ideología neoliberal y una psiquiatría que entiende de este modo la recuperación (Beresford, 2015) (8). Una alianza entre la ideología neoliberal (en la que el objetivo es reducir las políticas públicas y priorizar el mercado) y una colonización de la psiquiatría del término recuperación que pone como medida de inclusión social el acceso al empleo, siendo un problema de responsabilidad personal no estar empleado, sin promover la transformación de las barreras económicas y sociales que lo dificultan. El cambio de “paciente” a “usuario” (entendido como consumidor) trae algunos aspectos positivos en cuanto a poner a las preferencias de la persona en el centro de su proceso, pero también trae estos aspectos ante los que es importante mantener una postura crítica.

Desde el modelo biomédico el término recuperación se ha colonizado y aspectos como “adherencia a la medicación”, “conciencia de enfermedad” y “reducción de síntomas” se asocian a procesos y resultados que forman parte del proceso de recuperación. En otra publicación en la que se revisaba el cómic “Mas allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia” (9), patrocinado por la industria farmacéutica, y que tiene como objetivo fomentar la idea de que “la recuperación es posible” se analizaba en qué medida se acercaba o alejaba del modelo de recuperación este material divulgativo. Es un buen ejemplo de prácticas colonizadoras del término recuperación, que lo vacían de contenido y nos hacen preguntarnos si en este contexto tiene sentido seguir manejando esta terminología o al menos no hacerlo sin un planteamiento crítico.

Es interesante tomar nota de la alianza entre el significado coloquial del término y los intereses de modelos que tienen como base estrategias farmacológicas. Aunque el uso coloquial del término “recuperación” es un aspecto a tener en cuenta en sí mismo, que suele asociarse a “curación” o “ausencia de síntomas”. Hoy día sabemos que la recuperación en términos de funcionamiento o ausencia de síntomas es también un resultado posible. Una completa revisión sobre las evidencias acerca de esta posible recuperación “clínica” o psicopatológica, así como su ensamblaje conceptual con la recuperación personal puede encontrarse en Hernández (10). Sin embargo, existe un riesgo de que el uso por parte de los profesionales de este término lleve a expectativas poco realistas de rápida “curación”

o a la percepción de fracaso por parte de las personas con situaciones de daño severo, sufrimiento prolongado y dificultades para alcanzar el funcionamiento deseado. Meehan et al (2008) (11) plantean que es importante que los profesionales se puedan comunicar acerca de la recuperación sin usar este término. Y que es mejor no usarlo mientras su significado no esté diferenciado del significado en su uso cotidiano.



Fuente: butdoesitfloat.com

Un riesgo más de esta conceptualización en torno a resultados (Beresford, 2015) (8) es ignorar que la realidad de muchas personas con sufrimiento psíquico es que el apoyo y la ayuda que precisan puede ser variada, recurrente o continua. Arenella (2015) (12) se pregunta cómo puede alguien recuperar algo que nunca tuvo, cuando los síntomas son la punta del iceberg de experiencias vitales que les han acompañado toda su vida como violencia física o sexual, negligencia, pobreza, falta de vivienda digna, desempleo, educación inadecuada, racismo, homofobia y otras formas de discriminación en el sufrimiento psíquico. Edwards (2015) (13), plantea que los valores de esperanza, optimismo y aceptación del modelo tienen el potencial de invalidar profundamente las injusticias históricas y actuales experimentadas por las personas con enfermedades mentales severas. Advierte del riesgo de promover la aceptación de lo inaceptable al enfatizar la responsabilidad personal en la recuperación minimizando el poder del contexto.

La conceptualización que plantea la recuperación como el logro de habilidades y recursos para hacer frente al sufrimiento psíquico podría ser cuestionada también por los mismos planteamientos críticos de las líneas anteriores: el poder de fomentar la aceptación de lo inaceptable y el individualismo frente a las soluciones colectivas. En este sentido el planteamiento de la “rehabilitación” psicosocial encaja bien con el

modelo médico-asistencial de la discapacidad, en el que las personas, para ser incluidas socialmente, han de esforzarse en desarrollar habilidades para “encajar”. El modelo social de la discapacidad, sin embargo, plantea que son las sociedades que no aceptan las diferencias individuales las que provocan la exclusión y que ésta no se deriva de las variaciones individuales a pesar de que éstas puedan generar limitaciones funcionales. A pesar del desarrollo normativo de este modelo (por ejemplo, Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006) el modelo médico-rehabilitador sigue imperando en general, pero sobre todo en el caso de personas con sufrimiento psíquico o “enfermedad” mental.

Cuando se entiende la recuperación como un proceso subjetivo e indefinible, el estudio de indicadores de resultado estandarizados no tiene lugar. Pero entonces el riesgo está en que se elimina la posibilidad de valorar si las personas que son atendidas por servicios de salud mental que dicen estar orientados desde este modelo hacen alguna diferencia en las personas atendidos por estos. Desde que este modelo se impulsa desde las políticas sanitarias ha habido esfuerzos por evaluar en qué medida los servicios orientados desde este modelo alcanzan resultados. Algunos de estos desarrollos tienen valor al estar basados en las narrativas de personas afectadas y lo que entienden por estar recuperados. Algunos de los instrumentos desarrollados para este fin pueden consultarse en la revisión de Burgess et al (2010) (14).

Cuando se conceptualiza la recuperación basada en los derechos individuales, donde la recuperación supone librarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico nos encontramos también con algunas dificultades. Morgan y Felton (2013) (15) revisan los distintos argumentos que se manejan entorno al uso de la coerción. El modelo de recuperación supone un desafío a la influencia controladora de los servicios de salud mental. Sin embargo, se preguntan cómo es posible que haya cada vez un mayor énfasis en la coerción. Citando el trabajo de Szmulker y Appelbaum (2008) describen una jerarquía de presiones, desde la más baja a la más alta, empezando por la persuasión, siguiendo por la influencia interpersonal, incentivos, amenazas y finalmente coerción en toda regla. El debate se plantea entre el respeto a la autonomía y la obligación de cuidar, y citan a autores como Molodynski que sostiene que un enfoque basado en derechos deja a los pacientes a su suerte, y que el uso de la coacción y la influencia es consecuente con la recuperación, llegando a sostener que una vida plena y satisfactoria y la recuperación de una enfermedad mental comienza con coerción. Viene a ser una recuperación coercitiva, “te recuperarás, te guste o no”: una vez que aceptes la enfermedad y tomar la medicación, po-

drás tomar tus decisiones y vivir una vida con sentido. Y si no, hay circunstancias en las que podríamos obligarte por tu propio bien. Según Morgan y Felton, este planteamiento en el que el paternalismo es una opción está insertado en una cultura del riesgo en el que la valoración del mismo depende básicamente del juicio profesional, a pesar de la subjetividad que esta valoración entraña. Las personas con diagnóstico de enfermedad mental están sometidas a más controles en función del riesgo percibido que otros colectivos. El discurso actual “culpa” al colectivo de los riesgos y le excluye de poder participar en la toma de decisiones y responsabiliza a los profesionales de posibles fallos en la gestión del riesgo. Actualmente vivimos en una cultura en la que lo normal y aceptable es evitar el riesgo y, por tanto, perder libertades. Por otra parte, Meehan et al (2008) (11) plantean que, a pesar del planteamiento de Anthony de que no existe tal cosa como la “recuperación forzada”, es difícil plantearse la eliminación completa de la coacción cuando el bienestar de los pacientes, cuidadores y la comunidad está en riesgo. Señalan la paradoja de que cuantos más profesionales se retiran de intervenciones asertivas y tratamiento involuntario en nombre de la recuperación, más probable es que la policía u otros agentes fuera del sistema de salud mental sean requeridos para asumir este rol coercitivo. Según Morgan y Felton (15), es necesario reconocer las barreras organizacionales que se encuentran los profesionales para poder trabajar con las personas y los riesgos de que éstas asumen de un modo terapéutico. Estas barreras dificultan la gestión de la angustia y miedos por parte de los profesionales. Para estos autores, el problema está en aceptar estas limitaciones en vez de buscar la oportunidad para superarlas. Si se aceptan, “existe el peligro de que la recuperación siga siendo mera retórica o incluso la justificación para seguir haciendo lo que siempre se ha hecho, mantener el status quo, sin otra alternativa que la coerción para la recuperación”.

En este modelo de recuperación basada en los derechos individuales, librarse de los efectos del etiquetado y del diagnóstico psiquiátrico es otro de sus planteamientos. Dejar de usar estas categorías diagnósticas se entiende como un paso necesario frente al estigma. Sin embargo, para que los profesionales puedan transformar o eliminar el uso que hacen de los diagnósticos existen también barreras. La principal barrera es la que tiene que ver con la demanda de un diagnóstico psiquiátrico por parte de los propios afectados y sus familias. Con frecuencia conocer cual es la “enfermedad” alivia a corto plazo algunas de las reacciones sobrevenidas ante la aparición de una crisis o un sufrimiento psíquico prolongado (incertidumbre, confusión, incompreensión, criticismo, sentimientos de culpa, etc.). El asunto es que una vez que el diagnóstico es emitido, la marcha atrás es muy complicada, y los efectos a largo plazo

como obstáculo a la recuperación son difíciles de revertir (rol de enfermo, estigma/ autoestigma, expectativas de cronicidad, sobreprotección/ paternalismo en el entorno, individualización de causas y responsabilidades frente a soluciones familiares/ colectivas/ sociales, etc.). Si bien hay muchos modos de usar las categorías diagnósticas en la relación entre profesionales y afectados, las connotaciones sociales que acarrear no se evitan solamente con un mejor uso por parte de los profesionales. Además el diagnóstico psiquiátrico es un formalismo requerido para poder acceder a medidas de protección social para las personas que ven afectado su funcionamiento y acceso a derechos básicos. Es requerido para valoración de discapacidad, incapacidad laboral, y afrontamiento de consecuencia legales de conductas realizadas en situaciones de crisis. La no realización de informes en las que se consigne el diagnóstico puede dejar en mayor estado de desprotección a las personas que atendemos. Por otra parte, están las expectativas organizacionales hacia los profesionales del propio sistema sanitario, en el que la documentación de los actos clínicos exige la codificación de un diagnóstico. Y, por último, el modo en que familiares y afectados se organizan y asocian para reivindicar a la administración sus derechos y mejoras en los recursos sanitarios y sociales para mejorar sus condiciones de vida, que actualmente pasa por identificarse como afectados de “x” trastorno o “enfermedad”. Señalamos estas barreras organizacionales y sociales no tanto para aceptarlas, sino para poder pensar en cómo superarlas.

Por último, dedicamos la última parte de este trabajo a reflexionar sobre la conceptualización de la recuperación como un sistema de creencias y prácticas que aboga por el desarrollo de servicios de salud mental orientados a la recuperación. El proceso de recuperación de un individuo es algo personal, subjetivo e indefinible. ¿Lo son también las prácticas de los servicios de salud mental que lo favorecen? Hay múltiples publicaciones en las que se definen los principios y estándares que deberían orientar prácticas favorecedoras de recuperación. Hoy día son pocos los servicios que no consignan en su misión y valores su propósito de trabajar desde el modelo de recuperación. Sin embargo, como hemos visto, las diversas conceptualizaciones del modelo, la colonización y vaciado de significado de este concepto por modelos antagónicos a sus principios, las barreras sociales y organizaciones que dificultan la puesta en marcha del modelo, favorecen que estas declaraciones de papel se queden en mera retórica si examinamos lo que realmente se hace en los servicios de salud mental.

Perkins (2015) (16) es crítica con el modo en que los profesionales han distorsionado el concepto de recuperación hacia algo que los profesionales y los servicios hacen a las personas en vez de un viaje individualizado de descubrimiento. En ma-

nos de los profesionales el concepto de recuperación se convierte en “estar mejor” o “ser dado de alta de un servicio”, sin mención a reconstruir una vida con significado, y enfatizando el no depender de apoyos. Plantea que la idea de que los profesionales “saben mejor” lo que hay que hacer es endémica, como cuando valoran la idoneidad para una terapia o un dispositivo, por ejemplo. En la práctica diaria, el modelo se queda en retórica si los profesionales no pasan del rol de experto al rol de facilitador: “es necesario que los profesionales dejen de estar “arriba” (‘on top’: definiendo la realidad de las personas, sus posibilidades y las terapias que necesitan) y pasen a estar disponibles (‘on tap’: portadores de tecnologías que a veces queremos utilizar, como los arquitectos, fontaneros o peluqueros) (O’Hagan, 2007) (17). En la misma línea, Meehan et al (2008) (11) señala esta dificultad para el cambio de roles en muchos servicios que dicen de sí mismos estar orientados desde el modelo de recuperación pero siguen enfocados en los objetivos de mantenimiento, monitorización, manejo de síntomas y prevención de recaídas.

¿LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESTÁN ORIENTADOS DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN?

En los párrafos anteriores hemos revisado algunos de los riesgos a tener en cuenta en el modelo de recuperación. El propósito de esta revisión es que podamos permanecer críticos, pero no cínicos mientras nos movemos hacia prácticas orientadas a la recuperación (Deegan, 2003) (18).

Como ya hemos señalado es ya habitual que en los distintos servicios de salud mental el concepto de recuperación forme parte de los papeles en los que se define su misión, su filosofía, sus valores. Es un concepto que está en la redacción de los planes de salud mental. Pero, ¿en realidad las prácticas están orientadas desde esta filosofía?

Vamos a exponer en primer lugar con algo más de detalle en qué consisten estos valores, y posteriormente expondremos unas pinceladas de los intentos de operativización de estas prácticas. La literatura para poder consultar en qué consiste el modelo de recuperación es amplia, algunas fuentes están citadas en las referencias (1; 3; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25)

En el modelo de recuperación:

1. *La persona es experta en su problema.* Y esto implica:
 - a Un cambio en la relación con el profesional alejada de experto/ paciente, ‘colaborar en vez de ‘pautar’. Las

relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de facilitador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.

- b Un cambio en el lenguaje, adaptando el lenguaje a las formulaciones subjetivas de las persona, evitando el lenguaje clínico tradicional y un lenguaje que no invite al pesimismo.
- c Un cambio en la participación de la persona en la construcción de una narrativa propia sobre lo que le ocurre, la toma de decisiones sobre su tratamiento y el desarrollo de proyectos significativos para ella.
- d Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo) y la autodeterminación. Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.

2. *La persona es más que la “enfermedad”, todas las personas tienen potencial de crecimiento y cada proceso es único.* Y esto implica:

- a Entender la recuperación más allá de la recuperación clínica o funcional, independiente de sus síntomas o problemas. Asumir la idea de hay tantos caminos hacia la recuperación como individuos y que no necesariamente significa **volver atrás** o “recuperar mi vida normal”. La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o discapacidad.
- b Orientarse a la persona globalmente teniendo en cuenta toda su biografía. Por ejemplo, visualizando la psicosis como una crisis integrable en la biografía del individuo frente al desarrollo de una identidad en que la se acepta que se está “enfermo”;
- c La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.
- d Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.

3. *Las personas no se recuperan solas.* Y esto implica:

- a El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfac-

ción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.

- b El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.
- c La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible.
- d El apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.
- e Las personas viven en contextos sociales, económicos, políticos, culturales, religiosos, etc... que han de ser tenidos en cuenta para integrar el impacto de los factores sociales en la comprensión del sufrimiento psíquico y facilitar la recuperación.

¿Las prácticas de los profesionales y de las instituciones se desarrollan de acuerdo a estos principios?

En cuanto a los **profesionales**, Shepherd et al. (2008) (20) Proponen una serie de preguntas que puede hacerse un profesional cuando ha tenido un encuentro con una persona a la que acompaña en su proceso de recuperación:

¿He practicado una escucha activa que ayude a la persona a encontrarle sentido a sus problemas de salud mental?

¿He ayudado a la persona a identificar y priorizar sus metas personales en la recuperación, al margen de los objetivos profesionales?

¿He demostrado que creo en la capacidad y los recursos personales de la persona en busca de estas metas?

¿He identificado ejemplos de mi propia experiencia o la de otros usuarios que puedan inspirar y corroborar sus esperanzas?

¿He prestado especial atención a la importancia de identificar metas que alejen a la persona de su papel de enfermo y le permitan contribuir activamente en la vida de otras personas?

¿He identificado recursos que no son de salud mental -amistades, contactos, organizaciones-, que podrían ser relevantes para lograr estas metas?

¿He fomentado la autogestión (o el automanejo) de sus problemas de salud mental (proporcionando información,



Fuente: dagensperspektiv.no

reforzando sus estrategias personales de afrontamiento, etc.)?

¿He debatido con la persona qué tipo de intervenciones terapéuticas quiere, por ejemplo, tratamiento psicológico, terapia alternativa, planificación de intervención en crisis, etc., respetando sus deseos siempre que sea posible?

¿He actuado en todo momento con actitud de respeto por la persona y mostrando una relación de igualdad y el deseo de trabajar conjuntamente, y con la predisposición de "ir un poco más allá"?

¿He continuado expresando mi apoyo a la posibilidad de que pueda conseguir sus metas, manteniendo esperanza y expectativas positivas, a pesar de aceptar que el futuro es inseguro y que habrá recaídas?

En cuanto a si las **instituciones**, dispositivos y servicios funcionan desde el modelo de recuperación existen varios instrumentos desarrollados para evaluar este aspecto. Puede consultarse la revisión de Burgess et al (2010) (14) en la que siguiendo una serie de criterios metodológicos identifican 33 instrumentos, 22 de los cuales están dirigidos a evaluar el proceso de recuperación personal y 11 a evaluar la orientación hacia la recuperación de los servicios. De estos 11 que nos interesan en este caso, únicamente está traducido al castellano el REE, Cuestionario de Evaluación del Desarrollo de Entornos Favorables para la Recuperación (Recovery Enhancing Environment Scale, REE, Ridway & Press, 2004 (26); traducción al castellano por Uriarte et al., 2015). De estos 11 instrumentos seleccionan 4 que consideran idóneos para ser administrados de forma rutinaria en sus servicios en el contexto australiano: Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI), Reco-

very Self Assessment (RSA), Recovery Oriented Practices Index (ROPI), Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS).

Alguno de ellos tiene una versión para el usuario, para la familia y para los profesionales. Y alguno desarrolla indicadores operativizados cuantificables aparte de preguntar a cada agente sobre en qué medida considera que se dan algunos indicadores.

Resumiendo, algunos de los aspectos que cubren estos instrumentos incluyen:

Si los servicios están disponibles y accesibles cuando el persona los necesita. Si, por ejemplo, pueden acceder a ellos en horarios que no interfieran con sus actividades ocupacionales, laborales.

Si estos servicios son comprensivos e incluyen distintos programas y formatos (individual, grupal, medicación, familia, trauma, sustancias, vocacional,...)

Si la persona puede elegir terapeuta y el programa al que quiere acceder

Si se atienden las necesidades básicas (alojamiento, empleo, salud física, ingresos económicos...)

Si se evitan tratamientos coercitivos (presiones, influencia interpersonal, tratamientos involuntarios, contenciones...) respetando la negativa al tratamiento y acompañando en la toma de decisiones y asunción de riesgos.

Si los usuarios participan en la planificación y evaluación de los servicios como miembros integrados en los grupos de trabajo, comisiones, etc.

Si los usuarios tienen la posibilidad de participar como expertos por experiencia asesorando, formando, desarrollando programas, siendo contratados por los servicios

Si se facilita y promueve acceso a redes sociales e integración en la comunidad

Si el servicio desarrolla sus intervenciones en la comunidad, en el entorno natural del usuario

Si los profesionales desarrollan actitudes que favorecen recuperación (lenguaje no clínico, esperanza, respeto de derechos, horizontalidad en la relación, visión holística de la persona...)

Si se tienen en cuenta aspectos individuales o de minorías (culturales, religiosas, etc.)

No es demasiado aventurado afirmar, aun sin poder objetivarlo, que los servicios de salud mental de nuestro entorno

están muy lejos de desarrollar sus prácticas desde este modelo. Existen algunas excepciones, y también constatamos que existe un clima de transformación, impulsado una vez más por movimientos de expertos en primera persona. Confiamos en que estas reflexiones nos ayuden a distinguir prácticas que son mera retórica o “vino nuevo en odres viejos”. Por ejemplo, incluso prácticas reivindicadas como de recuperación o empoderamiento como aquellas en las que usuarios/ expertos por experiencia que van a institutos a realizar campañas anti-estigma con el discurso de que “la enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad” o la participación de los usuarios en los servicios a través de cuestionarios de satisfacción, desde nuestro punto de vista son prácticas contradictorias con los valores del modelo o simplemente pobres, retórica y papel mojado que sirven para cumplir con indicadores de calidad y poco más.

Pensamos que la transformación del modo en que se atiende el sufrimiento psíquico en la sociedad requiere un cambio social, cultural, económico profundo. No va a venir de la mano de cambios en nuestras técnicas. O al menos no solamente de esto. Es importante recordar que, “la recuperación personal surge como movimiento social, caracterizado por el énfasis en ciertos valores (autonomía, involucración personal, esperanza) frente a las actitudes y prácticas más tradicionales de depositar toda la expectativa, confianza y responsabilidad en la tecnología y el profesionalismo a ultranza”, Hernández (10). Por tanto, aunque es deseable que los servicios de salud mental se orienten desde este modelo e interesante poder evaluar si lo hacen, es importante no perder de vista los riesgos de la colonización por parte de los profesionales del mismo bajo el paraguas del modelo neoliberal y biomédico.

CONCLUSIONES

Se ha puesto de manifiesto que existen distintas conceptualizaciones que se están manejando a un tiempo en cuanto a qué es recuperación y que no son siempre compatibles entre ellas.

Detrás de estas conceptualizaciones existen aspectos ideológicos que es interesante revisar para poder desarrollar prácticas orientadas a la recuperación con una visión crítica. Algunas de las voces más críticas vinculan el modelo con el neoliberalismo y su tendencia a fomentar el individualismo en la solución de los problemas y a deslegitimar los apoyos sociales y públicos. La colonización del término recuperación por el modelo biomédico lo vacía de contenido. Y, en general, la apropiación de este enfoque por parte de los profesionales para convertirlo en algo que proveen los servicios,

sin atender realmente a la reivindicación de cambios en las relaciones de poder y acceso a derechos básicos, es otra de las críticas.

Entendemos que la única conceptualización del modelo de recuperación que vale la pena es que la entiende como un proceso subjetivo de dotar de sentido a la propia experiencia y que se apoya en la reivindicación de los derechos individuales para el que la recuperación supone librarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico, y que tiene en cuenta los determinantes sociales del sufrimiento psíquico, y soluciones que pasen por intervenir también sobre estos.

Si, pese a las críticas al modelo, se considera que merece la pena su expansión dentro de los servicios de salud mental, es importante tener en cuenta las numerosas barreras sociales y organizacionales que influyen en que con frecuencia su implementación se quede en mera retórica. Pero no para mantener el status quo, sino para explorar las maneras de superarlas.

Para que esta expansión pueda trasladar los valores de la recuperación a las prácticas, sería necesario introducir modos en los que se pueda valorar si los servicios realmente trabajan orientados desde esta óptica, sin perder de vista la subjetividad del proceso de recuperación.

REFERENCIAS

- (1) Anthony, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16: 11-23.
- (2) Braslow, J.T. The manufacture of recovery. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2013. 9: 781-809.
- (3) Marta Rosillo Herrero a, Mariano Hernández Monsalve b, Simon Peter K. Smith C. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118) 257-271.
- (4) New Freedom Comm. Ment. Health. 2003. Achieving the promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report. Publication SMA-03-3832. Rockville, M: Dep Human Serv.
- (5) Deegan, P.E. 1988. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc. Rehabil. J.* 11: 11-19.
- (6) Pilgrim, D. (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic illness*, 4, 295-304
- (7) Recovery in the bin-20 key principles. www.recoveryinthebin.org
- (8) Beresford (2015). From recovery to reclaiming madness. *Clinical Psychology Forum* 268-April 2015.
- (9) Alonso, M y Vázquez, C. No vale todo en las iniciativas anti-estigma sobre trastornos mentales. Reflexiones a propósito de la divulgación de un cómic. *Boletín de la AMSM*. Otoño 2015.
- (10) Hernández Monsalve, M (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas*. 2013: 213(3): 285-319.
- (11) Meehan, T.J., King R.J., Beavis, P. H. y Robinson, J.D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 177-182.
- (12) Arenella, J. (2015). Challenges for the recovery movement in the US: Will its light reach the darkest corners? *Clinical Psychology Forum* 268-April 2015.
- (13) Edwards, B.M (2015). Recovery: Accepting the unacceptable?. *Clinical Psychology Forum* 268-April 2015.
- (14) Philip Burgess, Jane Pirkis, Tim Coombs, Alan Rosen Review of Recovery Measures. Version 1.01.. February 2010. National Mental Health Strategy. A joint Australian, State and Territory Government Initiative.
- (15) Alastair Morgan and Anne Felton. From constructive engagement to coerced recovery. En Coles, Steven, Keenan, Sarah and Diamond, Bob (Eds). *Madness contested: Power and Practice*. Chapter 4, pp 56-73. UK: PCCCS-Books, 2013.
- (16) Perkins, R. Recovery: A journey of the mind and the spirit. *Clinical Psychology Forum* 268-April 2015.
- (17) O'Hagan, M (2007). Parting thoughts. *Mental Notes* (Mental Health Commission, Wellington, New Zealand, 18, 4-5)
- (18) Deegan, G. Discovering recovery. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 26: 368-376.
- (19) Marianne Farkas. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 2007 Jun; 6(2): 68-74.
- (20) Geoff Shepherd ; Jed Boardman ; Mike Slade. Hacer de la recuperación una realidad.. Servicio Andaluz de Salud. 2008.
- (21) May R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: Gleeson JFM, McGorry PD (coord.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao.Desclée de Brouwer, biblioteca de psicología.2005: 425-452
- (22) Stickley y Wright (2011). The British Research evidence for recovery. Part One: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 247-256.
- (23) Implementing Recovery. A new framework for organisational change. Position paper. Sainsbury Centre for Mental Health: London, 2009. **Traducción:** Ma Eugenia Andreu, Ángel Luis Mena, Águila Bono y Pablo García-Cubillana. © 2010 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- (24) Nora Jacobson, Ph.D. Dianne Greenley. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication, M.S.W., J.D. *Psychiatric Service* April 2001 Vol. 52 No. 4.
- (25) Matthias Jaeger and Paul Hoff Recovery: conceptual and ethical aspects. *Curr Opin Psychiatry* 2012, 25: 497-502
- (26) Ridgeway P, Press A. Assessing the Recovery-orientation of your mental health program: A User's Guide for the Recovery-Enhancing Environment Scale (REE). Kansas: University of Kansas, 2004.

LA TIRANÍA DE LA EVIDENCIA EN REHABILITACIÓN LABORAL

Eva M^a Muñiz Giner

Evidencia: "Certeza clara y manifiesta de la verdad o realidad de algo"



Fuente: www.emaze.com

Es curioso cómo se sigue perseverando en convertir la rehabilitación psico-socio-laboral en una disciplina científica al estilo de una medicina ya obsoleta (desde muchos ámbitos se reivindica una medicina narrativa¹, integradora, que abandone su metonímica reducción del sujeto a una fracción de su cuerpo), ignorando que ni su método ni sus indicadores se ajustan a nuestro objeto de trabajo. Seguimos ansian-do que los números nos den las claves de lo que es eficaz o eficiente en tiempos de escasez económica, y que los protocolos pongan orden en una realidad caótica. Te-memos acercarnos a la subjetividad aunque trabajamos con sujetos². No toleramos la incertidumbre. Aún no hemos consolidado ni una identidad, ni una metodología, ni siquiera un discurso que no sea silenciado, cuando no arrasado, por los tecnicis-mos de la ciencia biomédica.

Es absolutamente necesario comprobar si las intervenciones son útiles y no cau-san perjuicio, e imprescindible hacer una buena gestión de los recursos públicos. La cuestión es cómo hacerlo sin desvirtuar el trabajo, cómo impedir que la persona se sienta un **objeto** de medida, como hacer que la ecuación coste/beneficio incluya la experiencia subjetiva de la persona atendida. Los datos de inserción en empleo son una poderosa herramienta política. Son números que aportan "la evidencia" por antonomasia de que "España va bien". Pero si la inserción laboral se produce en un colectivo que en este sentido ha sido desahuciado, como es el de las personas con un diagnóstico psiquiátrico severo, ya no solo se convierte en un indicador del buen ha-cer en materia de gestión económica, sino en un dato incontestable del *gran compro-miso social* que mantienen el gobierno y las empresas con los más desfavorecidos.

*"Los datos de inserción en empleo son
una poderosa herramienta política"*

En los Centros de Rehabilitación Laboral (en adelante CRL), pertenecientes a la Con-sejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, el número de inserciones formativas y laborales adquiere una relevancia central para determinar la necesidad de estos recursos en tiempos de ajustes económicos y privatizaciones. Conseguir en 2015 que más de un 50% de personas usuarias de los CRL (22 en la Comunidad de Madrid) se inserten o mantengan un empleo es un buen indicador del esfuerzo de los equipos por brindar oportunidades y de los trabajadores con un diagnóstico psiquiátrico por aprovecharlas, lo que de alguna manera legítima nuestra razón de ser.

Pero en nuestro quehacer cotidiano la pregunta que conviene hacerse, para no per-der la perspectiva del verdadero objeto de nuestro trabajo, es si esa inserción es saludable y emancipadora, si preserva los derechos del trabajador, si cumple con las leyes creadas para facilitar la inclusión de las personas con una diversidad funcional

1) Gracias a la psiquiatra Marta Carmona por esta pertinente aclaración que permite anclar una realidad nueva y más esperanzadora en la práctica médica

2) Agradezco a Jesús Saiz, director del Centro de Día y del Centro de Rehabilitación Laboral de Aranjuez la generosidad con la que ha compartido conmigo esta y otras reflexiones, la bibliografía que me ha facilitado y me ha permitido expandir el pensamiento y su activismo cotidiano que para mí es un ejemplo de buenas prácticas

(sin ir más lejos la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad o el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo) o si se corresponden mínimamente con el proyecto de vida que estos trabajadores desean tejer con nuestro apoyo. Estas cuestiones marcan la diferencia entre un recurso de rehabilitación y una agencia de colocación y, por ello, tendrían que ocupar un lugar más destacado en los debates.

En esta carrera por conseguir un alto porcentaje de inserciones laborales, quizás nos ayude hacer un alto en el camino, pararnos a mirar el mapa del territorio por el que transitamos y buscar las **diferencias y semejanzas entre buenos números y buenas prácticas.**

1. LAS EVIDENCIAS

LA PRESENCIA DEL USUARIO EN EL CENTRO COMO EVIDENCIA DE “APROVECHAMIENTO” DEL RECURSO (O EL MERECIMIENTO DE LA PLAZA)

En el informe de la AMSM publicado en octubre de 2013 sobre los cambios en la Red de Atención Social a Personas con Trastorno Mental tras la implantación del acuerdo marco para la contratación de servicios públicos en modalidad de concierto³ ya se advertía de las implicaciones en la calidad de la atención que podían derivarse del establecimiento del pago del servicio en función del concepto “plaza ocupada”, especialmente si se ponía en primer término la rentabilidad económica de la atención al usuario y, se entendía la presencia de éste en el centro como un indicador del merecimiento de dicha plaza. De hecho el pliego establece unos límites temporales al absentismo para que el usuario pueda seguir disfrutando de ella. Tres años después seguimos alertando de la contradicción entre la exigida presencialidad en el recurso y, por un lado, la gravedad del sufrimiento que las personas padecen y por otro, el objetivo de facilitar la progresiva integración comunitaria que por doquier se expone en los foros de divulgación.

Es innegable que si una persona no tiene ninguna vinculación con alguno de los servicios de un recurso durante un tiempo prolongado, su situación requiere de revisión. **Gastar el dinero público en hacer un “como sí” de rehabilitación no es ético.**

Hay personas diagnosticadas de un trastorno mental grave que no precisan de una atención especializada como la que se les brinda en los recursos de la red sociosanitaria (consiguen sus

objetivos sin nuestra ayuda), hay personas que requieren esta atención pero el recurso, tras un tiempo de intentarlo, no ha encontrado el modo de facilitar que se produzcan los cambios en su situación, o simplemente la persona no está preparada para esos cambios, en estos casos la decisión es clara: **proceder al alta/baja.**

Pero en esto del absentismo la casuística es diversa, y en algunos casos, las ausencias, más que una respuesta de abandono, lo que requieren es un derroche de creatividad. Es de todos sabido la importancia de construir un vínculo de base segura para cualquier proceso de cambio relacionado con el ser humano, la pregunta es cómo establecerlo si en los momentos en que la persona se distancia (por sufrimiento o por emancipación) el vínculo se pone en juego amenazado por la pérdida de la plaza. En este escenario, **el tema de la conservación de la plaza puede convertirse, sin que lo queramos, en una poderosa herramienta de persuasión para cualquiera de nuestras propuestas**, haciéndose cada vez más complejo **distinguir el verdadero consenso del sometimiento.**

No nos es ajeno que las personas atendidas en los recursos de rehabilitación, en ocasiones:

- Tienen dificultad en establecer un vínculo de confianza o mantener una continuidad en los procesos.
- Utilizan el recurso como “campamento base”, un lugar seguro al que acudir en caso de necesitarlo, sin ajustarse a unos patrones de asistencia regulares. Exploran en contextos comunitarios y buscan el apoyo de los profesionales de referencia cuando sienten que les hace falta.
- Les suceden acontecimientos dolorosos que no saben gestionar manteniendo la productividad. Tienen un alto grado de sufrimiento psíquico que no saben identificar, ni expresar con palabras, y que les lleva al aislamiento y a no pedir ayuda. No pueden justificar su absentismo salvo a posteriori y solo narrando su experiencia.
- “Actúan “el malestar o la disconformidad a través del absentismo en lugar de gestionarlo de manera asertiva.
- Asistir al centro o participar de las actividades que se realizan en él les lleva a sumirse en un rol clínico, les aleja de una identidad normalizada. Su proceso requiere mantener el contacto y generar oportunidades de exploración en el medio comunitario

... Y un largo etcétera de posibilidades que no se ajustan bien a los 30 días anuales por “causas justificadas” establecidos en

3) <https://amsm.es/2013/10/29/informe-amsm-sobre-los-cambios-en-la-red-de-atencion-social-a-personas-con-enfermedad-mental-tras-el-acuerdo-marco-para-la-contratacion-de-servicios-publicos-en-modalidad-de-conciertos/>

el acuerdo marco como límite temporal para el absentismo. En este sentido, conviene recordar que el objetivo último de cualquier recurso de rehabilitación es la integración comunitaria, no la integración en las actividades del centro, que en todo caso son un mero puente hacia aquellas, no siempre necesario; por otro lado, los planes de rehabilitación son individualizados (responden mal al “café para todos”) y han de estar obligatoriamente consensuados con el usuario, que tiene su propio criterio acerca de lo que le hace bien, incluida la presencialidad.

Otro asunto de interés es la ambigüedad del término “causa justificada”. En el terreno de lo laboral, existe un amplio sistema que regula el absentismo de los trabajadores estableciendo en qué condiciones pueden hacerlo con derecho a remuneración. Pero como comentaba Francisco González Aguado, citando a Marcelo Pakman, los espacios terapéuticos son por definición espacios de singularidad, por lo que en rehabilitación laboral, en tanto espacio terapéutico necesariamente diferente al contexto laboral, la “causa justificada” tendría que definirse de otro modo, por ejemplo podría serlo que el absentismo se considere una manifestación de algo que es necesario entender y abordar. **Todo esto no significa dejar de reflexionar periódicamente si nuestras acciones respecto a la “no presencialidad” del usuario en el centro responden a un criterio técnico, o es el resultado de un abandono, una desatención o un *laissez faire* negligente.**

2. LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA

La eficacia se define como el grado en que se realizan las actividades y se alcanzan los objetivos planificados, es decir presupone un plan temporalizado; la eficiencia como la relación entre resultados obtenidos y recursos invertidos. Aplicar estos conceptos a la rehabilitación laboral supondría tener un plan temporalizado, conseguir los resultados de inserción cumpliendo con las actividades y tiempos programados utilizando los menores recursos posibles. Sin embargo, seguir estos planteamientos de manera radical, sin una reflexión que incorpore las necesidades de la persona, nos puede llevar a varios puntos de fricción con los principios básicos que sustentan nuestro trabajo:

En primer lugar, nuestros recursos pertenecen a un plan para atender a las personas con “trastorno mental severo y de larga duración”, es decir, supervivientes de una historia de trauma y sufrimiento, que ha dejado secuelas en su funcionamiento psicosocial y que tienen restringido el acceso a oportunidades de trabajo por los prejuicios derivados de su diagnóstico. En este panorama es poco probable que los cambios sean rápidos,

que se utilicen pocos recursos, y que el itinerario responda a una secuencia planificada de antemano. La cuestión es cómo optimizar los recursos para que se ajusten al proceso real e individualizado (no estandarizado ni prefijado) de la persona atendida.

En segundo lugar, el plan que va a guiar nuestro trabajo debe elaborarse tras 45 días de evaluación, definiendo las actividades y los tiempos precisos para conseguir los objetivos. No conocemos a la persona, no tenemos ni la menor idea de los miles de variables que van a influir en su vida, no sabemos en qué fase de su proceso de cambio se encuentra (Cabrera, 2000) y desconocemos como va a resultar cada experiencia. Es difícil de admitir pero contamos con mapas muy básicos, en realidad, no sabemos cuál es el camino, vamos *haciendo camino al andar*.



alftorres.wordpress.com

En tercer lugar proclamamos en una actitud de humildad que nuestro conocimiento como expertos es insuficiente, que la persona es experta en su vivencia y que nuestro papel es acompañarla en su proceso, pero, en ocasiones, en un deseo de ser eficientes, tironeamos de ella para que se cumplan los plazos y las actividades que hemos pre-diseñado en equipo y que se han “consensuado” con ella en un momento determinado de su vida. Lejos de tener plazos prefijados para alcanzar metas tendríamos que utilizarlos para revisar hasta qué punto ese plan se sigue ajustando a la persona o es un traje que ya no le sirve.

Por último, es difícil hablar de un plan de intervención elaborado inicialmente de manera unilateral por parte de los profesio-

nales y a la vez de participación activa del usuario en su proceso. Pareciera que nuestros procedimientos de consenso con el plan individualizado de rehabilitación son un modo de salvar esta brecha y una suerte de participación activa, sin embargo, con frecuencia implican proponer al usuario un plan elaborado concienzudamente por un equipo profesional en función de su conocimiento experto y en una relación de poder asimétrica; en este escenario no parece fácil que el usuario pueda discrepar y hacer una propuesta alternativa que pueda competir con tanto saber.

La participación activa tiene más que ver con la co-construcción, es decir, escuchar lo que la persona desea cambiar de su vida y lo que desea conseguir, aportar una perspectiva probablemente diferente y complementaria desde nuestro conocimiento y responsabilidad, plantear conjuntamente como empezar a hacerlo, experimentar y sacar conclusiones para conocerse-conocer el contexto y así poder elegir el siguiente paso.

3. LAS INSERCIONES LABORALES Y EL MANTENIMIENTO EN EL PUESTO

EL MERCADO LABORAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define **trabajo decente** como el “trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y se cuenta con una remuneración y una protección social adecuadas”. Para considerar un trabajo decente tiene que proporcionar la seguridad del contrato indefinido, una adecuada remuneración y una permanencia en el puesto que garantice una mayor protección ante el desempleo (Pedraza y Villacampa, 2011).

El mercado laboral se ha ido deslizando en los últimos años hacia la explotación y la precariedad de manera insidiosa, pero disfrazada de flexibilidad y generación de oportunidades en tiempos difíciles, lo que ha incrementado su potencial enajenador. El incremento de la temporalidad, la escasa duración de estos contratos, el auge del empleo a tiempo parcial, el descenso de los salarios, la reducción de las plantillas, la facilidad para el despido, forman parte de nuestra realidad cotidiana hasta el punto de que hemos perdido el criterio de lo que es un trabajo decente. En este panorama, intentar hablar de las características del empleo que enferman a los trabajadores es como recordar en el desierto que el agua sucia puede estar contaminada, la respuesta siempre es la misma “es lo que hay”. Históricamente ha sido difícil incorporar la prevención de los riesgos psicosociales a la cultura organizacional de las empresas por dos razones: aún

no se contempla al trabajador como una unidad biopsicosocial cuya salud se manifiesta en los niveles físico, psíquico y relacional y, se han ignorado los datos que establecen una relación entre salud mental y condiciones laborales (Álvaro y Páez, 1999, Parra, 2008, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Madrid, 2008). Es evidente que la salud mental de los trabajadores se ve mermada en algunos empleos, pero los planes de acción no van dirigidos a modificar las condiciones de trabajo sino a reparar al individuo pues, en última instancia, se considera que su inadaptación es producto de *sus taras*.

La OMS (2010) identificó una serie de factores psicosociales que suponían un grave riesgo para la salud mental de los trabajadores (se han extraído literalmente del informe):

- **Contenido de la tarea:** falta de variedad, ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, desaprovechamiento de habilidades, incertidumbre.
- **Carga y ritmo de trabajo:** la sobrecarga o poca carga de trabajo, ritmo mecánico, presión de tiempo.
- **Horario de trabajo:** cambios de turno, trabajo nocturno, horarios inflexibles, horario indefinido, jornadas extensas u horarios no sociables.
- **Control:** poca participación en la toma de decisiones, falta de control en la sobrecarga de trabajo, ritmo de trabajo y horarios.
- **Entorno y equipo:** equipo insuficiente, inapropiado sin mantenimiento, pobres condiciones del entorno como falta de espacio o luz, ruido excesivo.
- **Cultura y función organizacional:** pobre comunicación, falta de soporte para resolver problemas y para desarrollo personal
- **Relaciones interpersonales en el trabajo:** aislamiento social o físico, conflictos interpersonales, pobre relación con supervisores o compañeros, falta de soporte social.
- **Rol en la organización:** ambigüedad de rol, conflicto de rol, ser responsable de personas
- **Relación del trabajo con el hogar:** demandas conflictivas en el trabajo y el hogar, poco apoyo en el hogar, problemas por doble carrera.

Cuando se evalúan los factores que influyen en el desempeño de un trabajador se tiende a poner en primer término las características del individuo, minimizándose los factores enajenadores del contexto laboral. Si esa persona tiene un diagnóstico psiquiátrico, ni se plantea la influencia de las variables contextuales, directamente se atribuyen las dificultades a sus

un trabajo que pone en riesgo la salud mental, es incompatible con las conductas de autocuidado

supuestos déficits. Esto implica un doble maltrato, por un lado, la invalidación de su experiencia como víctima de unas circunstancias adversas y, por otro, la atribución de toda la responsabilidad del fracaso. Una evaluación pormenorizada de los riesgos psicosociales amplía la perspectiva y puede convertirse en un indicador de la salud del entorno laboral. Esta valoración permite equilibrar la intervención, ya no solamente se incidiría en hacer más competente al trabajador sino en “rehabilitar” la empresa estableciendo un plan de apoyo con los responsables para incrementar su salubridad, mejorando las variables antes mencionadas en relación con las necesidades del trabajador.

El mantenimiento en el empleo se ha venido utilizando como una evidencia de un buen proceso de rehabilitación. Sin embargo, este concepto pierde el sentido si lo aislamos de las características del puesto. Es decir, **mantenerse en un trabajo que pone en riesgo la salud mental, es incompatible con las conductas de autocuidado que forman parte del proceso de emancipación.**

4. LAS CONTRATACIONES CON DISCAPACIDAD EN MERCADO ORDINARIO

LAS ENTREVISTAS

“El trabajador es consciente del estigma relacionado con su diagnóstico”

Los responsables de recursos humanos tienen que enfrentarse con la dificultad de determinar, en un tiempo muy breve, si una persona con discapacidad es apta para un puesto y que tipo de adaptaciones necesitaría. Si afecta a la movilidad o a los sentidos, estas adaptaciones pueden determinarse con una valoración médica. Cuando la discapacidad es por sufrimiento psíquico esta valoración es mucho más compleja y requiere tener en cuenta una serie de aspectos fundamentales:

Cualquier experto en evaluación sabe que los datos que tienen que ver con temas dolorosos para el entrevistado requieren de habilidades específicas, como la creación de un clima de confianza, la garantía de confidencialidad, la no invasión, el respeto al tempo de revelación, la exploración de fortalezas, entre otras.

La historia de la enfermedad y la experiencia de desestabilización es una experiencia traumática. Hablar sobre ella produce dolor y en algunos casos retraumatiza, no aporta nada a la valoración de sus competencias actuales, salvo como evidencia de la capacidad para sobreponerse a una situación tremendamente adversa.

El trabajador es consciente del estigma relacionado con su diagnóstico. Su competencia está en tela de juicio mucho antes de que se le permita probarse con la tarea. Se le presupone limitado a nivel intelectual, conflictivo a nivel relacional, y poco rentable por su absentismo. No hablar de su diagnóstico facilita la escucha del discurso competencial

“Los datos que se preguntan en algunas entrevistas laborales son de primer nivel de protección”

El trabajador tiene derecho a preservar su intimidad. Los datos que se preguntan en algunas entrevistas laborales son de primer nivel de protección (diagnóstico, número de ingresos, síntomas, pauta de medicación) y puede decidir no facilitarlos para protegerse del inevitable pre-juicio, sin que esto suponga ningún indicador de resistencia hacia el proceso de entrevista. Es fundamental respetarlo y explorar las competencias desde otro ángulo.

La presencia de sintomatología psicótica no es un indicador de dificultades para mantener un empleo. No tiene sentido explorarla. Sin embargo, identificar las capacidades que ha tenido ese trabajador para recuperarse de ella o para gestionarla, la transformación que ha experimentado para estar en el momento actual en un proceso de selección, el significado que tiene para él retomar su proyecto de vida, su deseo de incluirse en el equipo de trabajo, el temor a ser excluido sin darle la oportunidad de mostrar quien es, puede ser información valiosa para la selección, pero que en pocas ocasiones se explora.

El lenguaje psiquiatrizado no es un lenguaje que dé cuenta de una realidad objetiva, es una construcción sobre la experiencia subjetiva de una persona singular. Utilizar el lenguaje del síntoma es otro modo de invalidar. Las personas tienen el derecho a explicar lo que les pasa y las adaptaciones que necesitan con un discurso propio.

Probablemente, una de las primeras acciones que sería necesario realizar con las empresas comprometidas con la inclusión de personas con una diversidad funcional psíquica **es colaborar con los responsables de recursos humanos para realizar entrevistas que les permitan identificar competencias y adaptaciones sin generar sufrimiento en el entrevistado**



Fuente: uco.es

EL MANTENIMIENTO EN EL PUESTO

Según el capítulo VI, (sección 2ª, artículo 40) de Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad⁴: “Los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa,

en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, **salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario**⁵”.

Proliferan de una manera alarmante las contrataciones de personas con certificado de discapacidad psíquica⁶ sin que haya una adaptación asociada a su diversidad funcional. En tiempos de crisis económica, el asunto de la “carga excesiva” es una de las grietas por la que se escurren los esfuerzos de algunos técnicos por introducir adaptaciones en sus empresas, cambios que, por otro lado, beneficiarían al conjunto de los trabajadores, puesto que la diversidad funcional (con diferentes grados de intensidad y flexibilidad) es un rasgo que nos caracteriza a todos los seres humanos. A esto se une un gran desconocimiento de las necesidades específicas de los trabajadores con una salud mental vulnerable (ya que no existe una homogeneidad como colectivo) y una constante infravaloración (hasta el desprecio) del impacto de los riesgos psicosociales en la generación de trastornos mentales.

Gran parte de las dificultades para el mantenimiento en el puesto se resolverían si se pudieran establecer vínculos con otros trabajadores más experimentados que fueran apoyos naturales dentro de la empresa, facilitando el proceso de adaptación al puesto, tanto lo relacionado con el conocimiento de la **estructura** (jerarquía, organización interna, normativa, cultura organizacional, lo que complace al jefe inmediato⁷) y **las tareas** (protocolos, priorización, criterios de calidad...), como lo que se refiere a las peculiaridades de la **comunicación interna** (la claridad en la comunicación es una de las áreas deficitarias en la mayoría de las organizaciones lo que suele dar lugar a confusiones, suspicacias y malos entendidos) o las **dinámicas relacionales** con superiores e iguales. En la actualidad, teniendo en cuenta la precariedad laboral, las cada vez más exiguas plantillas para sacar la misma producción y el alto nivel de exigencia para mantener el puesto, no es extraño que esos apoyos naturales vivan al compañero como una carga y la situación de apoyo se convierta en un factor estresante añadido para ambos.

5) “Para determinar si una carga es excesiva se tendrá en cuenta si es paliada en grado suficiente mediante las medidas, ayudas o subvenciones públicas para personas con discapacidad, así como los costes financieros y de otro tipo que las medidas impliquen y el tamaño y el volumen de negocios total de la organización o empresa”

6) Si bien este es el término asignado a las personas con una valoración de discapacidad derivada de un trastorno mental, cada vez son más los defensores de abandonar el término “discapacidad” y adoptar el de “diversidad funcional” (Romañach, J. y Lobato, M., 2005)

7) Gracias a Teresa Ruiz, directora del CRL y CD de Alcalá de Henares por la riqueza de sus diferencias, sus aportaciones y los estimulantes debates compartidos

4) <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>

Desde los Centros de Rehabilitación Laboral, se hace un gran esfuerzo por recabar evidencias de que la persona ha adquirido las competencias que le permiten ajustarse al puesto de trabajo, quizás porque la re-habilitación supone en gran medida que la persona recupere o adquiera habilidades, obviando en ocasiones **que las competencias no son un asunto del individuo, sino del individuo en su contexto**. Es necesario poner el mismo esfuerzo en **evaluar las competencias de la empresa para ser inclusiva** y facilitar que se realicen las adaptaciones que le exige la ley al contratar a una persona con discapacidad severa⁸, co-creando con los responsables los procedimientos que le permitan responder con acciones reales a sus obligaciones y a su responsabilidad social corporativa, de modo que ésta no sea solo un medio de ganar valor y competitividad en el mercado, sino que, como refleja la acción de los técnicos implicados en estos procesos colaborativos con los CRLs, suponga un **compromiso real con el derecho constitucional al trabajo de las personas con una diversidad funcional**.

Si consideramos que nuestra labor es colocar a las personas que atendemos en el mercado laboral, el tanto por ciento de personas que consiguen un trabajo a lo largo del año puede satisfacerlos. Pero **si pensamos que el trabajo tiene que ir parejo a la salud, quizás tendría más sentido cruzar los datos cuantitativos con el grado en que el puesto ha sido adaptado y los riesgos psicosociales disminuidos, para obtener de ahí indicadores de buenas prácticas**.

LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

El Reglamento de los Centros Especiales de Empleo (en adelante CEE)⁹ definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido define que “son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y **teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal**”. Según establece el artículo 3 del capítulo I por servicios de ajuste personal y social, se entenderán “los de rehabilitación, terapéuticos, de integración social, culturales y deportivos que procuren al trabajador minusválido del Centro Especial de Empleo, una

mayor rehabilitación personal y una mejor adaptación en su relación social”.

Se benefician de un programa de ayudas para el mantenimiento del puesto:

- Subvenciones de coste salarial o de mantenimiento de los puestos de trabajo de los trabajadores con discapacidad igual o mayor al 33% por la que los CEE que cumplan con los requisitos exigidos podrán recibir un máximo del 50% del Salario Mínimo Interprofesional o proporcional si el trabajo es a tiempo parcial, sin distinción de si el trabajador es fijo o temporal.
- Bonificación/reducción del 100% de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por todos los conceptos durante la vigencia del contrato¹⁰

La mayoría de los CEE han desarrollado servicios de ajuste personal y social específicos para personas con una discapacidad intelectual, física o sensorial, sin embargo, aún queda mucho por hacer para facilitar la integración de las personas con una discapacidad psíquica. Lamentablemente, en ocasiones, se aplican adaptaciones propias de la discapacidad intelectual a las personas con una salud mental vulnerable, generando dificultades añadidas. Llama la atención que habiendo indicaciones de la OMS para cuidar la salud mental de los trabajadores no se establezca una relación entre la reducción de riesgos psicosociales y el mantenimiento en el puesto de las personas que atendemos en los recursos de rehabilitación.

La intermediación laboral de los CRLs es más ágil si se hace con los CEE, puesto que en principio están familiarizados con los conceptos de ajuste persona-puesto y adaptación. Podrían ser excelentes aliados para crear espacios de transición al mercado laboral ordinario. Sin embargo, la realidad actual es que la mayoría brindan unos salarios que no suelen ser superiores al salario mínimo interprofesional (655,20), lo que no se acerca a la idea de trabajo decente de la OIT, los servicios de ajuste personal y social son precarios, no dan respuesta a las necesidades de adaptación de las personas con una salud mental vulnerable, y tienen elevados riesgos psicosociales.

5. LAS ALTAS Y LAS BAJAS

Las altas por cumplimiento de objetivos son un buen indicador, pero, si no hay lista de espera (cuestión que merecería la pena analizar dado el número de personas con un diagnóstico psiquiátrico en edad productiva), reducen el número de

8) En esta categoría se incluyen personas con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual igual o superior al 33 % y discapacidad física o sensorial igual o superior al 65 %. Para ver las bonificaciones consultar https://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_empleo/bonificaciones_reducciones.pdf

9) <https://www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-25591-consolidado.pdf>

10) <https://www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-25591-consolidado.pdf>

personas atendidas y los ingresos económicos del centro. Para establecer un alta lo lógico es tener como referencia los objetivos pactados con el usuario, teniendo en cuenta **SU proyecto de vida**. Pero en ocasiones, nos baila el foco y ponemos en primer término los indicadores de éxito en un servicio de rehabilitación laboral, es decir, la inserción laboral.

¿Cuáles deberían ser los indicadores de alta?, ¿Que la persona trabaje durante un tiempo definido?, ¿Que sea capaz de mantenerse en los contextos saludables y abandonar los que le enferman? ¿Que se adapte a la adversidad? ¿Que sea capaz de buscar por sí mismo experiencias para que pueda decidir libremente acerca de su proyecto de vida incluyendo la posibilidad de no trabajar? ¿Que pueda defender sus derechos cuando son vulnerados? ¿Qué sea dócil y no genere conflicto? ¿Que tenga una red de apoyo mutuo fuera de los recursos sociosanitarios para que le ayuden en sus metas, sean las que sean, y se emancipe? ...

El criterio de alta tendría que estar íntimamente ligado a la autonomía y a la pertenencia. La autonomía en tanto hacerse cargo de la propia vida, la pertenencia en lo que se refiere al sentimiento de inclusión en un tejido social.

Las bajas son un indicador pésimo y producen el mismo efecto económico que las altas. Es evidente que si las actividades, los tiempos y los objetivos no se ajustan al individuo que atendemos, la baja es necesaria y hay que hacerla correctamente, facilitando, en la medida de lo posible, que sea un cierre reparador. El problema es que un número alto de bajas es considerado una evidencia de que algo va mal, lo que puede llevar a mantener a la persona en el recurso a través de múltiples estrategias que se saben ineficaces de antemano. Hay que asumir que **las bajas se multiplicarán cuanto más rígido y más homogeneizador sea el encuadre del recurso** puesto que tendrá menos posibilidades de dar respuesta a la diversidad. Lo que es correcto desde el punto de vista técnico, no siempre encaja con las necesidades a nivel de gestión.

Una posible solución a esta situación sería exigir que las derivaciones se ajusten a un perfil muy determinado, de funcionamiento alto, pero caeríamos en la incoherencia de proporcionar nuestros servicios a las personas que menos lo necesitan, quedando sin atención las que tienen más dificultades. Otra alternativa es hacer un uso racional del amplio abanico de recursos que ofrece la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, y/o explorar otros recursos comunitarios así como las redes de apoyo mutuo de tal modo, que las personas puedan prepararse a través de experiencias diversas, para un

proceso exigente y en muchas ocasiones frustrante como es la inclusión en el mercado de trabajo.

ALGUNAS REFLEXIONES PARA CONCLUIR

La evidencia se convierte en tiranía cuando esclaviza nuestras prácticas, cuando los números dirigen la toma de decisiones, cuando el plan de rehabilitación de cada individuo se convierte en un plan contable.

Como ya se ha mencionado, comprobar que nuestro quehacer permite a la persona emanciparse (también de los profesionales) y pertenecer a la comunidad (no pasar por ella como una sombra) es indispensable, constatar que no producimos daño es un deber ineludible, pero creer que la tarea está saldada obteniendo buenos números es de una ingenuidad que apabulla. El **datismo contable** no es más que falsa evidencia, que pretende sustituir (por presuponersele una mayor objetividad) a la experiencia de usuarios, familiares y profesionales ¹¹

Como señalan Hernández y Blanco (2005) *“lo que el sujeto es y lo que hace sólo tiene sentido dentro del marco (macro y micro-social) que lo envuelve; eso que llamamos mente (la identidad, el self, la conciencia, la subjetividad) no puede definirse desde un soliloquio interminable desde sí misma para consigo misma de espaldas a la realidad que la rodea. Y aunque tradicionalmente se nos haya hecho creer lo contrario, la salud mental no puede ser una excepción”*. Y continúan más abajo *“... un sujeto al que se le amputa el contexto, el macro y el microsocial, se convierte en una parodia solipsista de sí mismo”*. Siguiendo a los autores, hacer un análisis serio del contexto laboral se convierte en una tarea imprescindible que nos lleva necesariamente a plantear **otros indicadores relevantes en nuestro trabajo**, asociados a la protección de los derechos fundamentales, a la inclusión en condiciones de salud y a la verdadera emancipación de las personas que atendemos.

Trabajamos para personas que a lo largo de su vida han visto su salud mental gravemente afectada, creemos que esta situación no es el producto de una avería del individuo sino de la biografía y la compleja interacción entre la persona y el contexto en el que se desarrolla. Las prácticas dirigidas a “reparar” al individuo niegan una realidad que cada vez se impone con más virulencia, **la salud mental de cada individuo depende de la salud de los contextos**. Los espacios en los que la gente trabaja (incluidos los trabajos para personas con discapacidad)

¹¹) Gracias a Mariano Hernández Monsalve por esta pertinente precisión y al conjunto de la junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental por estimular los debates que constituyen el fondo de este documento.

se alejan considerablemente de la definición de entorno laboral saludable de la OMS.

El número de personas que insertamos, si lo hacemos en empleo ordinario o protegido, la duración del contrato, etc... son **indicadores cuantitativos útiles** de una parte del trabajo en rehabilitación, pero quizás podríamos considerar también una **evidencia de buenas prácticas** la cantidad y calidad de las acciones dirigidas a hacer los entornos laborales más saludables, la consolidación de alianzas con aquellas empresas verdaderamente comprometidas con la inclusión de la diversidad, la denuncia de las empresas que trasgreden impunemente los derechos de las personas que atendemos...

Es importante que no perdamos la referencia de lo que es un **trabajo decente y un entorno laboral saludable**. Nuestras acciones no pueden reducirse a entrenar al individuo para que practique el contorsionismo y se adapte a cualquier situación por precaria que sea, necesariamente tenemos que introducir un discurso diferente, más amplio y complejo y unas **prácticas que aporten algo a la transformación social**.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvaro, J. L. y Páez, D. (1999). Psicología social de la salud mental. En: Álvaro, J. L.; Garrido, A. y Torregosa, J. R. *Psicología social aplicada*. (págs.: 394-395). Madrid. Mc Graw Hill.
- Cabrera, G. A. (2000). "El modelo transteórico del comportamiento en salud". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), págs. 129-138.
- De Pedraza, P. y Villacampa, A. (2011). "Determinantes del Trabajo Decente a tiempo completo en el mercado laboral español: un análisis con micro-datos de la Seguridad Social". <<http://www.elsevier.es>> (consulta: 19/08/2015).
- ESPAÑA. Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido".BOE de 9 de diciembre de 1985, núm. 294. Referencia: BOE-A-1985-25591. Texto consolidado, última modificación 7 de julio de 2012. <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-25591-consolidado.pdf>>
- ESPAÑA. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. <<https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>>
- Hernández, P. y Blanco, A. (2005) Violencia política y trauma psicosocial. En Blanco A., del Águila, R. y Sabucedo, J.M. (Eds.). *Madrid 11-m. Un análisis del mal y sus consecuencias* (pp. 281-310). Madrid: Trotta.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010) Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ediciones de la OMS. Ginebra.
- MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2016) Bonificaciones/reducciones a la contratación laboral. Cuadro resumen de normativa vigente. https://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_empleo/bonificaciones_reducciones.pdf
- Parra Garrido, M. (2008). Catálogo bibliográfico de investigaciones publicadas sobre estrategias de intervención en salud mental y trabajo. http://www.cem.cl/pdf/bibli_18dic.pdf
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005) Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. www.asoc-ies.org/vidaindepen/docs/diversidad%20funcional_vf.pdf
- SECRETARÍA DE SALUD LABORAL Y MEDIO AMBIENTE DE UGT-MADRID (2008). Manual Informativo de Prevención de Riesgos Laborales. Riesgos Psicosociales. Madrid: Secretaría de Comunicación e Imagen de UGT-Madrid



Fuente: ecupres.wordpress.com

EL ARTE DE HACER EL MÍNIMO DAÑO EN SALUD MENTAL¹

Alberto Ortiz Lobo

“esclarecer y dar cuenta de la iatrogenia y sus condicionantes en la práctica de la salud mental”

En los últimos años se está produciendo una expansión del conocimiento y la práctica de la prevención cuaternaria de la mano, principalmente, de la Atención Primaria (1,2). Se trata de una actividad clínica exigente, que precisa del conocimiento exhaustivo de los daños potenciales que se pueden infligir a los pacientes, reconocerlos en nuestra propia práctica y poner en juego entonces, alternativas que los eliminen o, al menos, que los reduzcan.

La salud mental es un campo asistencial particularmente diverso, mal delimitado, complejo en su conceptualización, heterogéneo en sus prácticas y con efectos difícilmente medibles. La subjetividad impregna, enriqueciendo y complicando esta disciplina y también contribuye a esconder los perjuicios que puede producir. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de esclarecer y dar cuenta de la iatrogenia y sus condicionantes en la práctica de la salud mental, punto de partida para poder desarrollar una clínica basada en el arte de hacer el mínimo daño (3).

1. CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES Y ÉTICOS DE LA IATROGENIA

La psiquiatría y psicología actuales han alcanzado en los últimos decenios una expansión sin precedentes: los servicios de salud mental han crecido ostensiblemente, los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos se han popularizado, tanto la psiquiatría como la psicología tienen una presencia relevante en ámbitos jurídicos, laborales, académicos, sociales... y a través de los medios de comunicación sus profesionales promocionan con éxito la importancia de estas disciplinas. Este éxito social lleva aparejada una expropiación de la salud mental de los ciudadanos que sienten que ya no pueden enfrentar muchos de los eventos vitales cotidianos sin consultarlo con un profesional. La dependencia y confianza en la tecnología “psi” ha alcanzado unos niveles extraordinarios debido a que se han exagerado sus efectos positivos y se ha despreciado el daño que producen. Las terapias de asesoramiento, cognitivo-conductuales, psicoanalíticas y de todo tipo aparecen como remedios casi mágicos que pueden eliminar el malestar del sujeto producido por el enfrentamiento consciente con la vida. De igual manera, los psicofármacos se han convertido en la única respuesta a muchos de los conflictos ordinarios, lo que ha favorecido que sus ventas se hayan disparado. En estos días, nuestra concepción de una vida plena es una vida sin sufrimiento, no una vida en la que seamos capaces de manejarlo (4).



Fuente: activament.org

Esta dependencia de los profesionales de la salud mental se produce también en una sociedad consagrada al individualismo, donde cada uno es responsable de su éxito o su fracaso y los conflictos sociales se convierten en asuntos personales. A su vez, en el propio sujeto se ha producido una transformación de sus dilemas éticos y de la frustración de sus deseos laborales, familiares o personales, en problemas mentales. Todo es remitido a la salud mental que se ha convertido en un bien de consumo que

1) Artículo publicado originalmente en la revista argentina Vertex:
Ortiz Lobo A. El arte de hacer el mínimo daño en salud mental. Vertex 2015; 123 (vol XXVI): 350-357.

vende la industria farmacéutica o psicoterapéutica (5). De este modo, la psiquiatría y la psicología han ampliado su campo de actuación de forma casi ilimitada por lo que su potencial capacidad de perjudicar a las personas es extraordinaria, como veremos.

Curiosamente, el encumbramiento y la expansión de estas disciplinas se produce aún cuando no existe una conceptualización definitiva de las enfermedades mentales, persiste un desconocimiento de sus causas, generación y desarrollo y las teorías que intentan dar cuenta de ello son diversas y con planteamientos y propuestas de tratamiento que a veces resultan antagónicos. En el caso de la psiquiatría, el modelo hegemónico actual es el biomédico, centrado en los síntomas y en el individuo y que relega a un segundo plano el contexto, los factores socioculturales, la historia, etc. Se trata un modelo muy influenciado por los intereses comerciales y financieros de la industria farmacéutica principalmente y que se ampara en un autoritarismo pseudocientífico cuya fundamentación neuroquímica no está probada (6,7). Esta forma de entender los problemas mentales que no puede aprehender lo humano (cultura, valores, significados...) con sus herramientas positivistas, favorece los excesos y perjuicios en la práctica de la salud mental.

Todos estos condicionantes propician el intervencionismo y que este se realice además desde una dinámica vertical, paternalista, en la que el paciente se pone en manos de un profesional "experto" que nombra qué tiene el paciente y decide qué tratamiento ha de recibir. En muchas ocasiones, parecería que el profesional posee, no solo el conocimiento científico-técnico, sino también el juicio moral para decidir acertadamente lo mejor para el beneficio del paciente sin tener que contar con su opinión. El paciente queda muchas veces relegado a obedecer y confiar ciegamente en el profesional que actúa guiado por el principio de beneficencia en detrimento del principio de autonomía. Sin embargo, el principio de no maleficencia (*primum non nocere*) es el primero y más fundamental del profesional sanitario, sin desconsiderar los otros.

El principio hipocrático *primum non nocere* se ha comprendido tradicionalmente de esta manera: actúa para los mejores intereses de tu paciente o actúa de manera que los daños ocasionados por el tratamiento no excedan sus beneficios. El problema es que, desde esta perspectiva de beneficiar al paciente, junto con un optimismo exagerado de los tratamientos, se han escrito muchos episodios de intervenciones atroces en la historia de la medicina y de la psiquiatría desde sus inicios hasta la actualidad. Las trepanaciones, el tratamiento moral, el coma insulínico, la malarioterapia, la lobotomía... todas se realiza-

ron para beneficiar al paciente. *Primum non nocere* expresa dos partes: un mandato a ayudar y un mandato a no dañar. La interpretación permisiva de este principio da prioridad a la primera sobre la segunda y ha justificado estas atrocidades (8).

Pero hay otra interpretación más acorde con la doctrina del consentimiento informado y las decisiones compartidas. Es la interpretación preclusiva del *primum non nocere*, en la que se da prioridad al mandato de no dañar sobre el de ayudar al paciente. No dañar no significa "no tener intención de dañar" ni tampoco "esperar no dañar". Así, implícitamente, hay además un mandato de ser tan consciente como sea posible de los daños potenciales que se puedan derivar de la intervención. En el caso de intervenciones coercitivas, la obligación de no dañar aumenta en importancia respecto a los tratamientos consensuados donde el paciente voluntariamente asume los riesgos.

Esta interpretación permite que, aunque las intervenciones excedan en beneficios a los daños, puedan ser anulables en el caso de un tratamiento consensuado por la voluntad del paciente y, en el caso de tratamientos no consensuados, por un juzgado o por una directriz previa del paciente cuando era competente, a través de un poder jurídico o una declaración de voluntades anticipadas. Además, esta interpretación preclusiva es la que está más acorde con la mejor práctica médica actual en la que necesariamente se requiere la adherencia a la doctrina del consentimiento informado. La interpretación permisiva, en cambio, refleja un paternalismo médico (8).

Todos estos condicionantes sociales, culturales, económicos y éticos favorecen una práctica clínica excesiva, sesgada, centrada en la "enfermedad" y en el profesional, que cuenta con un poder extraordinario. Sin embargo, la iatrogenia derivada de la práctica de la salud mental puede ser reducida por un profesional consciente de los daños que puede causar, de sus conflictos intelectuales y personales, y que sea capaz de construir relaciones terapéuticas horizontales en la medida de lo posible.

2. CONFLICTOS INTELECTUALES Y PERSONALES DEL PROFESIONAL

La complejidad de la salud mental, en la encrucijada de perspectivas biológicas, sociales, antropológicas, psicológicas, filosóficas... resulta fascinante y, como todo aquello que no tiene una explicación definitiva, da lugar con facilidad a fanatismos. No es sencillo navegar en la incertidumbre y las distintas teorías sobre los problemas mentales nos proporcionan mapas con los que ubicamos, siempre de forma provisional, en el

laberinto de las emociones humanas, los pensamientos y las conductas, pero no constituyen la “Verdad”. Identificarse de manera acrítica con cualquier teoría, sea cual sea, nos conduce a su aplicación sistemática, independientemente del paciente o la situación clínica que tengamos que abordar. Igualmente, convertirse en experto en un determinado trastorno mental, lleva aparejado el peligro de diagnosticarlo con mucha mayor frecuencia y con la seguridad además, de que los juicios clínicos sesgados son precisamente el fruto del conocimiento superlativo y la perspicacia en detectar dicho trastorno.

Evidentemente, estos conflictos intelectuales no son malintencionados, pero rara vez tenemos conciencia de ellos y se mantienen por el sesgo de confirmación, que es la tendencia a buscar y encontrar pruebas confirmatorias de las creencias existentes y a ignorar o reinterpretar pruebas que las desafíen. La identificación con una teoría (o con un tipo de patología) nos proporciona un sentido de coherencia profesional y nos hace sentir cómodos, sin tener que movernos de nuestro marco, pero el compromiso con el cuidado del paciente queda subrogado al compromiso con mi teoría, que no es la única, ni la verdadera ni, por supuesto, la más útil para todas las situaciones clínicas. De hecho, algo que caracteriza a las distintas perspectivas (psicoanalítica, biologicista, sistémica, cognitiva...) es que ninguna es la mejor aproximación para todos los problemas mentales y que todas ellas tienen el riesgo de patologizar la conducta humana cuando esta es analizada en un dispositivo asistencial. Ambos aspectos pueden resultar muy dañinos para los pacientes porque los exponen a tratamientos inadecuados, innecesarios o excesivos (9). Se ha descrito que los psicoterapeutas con mayor implicación emocional en un solo modelo teórico pueden ser potencialmente más dañinos que aquellos con mayor experiencia en seleccionar distintas terapias (10). Igualmente, la aplicación rígida de una técnica o aferrarse a un manual o protocolo, que suele ser más habitual en psicoterapeutas noveles, puede ser una fuente de problemas en aquellos pacientes y relaciones terapéuticas que no se ajustan exactamente al molde preestablecido (11).

El instrumento de trabajo de los profesionales de salud mental es nuestra propia persona. Son imprescindibles los conocimientos técnicos, pero estos se ponen en juego en una relación interpersonal en la que fluyen actitudes, emociones, ideas, conductas y se establecen dinámicas que condicionan el éxito del tratamiento y la mejoría clínica del paciente.

Tradicionalmente se ha sostenido que algunas características personales del profesional favorecen el desarrollo de una buena alianza de trabajo en salud mental y su mejor evolución. La empatía (definida como la capacidad de reconocer las emo-

ciones del otro), la calidez (estar pendiente del paciente con una consideración positiva, sin pretender vivir su vida por él) y la autenticidad (la capacidad del profesional de ser genuino y no interpretar un papel) son los rasgos más señalados en este sentido (10). Por otro lado, están nuestras necesidades personales que nos guían en nuestras relaciones con familia, amigos o compañeros pero que también pueden hacerse presentes en la relación terapéutica y desvían la atención y el respeto al paciente durante el tratamiento y favorecen que resulte perjudicado. En numerosas ocasiones estamos ciegos a estos conflictos y actuamos “bienintencionadamente”, pero provocando daños. Dependiendo de la personalidad del profesional (y de su interacción con la del paciente) se producirán distintas dinámicas potencialmente dañinas. Uno miedoso o inseguro evitará el tratamiento con muchos pacientes que lo necesitan, otro más emocional corre el riesgo de sobreimpliarse, perder los objetivos y tareas del tratamiento y favorecer la dependencia, aquél más obsesivo puede atender muy bien al encuadre formal pero no profundizar en lo emocional de los conflictos, un profesional autoritario con actitudes que exijan apertura, expresión emocional y cambio puede ser responsable del deterioro de un paciente que se siente innecesariamente expuesto y vulnerable... así hasta llegar a múltiples posibles interacciones (12).

Las necesidades personales más frecuentes que pueden conducirnos a tratar a los pacientes de forma inadecuada o cuando no lo necesitan, son aquellas que favorecen la verticalidad de la relación. Ya hemos adelantado algunos inconvenientes del paternalismo y cómo propicia la dependencia del paciente y reduce su capacidad de gestión de las emociones y conflictos mediante sus propias herramientas. Buena parte de los profesionales tienen una actitud relacional con sus pacientes caracterizada por el liderazgo y la asunción de toda la responsabilidad del trabajo terapéutico. Es un estilo directivo que deja menos espacio al paciente para tener iniciativa, tomar decisiones, participar o cuestionar el tratamiento. La omnipotencia conduce a los profesionales a tener que tener una respuesta para todo y a involucrarse en tratamientos inadecuados para alcanzar objetivos poco realistas. Algo parecido puede suceder cuando en nuestra consulta nos encontramos en muchas ocasiones con personas que sufren circunstancias personales trágicas (víctimas de accidentes, catástrofes, duelos traumáticos, etc.) que nos provocan intensos sentimientos de compasión. En esos momentos, es fácil que perdamos la perspectiva técnica que nos haga pensar en el paciente y preguntarnos si verdaderamente podemos ayudarlo, e intervengamos desde nuestra necesidad personal de hacer algo, aunque no sea eficaz, para calmar nuestra pena. Aunque nuestra voluntad de ayuda es intachable, podemos estar creando unas expectativas que no



Fuente: elrincondesísifo.es

vamos a poder satisfacer, o involucramos al paciente en un trabajo del que puede salir sintiéndose más frustrado, impotente o culpabilizado.

Hay profesionales que tienen en el trabajo su mayor fuente de reconocimiento y valía y sus actuaciones están principalmente encaminadas a conseguir halagos de sus pacientes. Es posible que la vanidad profesional sea un buen estímulo para trabajar mejor y obtener buenos resultados, pero cuando esta necesidad es excesiva, el profesional puede desviar su atención de la tarea hacia sí mismo, con el objetivo de sentirse admirado. Son profesionales que pueden ser muy seductores con sus pacientes y estos a su vez idealizarlos. Otras veces podemos intervenir desde la necesidad de defendernos. Se toleran mejor los errores por comisión (“yo lo traté para mejorarlo aunque ahora esté peor”) que los errores por omisión (“está peor y no hice nada en su momento”), lo que nos conduce a intervenir por inercia. De nuevo estamos actuando nuestras necesidades personales en detrimento de la seguridad del paciente (3).

3. LOS EXCESOS Y PERJUICIOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las posibilidades de dañar en salud mental son muchas y variadas (3) y no se pueden resumir en unas líneas. Las más llamativas provienen de la capacidad coercitiva de la psiquiatría: administración de medicamentos sin el consentimiento del paciente, muchas veces de forma crónica, uso de la contención mecánica, ingresos involuntarios, tratamientos ambulatorios involuntarios, confinamientos *sine die* en centros psiquiátricos penitenciarios basados en delitos inimputables o argumentados por una peligrosidad del sujeto, etc. El hecho de que el psiquiatra crea sinceramente que su intervención es lo mejor para los intereses del sujeto no atenúa el perjuicio al paciente. Es fundamental que los psiquiatras tomemos conciencia de que una intervención que utiliza la coerción necesariamente causa un daño y que es imprescindible esforzarse en conseguir

acuerdos de tratamiento a través de la negociación. Los tratamientos coercitivos producen un sentimiento de violación o abuso de los derechos humanos en la medida que se restringe la autonomía del sujeto o se limita su participación en la toma de decisiones. Pueden surgir en los pacientes sentimientos de no ser escuchados, respetados o cuidados y pueden aparecer respuestas emocionales negativas muy fuertes que llevan a estas personas a sentirse devaluadas y estigmatizadas. Este tipo de intervenciones alimenta la creencia de que las personas no son responsables de sus acciones, no son capaces de responder a una discusión racional o a la persuasión o de que son peligrosos. Las intervenciones coercitivas conculcan los derechos del sujeto y esto supone una disminución de su condición de persona a corto plazo o su destrucción definitiva al desposeer al ciudadano de sus facultades como ser humano para desarrollar legítimamente los propósitos y los fines de su vida (8). Por otra parte, no deja de ser llamativo cómo el empleo de la coerción varía tan extraordinariamente entre países y profesionales: no hay una objetividad científica que ajuste el empleo de intervenciones tan perjudiciales (12,13).

La extraordinaria expansión de la psiquiatría y la psicología en los últimos años ha favorecido otra forma de daño: el indicar tratamientos en personas que no se van a beneficiar de ellos. Se ha producido un fenómeno de psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana que ha transformado las emociones saludables pero desagradables, la timidez, el fracaso escolar, la sexualidad, etc. y cualquier comportamiento que se desvíe de la normalidad estadística o de lo aceptable socialmente, en un problema mental que precisa un tratamiento. Los sentimientos de tristeza, temor, indignación, rabia, ansiedad... que aparecen en el contexto de circunstancias vitales difíciles, aunque se produzca un sufrimiento psíquico, son fundamentalmente necesarios y adaptativos. Dan cuenta de la gravedad de la situación y nos preparan para afrontarla en la medida de lo posible. Realizar una intervención sanitaria en estas circunstancias, como dar un antidepresivo o realizar hacer una psicoterapia breve tiene varios peligros potenciales como patologizar y convertir en enfermedad una respuesta emocional dolorosa, pero sana y adaptativa u ofrecer falsas esperanzas cuando el tratamiento que se ofrece como una solución, en ningún caso va a resolver el problema social subyacente. El intervencionismo también infantiliza y genera dependencias inútiles ya que si ante una reacción emocional dolorosa pero sana se obtiene una respuesta sanitaria, se favorece que los ciudadanos ya consulten siempre ante cualquier adversidad que le produzca malestar. Lo que se les transmite es que ellos no tienen recursos para salir adelante y que necesitan de un “experto” que les guíe o se haga cargo de sus emociones. En otros casos se puede culpabilizar al transformar una injusticia social, como la precariedad laboral, por

ejemplo, en un problema personal del paciente. El mensaje implícito que conlleva el tratamiento es que el problema está en él, dentro del individuo, ya sea en forma de desequilibrio de los neurotransmisores o de conflicto psíquico. Esta perspectiva propugna un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas y puede convertir a los médicos y psicólogos en “colaboracionistas” ya que el tratamiento puede distraer o provocar resignación en la medida que se pone el foco en el individuo y no en el conflicto social y se desvían recursos y energías. En estos casos, se enmarca en un problema sanitario, individual e íntimo asuntos que son de orden social, colectivo y públicos. Finalmente al indicar un tratamiento se corre el peligro de estigmatizar aunque no dé un diagnóstico y puede conducir a un mayor aislamiento o discriminación (14).

Más allá de los perjuicios implícitos cuando realizamos intervenciones sanitarias en personas con reacciones emocionales de sufrimiento adaptativas, se encuentran los estudios de eficacia de las mismas. Probablemente las intervenciones más estudiadas en este ámbito son la psicoterapia en los duelos y las intervenciones que se realizan en las víctimas supervivientes de catástrofes naturales, accidentes o atentados. En ambos casos, cuando estas intervenciones se realizan a demanda o de forma indiscriminada, los resultados globales resultan negativos, causan mayor daño que beneficio (15-18). De modo que, aunque técnicamente fuéramos unos excelentes profesionales, no podemos evitar los efectos secundarios de las intervenciones bien hechas y hay que limitarlas en la medida de lo posible. En este sentido, los tratamientos psicológicos siempre se han considerado, al menos, inocuos, pero si reconocemos su potencial terapéutico, también tenemos que considerar su capacidad para dañar. Se ha calculado que entre un tres y un 15% de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico. En los últimos años se está comenzando a estudiar más a fondo los perjuicios que producen las intervenciones psicológicas, desde el establecimiento de una relación terapéutica (19) hasta la aplicación de determinados procedimientos y en en distintos problemas clínicos (20,21). Las interpretaciones que se hacen en psicoterapia y que pueden ser muy ajustadas a la teoría del profesional, sea cual sea, lejos de promover una mejoría final, en ocasiones pueden resultar muy dañinas y culpabilizadoras para el paciente y la familia si se toman como una verdad incuestionable. Todo esto, evidentemente, siempre contando con que el desempeño clínico del profesional es bueno, pues los daños que puede producir un mal profesional son obvios.

La investigación sobre los psicofármacos, su eficacia y sus perjuicios está abrumadamente financiada por la industria farmacéutica, por lo que existe un grave sesgo en la valoración de

estos aspectos. De esta manera, los perjuicios que producen los psicofármacos, más allá de los efectos adversos que aparecen en su ficha técnica (algunos de ellos frecuentes y graves como el deterioro de la función sexual que provocan los antidepresivos o la merma cognitiva que producen los neurolépticos, por ejemplo), tienen que ver con su uso prolongado y con el modelo de tratamiento desde el cual se prescriben. Con la expansión de la industria psicofarmacológica desde los años 90 del siglo pasado hasta la actualidad se ha vendido un modelo de enfermedad biologicista en el que la causa del trastorno mental es un desequilibrio neuroquímico. Para ello se han ido ofertando teorías serotoninérgicas, dopaminérgicas, noradrenérgicas... que han ido cambiando con la aparición de nuevas moléculas prometedoras para los distintos trastornos. El mito del desequilibrio químico ya ha sido muy contestado (22,23), pero hasta el momento, ha favorecido que los psicofármacos se hayan dispensado de manera universal como el tratamiento adecuado a una “enfermedad cerebral”, por periodos perjudicialmente largos (24,25), muchas veces en múltiples combinaciones y casi siempre como respuesta única o prioritaria. Finalmente, parece que los psicofármacos no corrigen desequilibrios en los neurotransmisores sino que, al contrario, los provocan e inducen estados psicológicos que pueden resultar útiles de forma inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas. Este efecto difuso pone cada vez más en perspectiva su efectividad y alerta sobre los daños que pueden causar, especialmente con su uso crónico (14,22).

Los diagnósticos categoriales tipo DSM/CIE no tienen un carácter sustantivo, de verdad inmutable, son construcciones cuya vigencia depende del momento histórico, de qué tipo de profesionales ostenta el poder de la disciplina y de los intereses económicos y sociales que hay detrás (26). El empleo de estas etiquetas simplifica la labor de los profesionales, propicia una investigación cuantitativa en salud mental (y queda relegada la investigación cualitativa) y es útil para resolver procesos administrativos que tengan que ver con los problemas mentales como las bajas laborales, las ayudas sociales, etc. Sin embargo, los diagnósticos categoriales son herramientas reduccionistas que limitan en la práctica clínica la comprensión de la singularidad de cada individuo, cosifican su esencia y no captan la realidad, sino que la interpretan. En los últimos decenios su extraordinaria proliferación ha favorecido una psiquiatrización y psicologización desaforada que ha logrado, incluso, alcanzar a la cultura de países en desarrollo y a sus agentes de salud de a pie, cuando precisamente han sido concebidas por especialistas hospitalarios de países occidentales. Esta colonización ideológica de las sociedades económicamente dominantes que desplaza las formas tradicionales y locales de evaluar y experimentar el sufrimiento psíquico no ha sido necesariamente positiva (27).

El desarrollo de la prevención primaria y el cribaje de enfermedades en medicina está llegando a la salud mental donde no hay datos “duros” contrastables, proporcionados por la tecnología, sino interpretaciones subjetivas de profesionales en múltiples contextos distintos. La osadía de emitir un diagnóstico avanzado o incluso iniciar un tratamiento preventivo cuando desconocemos tanto de los problemas mentales y por tanto de la evolución y variabilidad singular de cada persona puede ser muy perjudicial. Estos individuos quedan ya marcados por una etiqueta y un tratamiento que a muchos les proporcionará más perjuicios que beneficios (3).

4. EL ARTE DE HACER EL MÍNIMO DAÑO

El ejercicio de la prevención cuaternaria no ha de ser una actividad clínica dominada por el miedo a perjudicar al paciente o por el pesimismo de que siempre vamos a dañarlo. Al contrario, es una actividad ilusionante y exigente, que precisa de nuestro compromiso personal y profesional para practicar una clínica más humana y armoniosa.

El punto de partida es conocer bien todas las formas de iatrogenia que se desarrollan en nuestra práctica y que, aunque se deriven de una práctica bienintencionada, están presentes y pueden evitarse o minimizarse. Tenemos que ser conscientes también de los condicionantes externos que nos empujan a intervenir de manera excesiva o inadecuada. La industria farmacéutica, tecnológica y sanitaria que se lucra con ello, las instituciones, el Estado, las propias familias y pacientes inscritos en una sociedad medicalizada, los medios de comunicación que venden tragedias protagonizadas por locos y a la vez, una visión superficial de la psiquiatría y la psicología... nos presionan para que demos una solución sanitaria (que acarrea perjuicios) ante problemas de otra índole. Igualmente, se nos puede demandar una respuesta más contundente y dañina ante conductas que el entorno tolera mal.

La buena noticia es que la intervención última depende del profesional y debería depender ineludiblemente también del paciente. Está en nuestras manos el desarrollar una práctica clínica que provoque el mínimo daño en nuestros pacientes. Para no perjudicar es fundamental conocernos a nosotros mismos, saber cuáles son nuestras necesidades personales, qué tipo de pacientes y de interacciones pueden evocarlas con mayor facilidad y cómo manejarlas. La peor situación posible es no ver todos estos aspectos, carecer de capacidad de crítica y autoevaluación y pensar que estamos actuando correctamente. Todos, como profesionales, vamos a participar de interacciones que responden a deseos personales y que van a perjudicar directa o indirectamente, así que lo más honesto es aceptarlo y estar

alerta para darnos cuenta, aunque sea a posteriori. La monitorización de nuestras emociones, la supervisión del tratamiento así como el trabajo personal, son herramientas fundamentales para proteger a los pacientes de nuestras intervenciones y maximizar nuestra capacidad terapéutica (28). De la misma manera, a nivel intelectual tenemos que desarrollar una actitud crítica, refleja, escéptica y curiosa que nos obligue a estar en formación permanente. No podemos acomodarnos en nuestra teoría favorita y ajustar a todos los pacientes y situaciones clínicas a ella. Tanto el dogmatismo escolástico como el pensamiento único promovido por las grandes corporaciones como la American Psychiatric Association o las multinacionales farmacéuticas, propician un reduccionismo simplista que nos aleja de la complejidad humana de nuestros pacientes. Esto supone también ser capaces de desarrollar una buena tolerancia a la incertidumbre y, frente a la actitud del experto que lo sabe todo, aceptar nuestra ignorancia, pero desde la curiosidad y el compromiso de intentar averiguar con el paciente lo que está sucediendo y cómo abordarlo de la mejor manera posible.

El foco de trabajo en medicina y en salud mental ha sido tradicionalmente la enfermedad, los síntomas. La prevención cuaternaria pone el foco en la relación profesional-paciente, condicionada por los principios éticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia. La identificación del riesgo de dañar y la necesidad de proteger al paciente de intervenciones excesivas o improcedentes ha de corresponderse con procedimientos aceptables éticamente. Se busca una relación horizontal en lo posible, con la propuesta activa de toma de decisiones compartidas, favoreciendo la autonomía y la emancipación de los pacientes. En los últimos años han surgido innumerables propuestas en todo el mundo que respaldan este cambio de modelo en medicina y que puede ser trasladado con sus especificidades a la salud mental: *less is more medicine* (29), *choosing wisely* (30), *minimally disruptive medicine* (31), *NICE do not recommendations* (32)...

En el campo de la salud mental, además de las herramientas clásicas que se emplean en medicina como el consentimiento informado o las voluntades anticipadas aplicado a pacientes mentales graves que pueden perder su capacidad de tomar decisiones en determinadas situaciones clínicas (33), disponemos de otras que ayudan a proteger al paciente de los excesos y perjuicios de nuestra práctica clínica.

El diagnóstico en salud mental está muy lejos de ser un análisis objetivo de un conjunto de hechos eminentemente medibles tecnológicamente. La expresión y comprensión psicopatológica está muy ligada a la cultura y, evidentemente, a la subjetividad del evaluador y su contexto. La etiqueta diagnóstica

oculta la singularidad del paciente, la compleja interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales de ese individuo concreto, sus valores, significados, expectativas y necesidades que están inmersos en la cultura como marco organizador (34). Por ello, frente al diagnóstico simplificador, el empleo de narrativas y la formulación de casos en salud mental nos proporcionan el significado, contexto y perspectiva del sufrimiento del paciente, define cómo, por qué y de qué manera está enfermo. Estas herramientas (35) permiten, frente a la etiqueta diagnóstica, organizar la información clínica y dar una respuesta más ajustada a la singularidad del paciente.

Antes de iniciar un tratamiento psicológico o farmacológico tenemos que considerar la posibilidad de indicar no-tratamiento. Esta es la intervención paradigmática de la prevención cuaternaria en salud mental ya que evita la exposición del paciente a los efectos adversos de los tratamientos. Muchas de las personas sanas que están sufriendo de manera proporcionada y adaptativa ante un evento vital esperan recibir un tratamiento cuando lo prudente es esperar y ver. En estos casos la indicación de no-tratamiento ha de ser una intervención frecuente y fundamental en el día a día. Lo más beneficioso para el paciente será protegerle de los efectos secundarios de un tratamiento impropio y para ello, primero tenemos que escuchar y hacernos cargo del sufrimiento del paciente y luego, con él, desvincularlo de que sea patológico o de que precise una intervención sanitaria y contextualizarlo dentro de su historia vital y de salud. Esta indicación de no-tratamiento es compleja y precisa de nuestras habilidades de entrevista psicoterapéuticas para que el paciente se sienta bien atendido (36). Es la espera vigilante que ha de respetarse, por ejemplo, en un duelo normal, antes de pautar antidepresivos o realizar intervenciones psicológicas. Si un sujeto afronta y resuelve un duelo sin la necesidad de tratamientos, se refuerza su capacidad y autonomía a la hora de enfrentar acontecimientos adversos y de gestionar los sentimientos que producen sufrimiento. Se certifica su salud, su fortaleza y su resiliencia. Sin embargo, si tratamos a una persona que experimenta un duelo normal, igualmente mejorará como el primero (los duelos normales se caracterizan por eso, porque son autolimitados), pero implícitamente se le están transmitiendo otros mensajes: el tratamiento certifica, sino una patología, sí la incapacidad de esa persona de salir adelante por sí misma, su vulnerabilidad y su necesidad de consultar con un experto sanitario siempre que experimente sentimientos que produzcan sufrimiento, aunque estos sean sanos, legítimos y adaptativos. En ningún caso, indicar no-tratamiento es “expulsar” al paciente del sistema sanitario sino resignificar su malestar como una respuesta saludable y adaptativa y promover el afrontamiento del problema subyacente con el apoyo los agentes sociales

adecuados: sindicatos, asociaciones, familia, servicios sociales, amigos, abogados, etc.

En el contexto de la extraordinaria promoción comercial de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica que favorece la creación de unas expectativas irreales en pacientes y profesionales y un uso impropio y excesivo de los mismos, es necesario apelar a un uso juicioso de los psicofármacos. Es imprescindible una prescripción más estratégica, con una estrecha vigilancia de los efectos adversos, ser cauto y escéptico con las novedades comerciales, trabajar con los pacientes en una prescripción compartida y considerar el impacto de los psicofármacos a largo plazo (37). En esta línea de trabajo prudente, la deprescripción es otra actividad crucial, insuficientemente valorada y extendida. Muchas veces se mantienen de forma crónica antidepresivos, neurolepticos y benzodiazepinas no porque estén aportando un beneficio neto sino por la creencia de que “algo harán”. Cuando se suprimen los psicofármacos algunos pacientes empeoran, pero en numerosas ocasiones esto es debido al síndrome de abstinencia que ha producido una prescripción prolongada y su retirada demasiado brusca.

Para la regulación de las medidas coercitivas y favorecer la recuperación de los pacientes más graves, el enfoque de los derechos humanos en salud mental es un instrumento que mejora los resultados en salud, favorece el respeto de la dignidad y permite ofrecer una atención más considerada y humana. Esta perspectiva transforma a los pacientes con discapacidad, de receptores de caridad a sujetos de derechos que el Estado está obligado a garantizar como garantiza los de cualquiera, y también de sus correspondientes violaciones (3). En nuestro contexto asistencial el paternalismo y la discriminación con una persona con trastorno mental puede suponer que la toma de decisiones sobre su vida privada esté limitada y el uso rígido y estereotipado de procedimientos, programas e intervenciones vulnera en muchas ocasiones sus derechos básicos.

No podemos ser ingenuos y pensar que nuestras intervenciones en salud mental son técnicas y, por tanto, libres de valores. Tampoco somos profesionales genéricos que respondemos a demandas uniformadas por diagnósticos categoriales tipo DSM/CIE y nos adherimos a protocolos, algoritmos de tratamiento y psicoterapias manualizadas específicas, sin más. La relación terapéutica se constituye en el centro de nuestra práctica y solo con una actitud escéptica y autocrítica, las soluciones técnicas y nuestra forma de ponerlas en juego pueden hacer explícitos sus valores y desde ahí construir con el paciente la práctica clínica que le ocasione el menor daño. Y todo el bienestar posible.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Quaternary Prevention (P4). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35)
- (2) Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care. 2010; 10(18): 350-4
- (3) Ortiz-Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Editorial Grupo 5; 2013
- (4) Illich I. Nemesis médica. Barcelona: Barral; 1975
- (5) Rendueles G. Psiquiatrización de la ética - Ética de la psiquiatría: el idiota moral. En: Ética y praxis psiquiátrica (ed Santander F). Madrid: AEN Colección Estudios; 2000
- (6) Healy D. Serotonin and depression. BMJ 2015; 350, h1771.
- (7) Moncrieff J. The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment. Macmillan; 2008
- (8) Roche G. A philosophical investigation into coercive psychiatric practices. Tesis Doctoral. University of Limerick; 2012 [Disponible en: criticalpsychiatry.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=284:a-philosophical-investigation-into-coercive-psychiatric-practices-roche-g&catid=34:members-publications&Itemid=56].
- (9) Ortiz-Lobo A. El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. Norte de salud mental 2014; 49: 23-28
- (10) Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. British Journal of Psychiatry 1983; 143: 436-441.
- (11) Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE Training implications of harmful effects of psychological treatments. American psychologist 2010; 65:34-49.
- (12) Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe- a review. Acta Psychiatr Scand 2002;106:3-8.
- (13) Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., Alexiev, S. et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. European Psychiatry 2010; 26(4):201-207.
- (14) Ortiz-Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista Española de Salud Pública 2011; 85 (6): 513-525.
- (15) Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. Journal of Clinical Child Adolescent Psychology 2007; 36 (2): 253-259 DOI:10.1080/15374410701279669
- (16) Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. Psychological Bulletin, Vol 134(5), Sep 2008, 648-661. doi: 10.1037/0033-2909.134.5.648
- (17) Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560
- (18) Sijbrandt B, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Geurtsen BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006; 189: 150-155
- (19) Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. American Journal of Psychotherapy 2002; 56: 244-260
- (20) Lilienfeld, S. O. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science 2007; 2: 53-70.
- (21) Mohr. Negative outcome in psychotherapy: A critical review. Clinical Psychology: Science and Practice 1995; 2: 1-27
- (22) Moncrieff J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder; 2014
- (23) Healy D. The creation of psychopharmacology. Cambridge MA: Harvard University Press; 2002.
- (24) Moncrieff J. Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? PLoS Med 2015; 12(8): e1001861. doi:10.1371/journal.pmed.1001861
- (25) Fava, G. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? J Clin Psychiatry 2003; 64:123-33
- (26) Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform. Palgrave MacMillan; 2015
- (27) Timimi S. Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID) <http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf>
- (28) Safran, J.D. y Muran J.Ch. Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide. New York: Guilford Press; 2003 (traducción al castellano: La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003)
- (29) <http://www.lessismoremedicine.com>
- (30) <http://www.choosingwisely.org>
- (31) <http://minimallydisruptivemedicine.org>
- (32) <https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published=&impact=Unclassified&filter=>
- (33) Ramos S, Román B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (121), 21-35. doi: 10.4321/S0211-57352014000100003
- (34) Launer JA. Narrative approach to mental health in general practice BMJ 1999;318:117-9
- (35) Mata Ruiz I, Ortiz-Lobo A. Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009
- (36) Ortiz-Lobo A, Murcia-García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009
- (37) Schiff GD et al. Principles of conservative prescribing. Arch Intern Med 2011;256v1

EQUIPOS DE GESTIÓN COMPARTIDA (EGC): UNA EXPERIENCIA SOBRE LA PARTICIPACIÓN REAL Y EFECTIVA DE LAS PERSONAS USUARIAS EN NUESTROS SERVICIOS

Ana Isabel Pérez Zabalza

Psicóloga Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Arga, centro concertado con Gobierno de Navarra. Avanzada

Arantza Hernández Echarren

Terapeuta ocupacional. Residencia Hogar y Centro de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido. Centro propiedad del Gobierno de Navarra. Avanzada

Cristina Monreal Güillorme

Psicóloga Clínica. Directora de Residencia Hogar y Centro de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido. Centro propiedad del Gobierno de Navarra. Avanzada

Silvia Mateo Asín

Psicóloga. Directora de Centro de Rehabilitación Psicosocial Arga, Centro concertado con Gobierno de Navarra. Avanzada



Fuente: contraloriasocialvenezuela.wordpress.com

INTRODUCCIÓN

Desde la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización a principios de los años 80 se han producido importantes cambios en los modelos de atención a la Salud Mental, desde un enfoque comunitario y de protección de los derechos civiles de la persona. Sin embargo, dichos cambios han resultado insuficientes en algunos aspectos, de modo, que de manera general han seguido imperando modelos tradicionales de asistencia basados en posturas y actitudes paternalistas, así como un uso excesivo del autoritarismo (Gómez, 2009; Fernández de Sevilla & San Pío Tendero, 2014).

Bajo estos enfoques, el profesional es el experto y la persona con un diagnóstico de trastorno mental es el paciente pasivo, que carece de poder alguno para la toma de decisiones sobre su tratamiento y mucho menos sobre el funcionamiento de los servicios en los que es atendido (Cooke, 2014; OMS, 2010).

La lucha llevada a cabo por los movimientos asociativos de las personas con problemas de salud mental ha sido fundamental en el giro que estos aspectos han dado dentro de los sistemas sanitarios (Gómez, 2009).

Y es precisamente en el contexto de las actividades de estos movimientos sociales de personas usuarias, donde empieza a surgir el concepto o idea de la **recuperación** (Shepherd, Boardman & Slade, 2008) que representa un cambio de paradigma, un nuevo marco conceptual para la práctica de la atención en Salud Mental en general y de la rehabilitación psicosocial de los denominados trastornos mentales graves (TMG), en particular. Bajo el prisma de este nuevo paradigma, la relación de poder asimétrica entre profesional y persona atendida cambia para pasar a convertirse en una relación igualitaria, en la que ambas partes trabajan conjuntamente para la consecución de los objetivos planteados por la propia persona (Fernández de Sevilla & San Pío Tendero, 2014). El o la profesional se convierte así en un mero acompañante en el camino de la recuperación y el autodescubrimiento, siendo la persona usuaria la verdadera experta en este proceso estrechamente relacionado con la **inclusión social** y la **participación** comunitaria.

*“El o la profesional se convierte
así en un mero acompañante”*

La participación se convierte en un componente central de la recuperación: es requisito y al mismo tiempo resultado de una trayectoria exitosa hacia la misma (Ramos, 2009; Federación andaluza de Asociaciones de usuarios/as en Salud Mental, 2014). Supone una toma de poder personal que capacita a la persona para recuperar el control sobre su propia vida y tomar sus propias decisiones, asumiendo las consecuencias que se deriven de las mismas.

Según diferentes estudios publicados (Gómez, 2009; Ramos, 2009; Munárriz, 2013, Fernández de Sevilla, 2014), la participación conlleva numerosas ventajas: el proceso terapéutico incrementa su eficacia cuando la persona participa en la toma de decisiones sobre las intervenciones que le atañen, y se consiguen mejores resultados en la mejora de autoestima, hábitos saludables y habilidades sociales. Extiende y refuerza las redes sociales de la persona, amplía el conocimiento y las habilidades de los/as profesionales al colaborar desde otra posición, mejora la identificación y definición de las necesidades asistenciales, y mejora la relación coste/ beneficio de las prestaciones. Aumenta el sentimiento de control sobre la propia vida y disminuye sentimientos de impotencia, inutilidad y pasividad.

Por fin, en los modelos actuales de atención, se empieza comprender la importancia de que quienes usan los servicios tienen mucho que decir sobre la mejora y el buen funcionamiento de los mismos.

No obstante, el grado de implementación real en la mayor parte de los países es mejorable, al menos desde el punto de vista de las personas atendidas (Rosillo, 2013).

Muchos son los obstáculos que dificultan la participación plena (Gómez, 2009):

- El paternalismo y la resistencia a la redistribución del poder por parte de los y las profesionales.
- La inadecuación de las estructuras de los servicios.
- La ignorancia o dificultad para organizar grupos representativos.
- La debilidad del tejido asociativo y su insuficiente representatividad.
- La falta de claridad sobre el papel de las personas usuarias, la ausencia de conocimientos y habilidades para integrarse en el proceso de toma de decisiones.

La inercia burocrática de los gestores, con ausencia de modelos alternativos que acomoden la participación de los representantes de las personas usuarias de una forma eficaz y sobre

todo el miedo al cuestionamiento de su autoridad son elementos que en combinación con los anteriores frenan y a veces impiden totalmente la participación.

- El hecho de que el mundo académico lo ha visto con recelo.
- La persistencia en los y las profesionales de actitudes de temor y desconfianza hacia la participación.
- Las actitudes estigmatizantes hacia las personas que padecen problemáticas de salud mental, compartidas por políticos, sanitarios y las propias personas usuarias.
- La falta de formación, habilidades o experiencia necesaria para participar en comisiones por parte de las personas usuarias. La necesidad de apoyarles para que identifiquen y reconozcan las áreas de conocimiento en las que ellas son más expertas que los y las profesionales, así como dotarles de herramientas necesarias para expresar su opinión de forma asertiva y de recursos que les ayuden a participar con eficacia.

A pesar de todas estas dificultades, podemos afirmar que nos encontramos en un momento de transición hacia un nuevo modelo de relación con las personas usuarias.

El propósito del presente artículo es describir nuestra experiencia en la implantación y desarrollo de determinados sistemas de participación de personas usuarias, a los que denominamos **Equipos de Gestión Compartida** (EGC), que empezamos a implantar de una manera puntual en nuestros servicios en los inicios de nuestra andadura en el año 2005, y que en la actualidad han llegado a formar parte de la metodología habitual de los mismos.

DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA CON LOS EGC

En nuestros servicios, mantenemos la convicción de que sin participación no es posible la recuperación. Por tanto, si la finalidad de nuestros centros es la recuperación de las personas usuarias que atendemos, se hace imprescindible su participación tanto en el diseño, planificación e implementación de su proceso de rehabilitación como en el propio funcionamiento del servicio, tomando parte activa en las decisiones que atañen al funcionamiento del dispositivo. Sin la opinión de las personas usuarias no se puede conseguir una atención centrada en sus necesidades y por tanto no se puede decir que los servicios y recursos sean de calidad.

Nuestra experiencia se enmarca en cuatro Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) gestionados por Avánvida en la Comunidad Foral de Navarra. El CRPS Argu en Pamplona, el CRPS

Ordoiz en Estella y CRPS Queiles en Tudela, concertados con el Gobierno de Navarra, llevan en funcionamiento desde el año 2005; y el Centro Félix Garrido en Sarriguren, propiedad del Gobierno de Navarra, que se puso en marcha años más tarde (en el 2012) y que cuenta también con una Residencia Hogar.

Desde la puesta en marcha de los CRPS en el año 2005, implantamos un modelo de trabajo que tenía en cuenta la **participación** de las personas atendidas. Desde el primer momento partíamos de una postura de respeto por los **derechos** de las personas con TMG, entre los cuales se incluía evidentemente el considerar que su participación, como la de cualquier otra persona ciudadana podía contribuir a la mejora del bienestar de la sociedad a la que pertenecen. Teniendo en cuenta esta premisa, éramos conscientes de que debíamos potenciar su implicación activa si pretendíamos lograr mejoras en la **calidad** de nuestros servicios.

Partiendo de esta concepción básica de respecto a los derechos de las personas atendidas, la experiencia nos fue demostrando que las personas con TMG que acudían a nuestros servicios eran capaces de expresar claramente necesidades, definir objetivos, indicar sus preferencias por servicios y/o profesionales, etc. y en definitiva realizar aportaciones valiosas para mejorar la **eficacia** de la atención prestada.

Desde un primer momento, conocedores de que la colaboración de la persona en su tratamiento mejora su cumplimentación y la satisfacción con el mismo (Ramos, 2009), diseñamos las herramientas necesarias para que las personas usuarias participaran en todo el proceso de planificación de su propio tratamiento. Así, cada persona usuaria de nuestros servicios disponía de un Plan Individualizado de Atención elaborado con su participación activa como condición “sine qua non” para poder llevar a cabo las intervenciones.

En este sentido, se realizaron grandes esfuerzos para que progresivamente y cada vez más las personas usuarias definieran sus propias metas y objetivos vitales, escogiesen las actividades a realizar o los programas en los que participar, seleccionasen a los o las profesionales de referencia para acompañarles en su plan de tratamiento, decidieran los cambios a realizar en sus planes de atención o determinaran cuando acabar la intervención en nuestros servicios. Y por supuesto, valorasen las intervenciones, las actividades, el equipo profesional y el grado de consecución de sus objetivos, siempre dentro de un sistema de plan de mejora de los servicios ofrecidos.

Sin embargo, pronto fuimos conscientes de que la participación de las personas usuarias en todo lo referente a la **gestión**



Fuente: celibro.org.ec

y organización del servicio era muy limitada y estaba centrada mayoritariamente en la valoración e información sobre la calidad del servicio.

Teniendo en cuenta el modelo de gestión implantado en nuestra organización (**modelo EFQM**) nuestros objetivos se limitaban a implicar a personas usuarias y familiares en la evaluación de los servicios mediante encuestas y entrevistas de valoración, con la finalidad de obtener información relativa a la visión que tenían como **clientes** sobre la calidad de nuestros servicios, y que ello nos permitiera al equipo profesional hacer planes de mejora. Las personas usuarias eran retroinformadas sobre su contribución a la mejora del servicio, pero no participaban directamente en los planes establecidos y desarrollados siempre por los o las profesionales.

Entendiendo que el término “gestión del servicio”, conlleva procesos como son la toma de decisiones, la planificación, la organización, el trabajo en equipo, la información, el seguimiento y control, etc., evidentemente el simple hecho de consultar a las personas atendidas sobre todos estos aspectos resultaba correcto pero insuficiente, porque no suponía un cambio en las relaciones de poder profesional –persona usuaria tradicionalmente establecidas.

Conceptos como “paciente activo”, “usuario experto” estaban cada día más presentes en nuestros centros, por lo que fuimos conscientes de que implicar a las personas usuarias significaba algo más de lo que estábamos llevando a cabo. Nuestros sistemas de participación no eran suficientes para dar el giro que el emergente paradigma de Recuperación en Salud Mental exigía.

Así pues, para adecuar nuestro trabajo a las nuevas corrientes de

trabajo, debíamos conseguir que las personas usuarias se involucrasen realmente en todo lo relacionado con la gestión y organización de nuestros servicios y ello implicaba aspirar a cotas más altas de participación. Se hacía necesario que las personas asumieran diferentes roles y mayores responsabilidades en tareas y funciones tradicionalmente reservadas a los profesionales.

Sin embargo nos fuimos encontrando con diferentes dificultades que nos llevaron a un estado de confusión sobre cuál era el papel real a ejercer por las personas usuarias en estos aspectos y las referencias legislativas que regulan en Navarra (Decreto Foral 209, 1991; Ley 15, 2006) la participación de las personas usuarias en los órganos de gestión de los servicios no nos llevaban a avanzar en la línea deseada.

Para dar el salto que el paradigma de la recuperación nos propone desde la concepción de la persona como receptora pasiva de la asistencia a la consideración de agente activo, nos faltaba desarrollar las herramientas que realmente nos llevasen a que se convirtiese en **partícipe igualitario** al o a la profesional en los diferentes aspectos del funcionamiento del servicio.

Entendimos que este encuentro persona usuaria-profesional solo se podría lograr si realmente las personas atendidas empezaban a utilizar las mismas herramientas de participación diseñadas en un principio para el equipo profesional.

Por ello, teniendo en cuenta lo que el propio modelo de gestión implantado en nuestros servicios (modelo EFQM) nos indicaba qué debíamos hacer los profesionales para convertirnos en una organización excelente, decidimos trasladarlo a quienes hasta ahora habíamos considerado únicamente como “clientes” receptores de nuestros servicios.

Si queríamos conseguir que aflorase todo el potencial de las personas usuarias para dar el salto desde la participación me-

ramente simbólica hasta la **gestión compartida**, debíamos empezar a asumir una postura de confianza, de delegación de responsabilidades, de asunción de riesgos y por supuesto el hecho de compartir con ellas la cultura y valores de nuestra organización.

La vía que nos planteamos para lograrlo fue precisamente mediante la creación de oportunidades que estimulasen la implicación, fomentando la justicia e igualdad a través de la **participación de las personas usuarias en los mismos sistemas establecidos para los y las profesionales de nuestra organización**. Sistemas cuya finalidad era estimular el comportamiento innovador, creativo y de trabajo en equipo dirigido a la mejora continua. Básicamente consistía en la existencia de dos tipos de foros de participación de carácter voluntario: grupos puntuales de trabajo para el análisis de problemas y búsqueda de soluciones y equipos de trabajo de carácter permanente para el diseño de herramientas, procedimientos, protocolos y/o para el abordaje de temas que requieren una metodología estructurada de afrontamiento de cambios.

Poco a poco en los CRPS empezamos a dar pasos en este sentido y comenzaron a tomar forma grupos de trabajo donde los y las profesionales iban dejando a un lado su liderazgo para permitir que las personas usuarias cobraran un papel cada vez más relevante, limitando la labor profesional a la prestación de los apoyos necesarios para que esto fuera posible.

Algunos ejemplos de los primeros pasos fueron la creación de grupos de trabajo para la preparación de actividades especiales de los servicios (fiestas, excursiones, programas de navidades, carnavales, actividades de verano, etc.); el desarrollo de un equipo en cada centro que se encargaba de la difusión en los medios de comunicación de las actividades de valor desarrolladas en los centros, así como de supervisar el uso adecuado del lenguaje al referirse los problemas de salud mental y la formación de un equipo encargado de ejecutar los procesos de acogida y despedida en los centros.

Pero es con la puesta en marcha del centro Félix Garrido (centro propiedad del Gobierno de Navarra) en el año 2012, cuando se produce un salto **cualitativo y cuantitativo** en el funcionamiento de estos grupos mixtos de personas usuarias y profesionales. En ese momento, no solo se implantan los que estaban funcionando con éxito en los otros CRPS, sino que se empiezan a crear otros muchos para sacar adelante aspectos fundamentales de este nuevo servicio: equipos para elaborar la normativa del recurso y mejorar la convivencia en el mismo; equipos para impartir charlas en diferentes dispositivos con el fin de dar a conocer este nuevo centro; equipos para diseñar y



Fuente: cp.metodogrupa.com

llevar a cabo acciones de lucha contra el estigma; equipos para implantar nuevas actividades en el servicio; equipos para trabajar temas de interés general (ej: afectividad y sexualidad), etc.

A partir de este momento, se acuña el término de **Equipos de Gestión Compartida (EGC)** para denominar a estos grupos de trabajo en los que la gama de roles que pueden desarrollar las personas usuarias es muy amplia y variada, dependiendo del tipo de grupo del que se trate, el fin para el que se ha creado, los objetivos que se pretendan en el mismo o la función que cumpla en el servicio.

Igualmente amplia es la metodología que caracteriza a los EGC. No comparten un método común que los determinen, sino que cada uno de ellos se rige por sus propias normas de funcionamiento en cuanto a aspectos como el carácter del mismo (abierto o cerrado), el número de participantes, la periodicidad, la duración, etc. La participación en ellos es totalmente voluntaria, tanto para personas usuarias como para profesionales, y pueden surgir de la iniciativa de cualquiera de ellos o ellas.

La característica principal que define a todos ellos es que no existe la diferencia profesional- persona usuaria dentro del equipo, sino que la relación es horizontal, de igual a igual.

PRINCIPALES BENEFICIOS DE LOS EGC

Son muchos los beneficios que hemos empezado a obtener con la participación activa de las personas usuarias en los EGC.

Los datos obtenidos a través de la pasación de cuestionarios y de los testimonios de las personas usuarias que participan activamente en los diferentes EGC ponen de manifiesto las repercusiones positivas en factores directamente relacionados con los procesos de recuperación, ya que estos equipos suponen una oportunidad para poner en práctica habilidades y conocimientos perdidos, contrarrestando así los sentimientos de impotencia y pasividad y mejorando la autoestima, sentimiento de autoeficacia y de pertenencia al grupo.

Además, gracias a la labor realizada en estos grupos de trabajo, desde los propios centros se han organizado y se ha colaborado en numerosas actividades comunitarias, lo que ha supuesto un aumento de participación de las personas usuarias de nuestros servicios en el entorno más cercano. Algunos ejemplos de ellos son la participación en la organización de carreras solidarias y de jornadas educativas, u organización de eventos deportivos, de talleres dirigidos a la población infantil, de charlas explicativas, de acciones de lucha contra el estigma.

El aumento de ésta participación en la comunidad, ha supuesto a su vez que muchas personas usuarias hayan reducido su propio autoestigma. También observamos un creciente entusiasmo por darse a conocer y desmitificar todas las ideas preconcebidas acerca de las personas con problemas de Salud Mental, contactando con otros recursos de Navarra para dar a conocer el servicio y todo lo que en él se lleva a cabo.

Pero no solamente encontramos beneficios para las personas usuarias participantes. Los EGC también suponen importantes cambios en los y las profesionales y en la propia organización. La creación y desarrollo de estos equipos nos ha ayudado a cambiar de perspectiva sobre las necesidades y preferencias de las personas usuarias, obligándonos así a reevaluar nuestra propia práctica diaria y pararnos a pensar que aspectos tenemos que cambiar o mejorar.

Y sobre todo, los EGC nos han llevado a cambiar el estilo de comunicación con las personas que atendemos en nuestros servicios.

CONCLUSIONES

En definitiva, podemos afirmar que la participación en los EGC permite reducir la exclusión social a través del ejercicio de roles valiosos, por lo que tendría una influencia directa en el proceso individual recuperación de las personas usuarias que los desarrollan.

Por otro lado, gracias a esta nueva forma de contacto que nos ofrecen los EGC, tanto profesionales como personas usuarias hemos ido reduciendo prejuicios mutuos basados en estereotipos muy arraigados. Hemos conseguido reducir la brecha tradicionalmente existente entre profesional –persona usuaria, trabajando en una relación horizontal para alcanzar unos objetivos comunes.

Aunque reconocemos que el camino para conseguir la participación plena de las personas con problemas de salud mental en los servicios, es muy largo, podemos afirmar que hemos encontrado en los EGC una herramienta que puede ayudarnos a recorrerlo con éxito.

“La participación en estos grupos está siendo una experiencia muy importante para mí. Ponerme objetivos y conseguirlos, aportar ideas y que sean aceptadas, que se me tenga en cuenta. En resumen, sentir que yo también apporto.” M.R.

REFERENCIAS

- Cooke, A. (2014). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia ¿Por qué las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas o parecen estar fuera de la realidad y qué es lo que puede ayudarles?*. Traducido en castellano en 2015.
- Decreto Foral 209/1991 del 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990 de 13 de noviembre sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. (BON núm. 84, 5 de julio de 1991).
- Federación andaluza de Asociaciones de usuarios/as en Salud Mental "En primera persona" (2014). *Como defender nuestros derechos. Guía destinada a personas con problemas de salud mental*.
- Fernández de Sevilla Otero, J.P., y San Pío Tendero, M.J. (Eds.). (2014) *Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Gómez Beneyto, M. (2009). *La participación de los usuarios: ¿Qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios*. Madrid: AEN: 161-72.
- Ley 15/2006 de 14 de diciembre de Servicios Sociales (BON núm. 152, 20 de diciembre de 2006).
- Munárriz Ferrandis, M. (2013) *Sin ti no soy nada. Participación de usuarios en Salud Mental*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 33 (118), 239-242
- Organización Mundial de la Salud, OMS, Oficina Regional para Europa (2010). *Empoderamiento del usuario en salud mental*. Madrid.
- Ramos Vida, C. [et al.]. (2009). *Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental: una revisión de la literatura*. Gestión clínica en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Rosillo Herrero, M, Hernández Monsalve, M., y Smith, S.P.K. (2013) *La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(118), 257-271.
- Shepherd, G. Boardman, J. y Slade, M. (2008) *Hacer de la recuperación una realidad*. Elaborado por el Centro para la salud mental de Sainsbury. Londres.



Fuente: nuovaccittasc.it

REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO COTIDIANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Esther Gómez Rodríguez, Déborah Ortiz Sánchez



Fuente: sinhala.news.lk

Este es el trabajo que presentamos en las XXI Jornadas de la AMSM, en la mesa asistencial sobre Unidades de hospitalización breve (UHB), y que tenía como objetivo reflejar experiencias y reflexiones sobre el trabajo cotidiano en dos unidades de Madrid, la del hospital de Alcalá de Henares y la del hospital de Getafe.

Estas dos unidades son similares en cuanto a tamaño y filosofía de trabajo pero tienen diferencias respecto a la dotación de personal (la UHB de Getafe tiene una infradotación de personal llamativa en comparación con cualquier unidad de la CAM). La UHB de Getafe comenzó a funcionar en 1992 con 12 camas que posteriormente aumentaron a 14 y la de Alcalá abrió en 1998 con 15 camas que más adelante pasaron a 18. Actualmente en ambas unidades hay inquietud por un trabajo dirigido a hacer de la unidad un espacio lo más hospitalario y terapéutico posible.

Tras una serie de reuniones en las que surgieron muchos temas importantes y representativos de lo que supone el trabajo cotidiano en estas unidades, seleccionamos tres aspectos que nos parecían de mucha relevancia para hablar y debatir sobre ellos. Somos conscientes de la cantidad de aspectos del funcionamiento habitual, susceptibles de reflexión y cambio, pero también hemos querido reflejar algunas prácticas que vamos comprobando que contribuyen a hospitalizaciones más comprensibles y respetuosas con los pacientes.

1. LA UHB COMO RECURSO TERAPÉUTICO

El ingreso en una unidad de psiquiatría suele ser una situación estresante añadida a la que provocó la crisis en el paciente (sobre todo en un primer ingreso y si este no se ha solicitado voluntariamente). Un espacio desconocido, cerrado, con normas, horarios y costumbres (que nosotros hemos incorporado como necesarias) pero que el paciente en ocasiones vive como impuestas, excesivas y muy diferentes a las de su domicilio, sumado a los temores y prejuicios de ser considerado “enfermo mental”, rodeado de otras personas en crisis y sin un rol específico que le facilite la adaptación, convierten a la unidad en un entorno inquietante, hostil y en ocasiones incomprensible para el paciente. Es precisamente en estos momentos en que la crisis provoca una importante regresión y el contexto de la hospitalización se puede convertir en un elemento traumatizante, cuando más se necesita un ambiente terapéutico contenedor y constante que proporcione una experiencia de escucha y respeto al malestar del paciente y desde la que ir recuperando sus aspectos más sanos.

“un espacio capaz de contener y otorgar significado a las experiencias y conductas del paciente”

La tarea sería por tanto, convertir la unidad en un espacio capaz de contener y otorgar significado a las experiencias y conductas del paciente, para posibilitar cambios y la aplicación de otras medidas terapéuticas. Este objetivo llevado a sus máximas aspiraciones sería muy frustrante cuando topamos con la realidad del día a día: diseño espacial de la unidad, escasez de personal y cambios frecuentes del mismo, falta de formación, presión por la estancia hospitalaria corta, compaginar el trabajo en planta con la presión de la urgencia.....Aunque todas estas dificultades concretas no

permitan su desarrollo ideal y lo tengamos que adaptar a objetivos más modestos, tiene un enorme valor como referencia.

Conseguir que la experiencia que viva el paciente durante su hospitalización sea una experiencia **POSITIVA, BENIGNA**, es un logro importantísimo que beneficia al resto del proceso terapéutico (pacientes que se incluyen con menos resistencias en hospital de día o terapias grupales ambulatorias, atención en urgencias en crisis posteriores, planteamiento de otras hospitalizaciones o derivación a otros recursos...). Para nosotras, este es el objetivo más importante del ingreso, aunque en paralelo estemos trabajando para una mejoría psicopatológica, un restablecimiento del nivel de funcionamiento previo y una continuidad de tratamiento a nivel ambulatorio.

Para el logro de esta forma de trabajo es fundamental el equipo asistencial con un mínimo de trabajo real en equipo y una dinámica de funcionamiento estructurada y constante.

Las principales dificultades que solemos tener para lograr **un FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO** son: el nivel de rotación grande del personal de enfermería y auxiliar y en muchas ocasiones con un desconocimiento absoluto del funcionamiento de la unidad, compartir una filosofía asistencial, una buena circulación de la información entre los turnos, una homogenización en la aplicación de las normas pudiendo manejar una cierta flexibilidad.....

Respecto al **FUNCIONAMIENTO ORGANIZADO**: Es importante que en la unidad existan unas normas generales que regulen horarios, tareas cotidianas, visitas, salidas, utilización de objetos personales.... Es habitual que surjan dificultades y diferencias a la hora de su aplicación/flexibilización y cuestionamientos por parte de algunos pacientes. Algunas de estas normas nos han sido impuestas al propio equipo o están condicionadas por el funcionamiento del hospital sin que hayamos podido pensar sobre su sentido y/o utilidad (como la prohibición de que los pacientes fumen, incluso en la unidad de Getafe donde hay una terraza abierta). Otras normas sí han podido ser más consensuadas por el equipo, e incluso en ocasiones revisadas y modificadas por sugerencias de pacientes. El manejo de este aspecto pone de manifiesto el grado de cohesión del equipo.

Si pretendemos que la UHB tenga una función terapéutica es importante que el tiempo esté estructurado con intervenciones terapéuticas y ocupacionales.

Las intervenciones farmacológicas nos parecen importantes para conseguir un alivio sintomático y facilitar otro tipo de intervenciones.

Respecto a **las intervenciones ocupacionales**, en Getafe, ante la ausencia de terapeuta ocupacional, nos apoyamos en la buena voluntad y/o motivación de enfermería, para organizar espacios de juegos, ver películas o salidas (en Alcalá si hay terapeuta ocupacional y estas actividades son más regladas y constantes).

Intentamos mantener **un espacio de terapia de grupo diario** que nos parece valiosísimo y un elemento fundamental en la creación del ambiente terapéutico. Este espacio psicoterapéutico nos parece una herramienta clave en el tratamiento del paciente hospitalizado y no solo algo deseable o complementario a los abordajes biológicos, que consideramos muy necesarios, pero no creemos que tengan que ser siempre los grandes protagonistas del tratamiento durante la hospitalización y mucho menos los únicos.

El grupo se realiza diariamente (de lunes a viernes) durante una hora y va seguido de una reunión post-grupo con todo el personal que ha estado presente en él (al menos dos psiquiatras del staff, la enfermera, auxiliar y los MIR y PIR rotando en la unidad). Este espacio post-grupal es de gran importancia para intercambiar emociones vividas durante el grupo, comentar la dinámica grupal establecida, los cambios y evolución de los pacientes...etc y permite ir creando una cultura común y compartida de lo que significa el grupo en la unidad. El grupo de pacientes más que ser un sistema en sí mismo, funciona como un subsistema del contexto terapéutico en el que está inmerso, la unidad de hospitalización breve, por lo que la información, afectos, conflictos, se desplazan constantemente desde el medio grupal al entorno más amplio y viceversa. El objetivo principal de esta terapia es abordar las dificultades de relación y adaptación de los pacientes a la unidad para que la hospitalización pueda ser una experiencia más comprensible y positiva. Se añaden otros beneficios como mejorar la capacidad de relación, disminución del aislamiento, mejor manejo de la agresión y el enfado y mejora de la comunicación entre pacientes y equipo. Fomentamos que se introduzcan los problemas y/o conflictos surgidos en el día a día de la unidad, ya que aclararlos en este espacio mejora la prueba de realidad y facilita la comunicación, evitando que sean actuados. También es una herramienta que nos facilita abordar el tema de los ingresos en condiciones más dramáticas que han precisado contención mecánica y que generan intensos sentimientos de incomprensión y humillación.

Durante la hospitalización son también fundamentales e imprescindibles **las intervenciones familiares**. El trabajo con la familia comienza en el momento del ingreso, experiencia que a veces es impactante también para ellos (sobre todo cuando es

el primero) y que les genera sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, ambivalencia.... Es importante escucharles, transmitirles apoyo y toda la información sobre el funcionamiento de la unidad que facilitará la comunicación entre ellos y el equipo. Posteriormente será importante ir manteniendo entrevistas para intercambio de información, conseguir su comprensión y colaboración en el tratamiento y organizar visitas, salidas y el alta. La experiencia es que cuando hay una relación frecuente y suficiente comunicación, suelen disminuir las actitudes de boicot hacia el tratamiento y la hospitalización. Aunque hay una normativa general respecto a visitas y contactos con la familia, es imprescindible adaptarla y flexibilizarla a cada caso individual. Las familias en muchos casos no se hacen presentes en el Centro de salud mental (CSM), pero en los momentos críticos de la hospitalización es raro que no se hagan presentes, a veces volcando demandas, inquietudes, dudas, impotencia...y en otras ocasiones su imposibilidad de dar apoyo o su ausencia (coordinar con CSM estas observaciones familiares es muy importante y no siempre es fácil).

Queríamos contar brevemente un caso para pensar sobre algunas de estas cuestiones:

M. es una paciente de 31 años que lleva dos años aislada en su domicilio, con pérdida de actividades y relaciones sociales y con expresión de algunas ideas delirantes. Es trasladada de forma forzosa a la urgencia del hospital por indicación de su Médico de atención primaria (MAP). Se había negado a acudir a consulta con su MAP y al CSM. Su madre que acudía al MAP en busca de ayuda, le expresa a éste su angustia y temor por un posible abandono del domicilio y alguna conducta autoleśiva de la paciente. En la urgencia, tras una larga valoración se decide realizar un ingreso involuntario ya que la paciente no ve problema en su situación, no piensa que necesite medicarse ni tampoco acudir a consultas ambulatorias. El ingreso es incomprensible para la paciente pero no violento, no se resiste aunque expresa su desacuerdo.

Tras esta decisión, tenemos en la UHB la responsabilidad de convertir esta hospitalización en una experiencia en positivo. ¿Es este el lugar más adecuado? ¿De cuánto tiempo disponemos? ¿Tenemos otros dispositivos en los que apoyarnos para la atención de estas situaciones? Continuar imponiéndonos con una medicación depot para el control de los síntomas probablemente sólo nos lleve varias semanas (la paciente no entiende nada pero no se opone). Intentar que pueda hablar de qué situaciones emocionales han generado el aislamiento y la sintomatología psicótica y desde ahí cobrar sentido un tratamiento, probablemente lleve más tiempo y requiera la forma de trabajar que hemos reflejado antes.



Fuente: hafnercreative.com

Según todo esto y con esta filosofía de trabajo nos surgen unas cuantas cuestiones a debatir:

- ¿Cuánto debe durar la hospitalización en una unidad de hospitalización breve?
- ¿Es más importante que sea breve o que sea una experiencia benigna que facilite una continuidad de un proceso terapéutico?
- ¿Puede ser igual de breve en un paciente voluntario que en uno involuntario?
- ¿Nos tenemos que plantear como objetivo terapéutico exclusivamente el alivio sintomático?

2. ASPECTOS COERCITIVOS EN LA UHB (INVOLUNTARIEDAD, CONTENCIÓN MECÁNICA)

Las situaciones de involuntariedad y sujeción mecánica en el hospital son las más desagradables de nuestra profesión, las más difíciles de manejar y decidir (ingresos involuntarios, mantenerlos, indicar sujeción mecánica) y surgen muchos conflictos en relación a ellas y vivencias muy difíciles para pacientes y equipo.

Nos parece muy necesario revisar cómo estamos utilizando estas medidas tanto en las urgencias de los hospitales como en las unidades de hospitalización, pero para plantearnos una reflexión más profunda sobre la coerción y la involuntariedad nos parece también fundamental ver cómo está la red de salud

mental, qué fallos, carencias y posibles mejoras existen. ¿Qué pasa con un paciente antes de ser trasladado forzosamente a un hospital? ¿Cómo se ha decidido este traslado? ¿Qué se ha intentado hacer antes? ¿Es buena la accesibilidad a los tratamientos ambulatorios? ¿Quien se ocupa de los pacientes graves que se desvinculan del CSM? ¿Tenemos recursos que permitan el acercamiento a un paciente que se niega a acudir a una consulta de salud mental?

2.1. Traslados involuntarios:

“maltrato, humillación, falta de respeto, pérdida de dignidad, libertad, ser engañados, etc...”

Las experiencias relatadas por los pacientes sobre los traslados involuntarios y sujeción mecánica son terribles, describen situaciones en las que sienten maltrato, humillación, falta de respeto, pérdida de dignidad, libertad, ser engañados, etc... (en el grupo terapéutico de la UHB es un tema recurrente)

Hay situaciones en las que no se nos ocurre la posibilidad de hacer otra cosa:

- Por ejemplo al ocasionarse conflictos en domicilio o la calle, alguien llama al 112 o policía y se traslada al paciente al hospital (quizás hay situaciones inevitables aunque sí se debería mejorar el trato por los distintos profesionales de la salud así como la policía)
- y en las ocasiones en las que se realiza el traslado desde el CSM, estando el paciente en el CSM, que aunque sea una situación difícil y complicada de gestionar desde allí, al menos al paciente se le informa del traslado y el motivo.

Formas de traslado sobre las que pensar:

“estaba tan tranquilo en mi cuarto viendo la tele y de repente vino la policía y me trajeron aquí”

- En ocasiones acuden los pacientes sin resistencia, pero engañados, por familiares o profesionales de la salud o policía, al decirles que tienen que venir a urgencias a hacerse unas pruebas y luego se podrán ir. El sentirse engañados y traicionados, por los relatos durante los ingresos y en el grupo terapéutico, es una vivencia peor que incluso un traslado forzoso pero en el que no se les ha engañado y se ha explicado claramente el motivo de la decisión aunque no la compartan (el motivo por el que no se habla claro suele ser por miedo, a huida o reacciones violentas)
- En ocasiones se realizan traslados a petición de la familia/psiquiatra al juzgado por situaciones en las que el paciente ha dejado de acudir al CSM, o no ha ido nunca y lleva por ejemplo meses aislado en su casa, creándose situaciones de conflicto por sintomatología psicótica, etc.... El traslado se realiza una vez el juzgado da la orden a la policía para que se realice. El relato en muchas ocasiones es “estaba tan tranquilo en mi cuarto viendo la tele y de repente vino la policía y me trajeron aquí..”, sin que haya habido una explicación previa del motivo. En algunos casos como en Alcalá y Getafe la policía/112 traslada al paciente al hospital sin valoración por psiquiatra en su domicilio.
- En otras zonas de Madrid sí hay una valoración previa en domicilio. ¿Se evitan algunos de estos traslados con la valoración por psiquiatra en domicilio?, ¿Cómo es la vivencia del paciente según las distintas maneras? Nosotras no estamos en CSM y entendemos la dificultad para realizar las visitas al domicilio por sobrecarga de trabajo, falta de medios, tiempo, etc... pero nos parece muy importante contar con la posibilidad de ha-

cer un acercamiento al paciente en su propio medio, como alternativa a estos traslados tan traumáticos. ¿Son necesarios equipos específicos para realizar este trabajo? ¿Debería asumirse desde los CSM dotándoles de medios para ello?

- Algunas veces este tipo de traslados se han realizado a la UHB cuando ha quedado una plaza libre en otro dispositivo, como Unidad de media estancia (UME), al que el paciente va a ser trasladado involuntario y para poder hacerlo, es necesario pasar por UHB ya que no se puede programar el traslado involuntario a UME.

Nos gustaría compartir la experiencia de una paciente que ingresó en UME de esta manera.

Paula, mujer de unos 40 años, con diagnóstico de Trastorno mental grave (TMG), vive sola, con una mascota, sin familia ni otros apoyos. Se había solicitado plaza en UME hacía unos meses pero ella no lo sabía claramente y queda, de forma imprevista, plaza libre que hay que aprovechar y ocupar enseguida para no perderla. No localizan a Paula al llamarla desde CSM ni abre la puerta al Equipo de apoyo social comunitario (EASC), por lo que desde CSM se solicita al juzgado traslado forzoso. Va la ambulancia y policía a su casa, les abre, no se resiste al traslado y llega a la urgencia con lo puesto (ropa, abrigo y zapatillas de estar en casa). Ingresa en la UHB enfadada, perpleja, sin entender nada.

Desde CSM, al hablar al día siguiente, la indicación es que en dos días se traslade a UME (es desde la UHB desde donde le tenemos que notificar esa decisión, tomada en el CSM, que podemos o no compartir). La estancia prevista en UME es de 6 meses, Paula nos cuenta que ha dejado su casa con comida en la nevera, a su mascota y no tiene ropa para llevar a UME. Desde la UHB planteamos la necesidad de solucionar esto y que se fuera lo más dignamente a la UME, donde llamamos para retrasar el ingreso unos días. Finalmente el equipo de seguimiento del CSM y EASC se pusieron de acuerdo para acompañarla a su casa, recoger las cosas, dejar la mascota en un lugar para que la cuidasen y hacer su maleta. De esta manera, aunque no disminuyó su enfado, sí que se fue más tranquila.

2.2. En la UHB:

Además de lo relatado en el primer apartado sobre el funcionamiento y filosofía de trabajo de las unidades en las que estamos, con respecto a la involuntariedad queremos comentar los aspectos más complicados que surgen en la UHB.

No nos hemos detenido en las situaciones de involuntariedad y utilización de la contención mecánica en la urgencia/observación, por falta de espacio/tiempo, aunque sí nos parece que sería necesario reflexionar sobre estas situaciones, que varían en los distintos hospitales y hay muchos profesionales implicados, no formados en salud mental, con las dificultades de manejo que eso supone.

A. Mantenimiento del ingreso involuntario:

Una de las dificultades desde la UHB es la petición (por parte de familiares y profesionales del CSM en algunos casos) de prolongar un ingreso, aunque hayan desaparecido los criterios de involuntariedad y el paciente no quiera seguir ingresado. Entendemos que esta petición responde a distintos miedos, temor a recaídas, abandono, etc., pero incluso aunque nosotras estemos de acuerdo con que la persona se puede beneficiar de prolongar unos días más el ingreso, si no le convencemos y no lo acepta, no se puede mantener un ingreso involuntario cuando no hay criterios clínicos de involuntariedad.

B. Sujeción mecánica en la planta:

En general, en las unidades en las que trabajamos, la sujeción mecánica se realiza cuando hay una situación de riesgo (para el propio paciente o para otras personas) en las que ha sido imposible que la situación ceda mediante abordaje verbal y si precisa farmacológico. Son situaciones horribles para los pacientes y los profesionales, que tratamos de evitar pero no siempre es posible. Hay que llegar a agotar todos los intentos de desactivar la situación mediante otras medidas, aunque no sean resolutorias, ya que este trabajo previo a la sujeción suele luego ser recordado por el paciente y facilitará un trabajo posterior y la posibilidad de dar un sentido a la intervención.

Nos parece importante señalar y cuestionar las situaciones en las que no hay una clara indicación de sujeción y que según el contexto de la unidad, profesionales que estén, etc...a veces se producen en las unidades de hospitalización:

- indicación de sujeción mecánica de forma preventiva por antecedentes del paciente o por desconocimiento del mismo.
- peticiones al psiquiatra por parte de pacientes ingresados y/o profesionales para que se contenga a otros pacientes más disruptivos, sin haber una situación de riesgo ("paciente muy inquieto, molesto"),
- o para evitar caídas de la cama por la noche en pacientes con riesgo de levantarse sin avisar y de caerse (pacientes mayores fundamentalmente).

Se nos ocurren distintos ejemplos concretos de situaciones de contención y hemos decidido relatar los siguientes, ya que muestran la dificultad para el equipo y el papel que en ocasiones pueden jugar otros pacientes en estas situaciones:

En el mes previo a las jornadas se produjeron en la UHB contenciones de pacientes en situaciones de riesgo, dos varones jóvenes, de más de 1.90 de alto y casi 100 Kgs de peso. El primero de ellos, Juan, ha ingresado en la Unidad en varias ocasiones, en este último ingreso fue contenido y/o puesto tto im en al menos 3 ocasiones. Mejoró, así como su relación con nosotros, que globalmente es muy buena a pesar de estas situaciones.

Los días previos al alta de Juan ingresó el segundo paciente que mencionaba, Raúl, de 20 años, primer episodio psicótico, la familia le convence para venir a urgencias y acepta el ingreso en psiquiatría. Una vez en la unidad no acepta nada de comida ni bebida (llevaba más de 48 horas sin comer, beber y desde el ingreso sin orinar), que se le ofrece en distintos momentos, ni por supuesto medicación. Está muy inquieto y tenso, vamos respetando sus tiempos.

Juan, el paciente anterior, se le presenta e intenta facilitarle su integración en la unidad. Por la tarde viene la familia a visitarle y se pone muy mal, muy angustiado y agresivo. Juan interviene para tranquilizarle y explicarle desde su experiencia y convencerle de tomar algo de medicación que le calme, pero no lo consigue.

Finalmente hay que sujetarle. La sujeción es horrible, estamos muchas personas en la habitación, Raúl es muy fuerte y está muy asustado. Juan entra por su cuenta en la habitación y nos ayuda a sujetarle, nadie le decimos que se vaya...

Cuando terminamos Juan se va hacia su cuarto, llorando. Nos dice que se ha sentido muy identificado con Raúl, al reconocerse él en situaciones iguales y también me dice que ha visto lo horrible que es para el equipo hacer una sujeción y que intentamos todo lo posible antes de tomar esa decisión...

C. Pacientes con buen vínculo con la UHB a pesar de ingresos involuntarios y experiencias de SM:

Después de los años que llevamos ambas trabajando en UHB, tenemos la experiencia de haber creado buenos vínculos con algunos pacientes a pesar de situaciones de involuntariedad y de mucha dureza. Por ejemplo, Paula, la de la mascota, ha solicitado ella los últimos ingresos en la UHB, cuando se encontraba peor, que han sido voluntarios.

2.3. Nos surgen muchos aspectos sobre los que seguir pensando y debatiendo:

- Las situaciones de involuntariedad en la urgencia y regulación del uso de sujeción mecánica
- Las valoraciones de los ingresos involuntarios por los juzgados, reciente implantación del Skype, en lugar de entrevistas presenciales.
- Reflexionar sobre modo de hacer los traslados involuntarios y pensar en alternativas (¿potenciar visitas al domicilio desde CSM? ¿Necesidades en el CSM para hacer esto?)
- Propuestas para mejorar la estancia en la UHB, como:
 - Mejorar las limitaciones arquitectónicas
 - potenciar papel intermediario de otros pacientes durante el ingreso
 - incorporación de pacientes que estén de alta a alguna actividad de la unidad, que puedan acudir al grupo por ejemplo, y relatar su experiencia (esto lo ha propuesto alguna paciente),
 - en algunos casos favorecer el acompañamiento familiar, que puedan permanecer más tiempo familiares en la unidad, fuera de los horarios de visita (con algunos pacientes en los que el papel de la familia era claramente tranquilizador y contenedor, se ha hecho, pero no es lo habitual)

3. COORDINACIÓN DE LA UHB CON CSM Y OTROS DISPOSITIVOS

¿PARA QUÉ NOS COORDINAMOS? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA COORDINACIÓN?

Consideramos la UHB como un dispositivo más dentro de la red de salud mental, comunitaria, en la que el centro de organización y planificación es el CSM. En este sentido, entendemos que es imprescindible una buena coordinación tanto con los CSM como con el resto de dispositivos del área de salud mental (Mini, CRPS, EASC, H. Día, C. Día, UAT), de salud en general (MAP y otros especialistas) y de la comunidad (fundamentalmente servicios sociales).

Esta interacción entre los diferentes equipos es fundamental para establecer un plan de continuidad de cuidados, unos objetivos generales del tratamiento, prioridades y necesidades, sobre todo en los pacientes más graves y en esta tarea nos necesitamos unos a otros.

A la hora de coordinarnos se pone en juego la representación que cada uno tiene en su imaginario del otro recurso, el conocimiento o desconocimiento del trabajo en el otro dispositivo, la capacidad o incapacidad de ponerse en el lugar del otro y esto va a condicionar mucho la posibilidad de escuchar y de llegar a acuerdos.

Surgen muchas dificultades en ese intercambio:

- Prejuicios sobre el otro recurso, el conocimiento o desconocimiento del trabajo del otro y la capacidad o incapacidad de ponerse en el otro lado
- Objetivos, metas e intereses de cada institución diferentes
- Criterios de Inclusión-Exclusión
- Esquemas teóricos de trabajo y ritmos de trabajo diferentes
- Características personales de cada profesional de cada equipo

1.1. COORDINACIÓN CON LOS CSM:

Desde nuestros lugares de trabajo tenemos distintos tipos de coordinación, de mayor o menor intensidad/profundidad, que han dependido fundamentalmente de la voluntad de las distintas personas. En la mayoría de los casos es telefónica y en otros casos es presencial, desplazándonos psiquiatras de la UHB al CSM.

Las reuniones regulares presenciales han favorecido una relación y un trabajo en equipo entre UHB y CSM que beneficia al paciente al haber una línea coherente de trabajo, ya que en las reuniones se acuerdan objetivos, se aclaran dificultades, se proponen alternativas en conjunto, se discuten los desacuerdos, llegamos a acuerdos...

Más allá de la forma que le demos a esta coordinación, lo importante es el sentido, el poder generar una complementariedad entre los dispositivos y no una rivalidad en la toma de decisiones sobre el paciente.

En la mayoría de los casos los pacientes llevan tiempo en CSM, bien vinculados, son bien conocidos por los profesionales de dicho dispositivo y la información va más de CSM a UHB, desde donde se nos aporta información sobre el proyecto terapéutico que tenían planeado, tratando en la UHB de seguir la línea de intervención llevada en el CSM (en la medida de lo posible).

En un número menor de casos, que es donde surgen más di-

ficultades, se trata de pacientes poco o nada conocidos en el CSM, con dificultad para vincularse y que reingresan con frecuencia. En algunos casos en primer ingreso o tras sucesivos ingresos, con el consecuente deterioro, se detectan necesidades que intentamos sugerir desde UHB (como posibilidad de derivación a recursos comunitarios y comenzar a trabajar en ello desde la planta), pero en algunos casos estas sugerencias no son bien recibidas, se viven como una intromisión en el trabajo del CSM, con respuestas como “cuando esté de alta y lo vea en el CSM ya decidiré lo que hago”.

En estos casos las familias acuden a la UHB con alto nivel de angustia y desesperación con la sensación de que no hay respuesta ni apoyo desde salud mental en general, piden recursos, alternativas, a quien acudir si va otra vez mal...no tenemos mucha posibilidad de respuesta.

En general, el que desde la UHB se propongan/sugieran intervenciones no es nuestra propuesta en general, pero sí que se escuche la opinión de la UHB ya que en las situaciones mencionadas conocemos mejor al paciente y si no tenemos posibilidad de realizar otras intervenciones solo va en su perjuicio (que tendrá sucesivos ingresos y progresivo deterioro en general).

1.2. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS:

Tanto en Alcalá como en Getafe, psiquiatras de la UHB acudimos a algunas de las reuniones del área lo que facilita la coordinación y el entendimiento en general con distintos dispositivos (comisión de derivación a recursos en Alcalá, las reuniones de derivación a la UR de Leganés, reuniones de coordinación con el Hospital de Día)

Por supuesto, desde ambas unidades, en los casos de pacientes que ingresan en UHB y están acudiendo a algún dispositivo de la red (H. Día, CRPS, Mini, C. Día, EASC), nos coordinamos con ellos por un lado para recibir información sobre cómo estaba la persona ingresada en dicho dispositivo y por otro para planificar, en algunos casos, permisos en los que retomen la actividad en el centro, o permisos a dormir a la Mini si residen allí y ver adaptación de cara al alta.

En algunos casos, durante el ingreso en la UHB, queda plaza disponible en el dispositivo donde se ha derivado y se comienza a hacer el enganche cuando hay mejoría, previo al alta, mediante entrevistas de evaluación en la planta (ejemplo, el EASC) o en el dispositivo: H. Día, CRPS, Mini, UAT. A veces, desde UHB, nos coordinamos directamente con servicios sociales y MAP.

Vamos a contar un caso en el que se refleja muy bien como en las coordinaciones con los dispositivos de rehabilitación, se ponen de manifiesto los ritmos y tiempos de trabajo tan diferentes de la UHB y de estos dispositivos y las dificultades de coordinar en el tiempo, la necesidad de un recurso para un paciente (en una situación clínica determinada) con la disponibilidad de la plaza.

MARÍA:

Mujer de 45 años, en seguimiento en CSM con buen enganche con su psiquiatra desde hace años, acude al CRPS, aunque tiende a dejar de acudir. Todos los ingresos son por intentos de suicidio graves (heridas profundas de arma blanca, con gas..) en contexto de clínica psicótica (convencida de estar vigilada por los vecinos y cuando hace el intento es cuando está convencida de que van a entrar a matarla) y el desencadenante suele ser enfermedad del padre.

La madre falleció hace unos dos años, era quien llevaba la casa y atendía las necesidades de Marta, su hermano y su padre. Actualmente vive con su padre y el hermano que trabaja en turno de 12 horas de noche o de día. Tras fallecimiento de la madre ha tenido más recaídas y el cuidado de la casa en general, las comidas y autocuidado de los tres ha empeorado mucho globalmente, y ella deja de ir al CRPS y se queda en casa fumando. Hace unos meses, se deriva UME, está en lista de espera y ella, de entrada dice que no querría ir si se adapta bien a su casa, y si no, si.

En su último ingreso, el padre había ingresado en hospital por enfermedad somática grave unos días antes y cuando mejora, deciden los hermanos llevarlo a una residencia, ella está de acuerdo. María mejora y comienza a salir con los hermanos en fin de semana y entre semana a su casa, con su hermano.

Nos coordinamos con CRPS para retomar actividades y citas con su psicóloga, y de cara al alta (ya que no hay plaza en UME y no se va a quedar indefinidamente en la UHB, estando bien y con cada vez más ganas de salir) y se comienzan a dar permisos para que empiece a dormir sola en casa, algo que no había hecho nunca y que va a ser necesariamente así (ya que solo va a vivir con su hermano, que trabaja en turnos de 12 horas, de día y de noche).

Mientras planificamos todos estos permisos de cara al alta, queda plaza en UME antes de lo previsto, por lo que se le plantea esta opción. María se disgusta mucho, no quiere ir “¿ahora que estoy haciendo todo bien me vais a mandar a la fuerza?”

Mantenemos muchas coordinaciones presenciales y telefónicas entre psiquiatra CSM, psicóloga CRPS y yo para ver cuál es la mejor opción, hay distintos puntos de vista..., que se pueden entender desde donde cada una atiende y tiene el vínculo con la paciente. Marta acude a citas al CSM y CRPS, donde se le explica el objetivo y le necesidad de UME en este momento y yo trabajo desde la misma línea en la UHB. Finalmente acepta ir aunque no está totalmente de acuerdo (le asusta lo desconocido).

Entonces yo me coordino con la UME para organizar el traslado en la fecha que tenían disponible y contarles cómo está Marta en este momento. Se planifican varios permisos más a su casa para que pueda preparar la maleta y organizarse. Los días previos al ingreso en UME fallece su padre, pudo ir con sus hermanos al entierro al pueblo, a dos horas del hospital, y finalmente la lleva su hermano a la UME, se va tranquila.

Además de lo sugerido en los distintos apartados, queríamos finalizar con algunas propuestas :

- Desde nuestro punto de vista y según como trabajamos nosotras, es importante modificar el prejuicio de que si uno trabaja en un CSM, el convencimiento y la práctica de un trabajo comunitario se da por supuesto y si trabaja en un hospital se es siempre sospechoso de todo lo contrario.
- Que la UHB sea realmente entendida por todos como un dispositivo más de la red, en la que el centro es el CSM, pero que podamos sugerir derivaciones e intervenir en el plan de cuidados de algunos pacientes (por supuesto sin decidir por nuestra cuenta)
- Potenciar las coordinaciones con CSM y otros recursos (importancia de un mínimo conocimiento de los espacios físicos y de las personas que trabajan en los distintos dispositivos)
- Facilitar y promover las visitas de profesionales de la red a los pacientes ingresados en UHB (no conocidos en otros dispositivos) y que precisen la gestión de algún recurso de cara al alta hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE VÍCTOR RIVELLES SEVILLA EN LA “MESA ASISTENCIAL. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE, LOS RETOS COTIDIANOS DE UN ESPACIO PARA EL BUEN TRATO”, XXI JORNADAS DE LA AMSM.



Fuente: elpais.com

“las UHB han sido mal llamadas unidades de agudos”

“ofrecemos como una ilusión trascendental una previsión temporal de ingreso caracterizado por la brevedad”

Me imagino que la invitación para hablar en estas jornadas, deriva de mi trabajo hace ahora casi 25 años en la UHB del entonces recién abierto Hospital de Getafe. Pensaba titular mi intervención “Motivos por los que es tan difícil trabajar (bien) en una UHB”. Tal vez debería titularla a la manera del libro póstumo de Jung, “Recuerdos, sueños y pensamientos”. Vaya por delante mi reconocimiento a todos los profesionales que desempeñan su abnegada labor en esos recintos cerrados donde se concentra la locura en toda su pureza y las demandas de familias, gerencias, jueces, direcciones médicas y colegas psiquiatras en toda su crudeza. Yo aguanté lo que pude tanta concentración, si bien me costó numerosas taras que el benéfico tiempo se ha encargado de cerrar. Tampoco quiero exagerar, que siempre he sido muy temperamental, pero es que en aquellos años la situación era más complicada que ahora. Era una UHB muy pequeña, de 12 camas para una población, la de Getafe y Parla, que por entonces sumaba unos 250000 habitantes, con lo cual, la concentración de la locura, era particularmente intensa. En la actualidad, las Unidades de Media Estancia y las Minirresidencias han ayudado a descargar parcialmente las UHB. Es importante aclarar, que las UHB han sido mal llamadas unidades de agudos, y digo mal llamadas porque casi todos los pacientes que dan con sus huesos en ellas son crónicos y reingresos salvo al principio, claro está. En aquella época, y al menos en nuestra zona, se tenía incluso la inapropiada costumbre de separar contención y rehabilitación, con lo cual, incluso ingresaban en agudos pacientes internados en la Unidad de Rehabilitación, en teoría de media estancia. En un grupo de trabajo que organizó la Oficina, y en el cual participé, siempre insistí mucho en que las Unidades de Media Estancia fuesen denominadas como de Tratamiento y Rehabilitación, algo que se consiguió. Trabajábamos allí dos psiquiatras, que nos encargábamos de la planta, de la interconsulta hospitalaria y de las urgencias por la mañana. Es decir, una locura. Claro, pero para eso estábamos internados. Francamente no he trabajado más en mi vida que en aquellos años. Y no era una cuestión solamente de cantidad, sino de calidad también, por la urgencia del alta temprana de unos pacientes, muchos de los cuales rechazaban de plano el internamiento mientras otros pretendían un tipo de cuidado imposible.

Las UHB están sometidas en su función original, a las contradicciones inherentes a nuestra especialidad y de modo particularmente intenso. Para empezar la reiterada dificultad en convencer a muchos pacientes, que parece claro que necesitan ingresar y por el contrario, intenta alejar del dispositivo a otros que desean ardientemente entrar o permanecer en él. Ya hemos nombrado lo agudo y lo crónico como si existiesen fronteras claras. Resulta artificioso sólo considerarlo. Tanto como hablar de indicaciones de ingreso. Ingresamos pacientes que presentan conductas diversas, a las cuales consideramos como síntomas (lo cual no deja de ser una peculiar construcción de nuestra mente) de enfermedades no bien definidas según el más elemental criterio médico y de curso generalmente incierto. Con todo ello, ofrecemos como una ilusión trascendental una previsión temporal de ingreso caracterizado por la brevedad, según un criterio básicamente ideológico que es el evitar la estigmatización y la desvinculación de su medio. Pero es que un peculiar estigma y

un deterioro de sus vínculos ya están generalmente presentes como causas de las conductas problema. Las verdaderas indicaciones de internamiento son conductas interpretadas como peligrosas para el propio paciente o para su entorno, por un profesional, o bien conductas que hayan ocasionado una irritación insoportable para amigos y familiares. En realidad, una UHB no oferta tratamientos más complejos técnicamente de los que se pueden ofrecer ambulatoriamente si exceptuamos el electrochoque. Ofrecen un manejo especial eso sí, al aislar al enfermo de su medio. Gente mal pensada como los antipsiquiatras podían argüir una mala intención de exclusión como metafórico castigo a un metafórico mal comportamiento y señalar a los psiquiatras en una de sus facetas, la de agentes de control social, algo que no les suele gustar nada. En realidad existen otras visiones más benévolas del internamiento, en este caso la terapéutica, señalada desde la época del Tratamiento moral. Es decir, el internamiento era preciso para aislar al paciente de unas pasiones (causas morales) que son las que provocan su enfermedad. Sin embargo, sin una reeducación, una vez que en pocos días un paciente vuelva a su medio, se repetirán las conductas anómalas y se producirá un reingreso. Esto a su vez llevará al enfado del profesional que sentirá sus esquemas de trabajo cuestionados y buscará algún culpable, muchas veces él mismo. Otras veces encontrará una familia inadecuada, una aviesa intención del paciente, unos neurotransmisores corruptos y traidores o cualquier otra fabulación. En cierta medida en la actualidad, se separan ambas vertientes del tratamiento en régimen de internamiento, delegando en las Unidades de Media Estancia, en las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados y en las Minirresidencias, la antigua reeducación, que con comprensión y benevolencia constituía un sólido pilar del "Tratamiento Moral".

Quizás sean precisamente la ausencia de vínculos, o los lazos emocionales intensamente ambivalentes las principales causas de la cronicidad en la hospitalización para cualquier diagnóstico considerado. Por supuesto que el paciente, se ha constituido en un agente más de este problema. ¿Y que se encuentra cuando ingresa? Se topa con el ambiente hospitalario. Y no me refiero únicamente al psiquiátrico. En palabras de Jay Haley, el ambiente del hospital se caracteriza por una rara desesperación informe, recubierta por una capa de lustrosa esperanza y buenas intenciones que oculta una lucha a muerte por el poder entre los distintos estamentos hospitalarios, entre todos los profesionales entre sí y entre pacientes y personal y todo ello envuelto en una atmósfera de confusión constante. Es decir, lo mismo que sucede en las familias. Con lo cual, los pacientes se van a encontrar como en su propia casa. Cuento como características diferenciales que los pacientes psiquiátricos son más habilidosos para sacar de quicio al personal que

los de otras especialidades y los psiquiatras son médicos particularmente confusos, pero es tan sólo una cuestión de grado. Todavía recuerdo una película ya clásica de Arthur Hiller "Anatomía de un Hospital" con un director médico pensando en suicidarse y en que la vida no valía la pena, cada vez que su numeroso personal hacía una pica, es decir, casi todos los días. O aquella novela tan conocida "La casa de Dios" con su ofuscado protagonista, permanentemente asombrado de lo que encuentra en el ambiente hospitalario. Me salgo del tema. Lo cierto es que el enfermo ingresa en una unidad de hospitalización cuya característica definitoria es la brevedad. Algunos pacientes reaccionan al internamiento con alivio, sobre todo aquellos ahogados por alguna situación conflictiva o que quieren justificarse a sí mismos o representar algún papel frente a sus allegados. Otros, muchas veces los más perturbados, inicialmente suelen sentirse traicionados y protestar de muy diversas maneras hasta que de modo más o menos consciente se percatan de que están sometidos a una situación de doble vínculo característica en la cual se le acoge y se le trata por su bien y por el de nadie más, mediante la poderosa máquina terapéutica hospitalaria y a la vez se le transmite que cuanto más breve sea su estancia tanto mejor. Porque si algo caracterizaba en mi tiempo a las UHB era cierto funcionamiento expulsivo encubierto presente en su misma naturaleza. Era la transfiguración de la madre esquizofrenógena y yo me sentía su representante carnal y sumo sacerdote. Creo que en la actualidad se están creando subunidades de estancias ultrabreves como un medio de "desatascar" las unidades ya existentes. Yo mismo me planteé y lo hice en aquellos años, atender en régimen de consulta externa a algunos pacientes reincidentes en el internamiento. En cierto sentido, los enfermos estaban más cerca de una protección tan inadecuada como la nuestra. Tristemente lo que tenían fuera era peor. Una vez internados, los pacientes menos graves y con vínculos más sanos (uno lleva a lo otro) suelen mejorar con rapidez. Otros no, y peor aún, tienen la fea costumbre de cuestionar completamente nuestros saberes diagnósticos y terapéuticos poniéndose violentos, dejando de comer, desnudándose cuando menos te lo esperas, tragándose objetos estrambóticos, respondiendo de forma inconexa o resistiéndose como campeones a reconocer su enfermedad. Al cabo de 15 días de cualquiera ó de muchos de estos comportamientos, el personal suele ponerse nervioso y en lo peor y comienza a utilizar de forma progresivamente más intensa nuestro arsenal terapéutico que puede ser poderoso aunque escasamente etiológico. Comienzan a aumentarse la dosis de fármacos y a añadir uno sobre otro hasta llegar a combinaciones realmente asombrosas. Y hasta en ocasiones se producía una mejoría. Con lo cual sucede lo que le pasaba a Jung con la hipnosis, nunca sabía cuánto iba a durar la mejoría de un paciente ni el mecanismo de actuación. Mientras tanto,

suelen ser los residentes, gracias a su todavía no maleada y joven naturaleza los que más hablan con los pacientes, muchos de los cuales, por cierto, no terminan de explicarse el motivo de que no los quieran en la UHB y deseen tan ardientemente que se vayan, cuando ellos sólo piden algo de calor humano y atento cuidado. Pero el hospital no está para esos menesteres sino para “curar”.



Fuente: debebesyotrascosas.com

Y sigo con la brevedad. Yo le doy mucha importancia a las palabras puesto que son uno de los primeros pasos para constituir los marcos de referencia en los cuales vivimos. Y los seres humanos, no somos, sino que nos mostramos de una u otra forma en función de nuestros distintos contextos y marcos de referencia. De este modo somos un encanto de novios y sumamente desagradables de casados, o muy buenos hospitalizados y muy malos en casa y con los padres. Ello es la causa de muchos problemas de coordinación y de discrepancias diagnósticas. La historia de los ciegos tocando el elefante. La coordinación con el resto de los profesionales que tratan al paciente es fundamental para evitar que describamos al elefante como un gigantesco gusano si sólo tocamos la trompa. Además, como las familias ignoran la escasa especificidad de la nosología psiquiátrica, los cambios de diagnóstico las alteran mucho y consideran un inútil al terapeuta ambulatorio cuando en un informe de alta señalan un epígrafe discrepante, ya que siempre tienen al hospital como el sagrado templo de la sabiduría médica. No nos engañemos, aunque la psiquiatría comunitaria ha tratado de dar mayor importancia los CSM, nunca lo ha conseguido y, como en el resto de la medicina, siempre ha sido el hospital la institución más importante para profesionales y pacientes. En los últimos meses, estoy intentando colgar informes clínicos de los pacientes que considero tienen más posibilidades de ingresar. Naturalmente me topo con el problema de la confidencialidad y de lo que escribir, ya que un informe psiquiátrico puede tener la particularidad de que sea sumamente correcto, pero que no haya dicho nada del paciente y de lo que le ocurre. En sentido contrario, siempre se

agradece una llamada para avisarte de que tu paciente está ingresado. Son particularmente difíciles los pacientes que sufren una medicación de las que yo denomino tipo “cábala” y con la que se puede funcionar en una sala hospitalaria, pero que les deja imposibilitados para desenvolverse en el exterior. Se plantea entonces el disminuir un tratamiento que no tenemos claro cómo funciona y teniendo además la seguridad de que si disminuimos la dosis de alguno de los fármacos y el paciente empeora, en el siguiente informe de alta se escribirá que ese ha sido, precisamente, el motivo y causa del reingreso. En la realidad pueden darse muchos otros motivos, pero los psiquiatras suelen fijarse únicamente en ese.

Y continuando con la brevedad, el caso es que ha encajado perfectamente en los nuevos tiempos de la Medicina de buena gestión. El lenguaje económico ha sustituido al médico, creando un nuevo marco de referencia. Eficacia, Eficiencia, Rentabilidad, Cliente, Gerente, Oficina, Agencia.. términos que suenan bastardos en mi práctica constituyen la jergonza tradicional en estos últimos años.. Lo que quería señalar es que la brevedad ideológica se ha complementado con el ahorro imprescindible que debe plasmarse en el cumplimiento de objetivos de estancia media, o rotación expresados como si estuviésemos hablando de una cinta de montaje en serie. Por tanto, los medios, se transforman en fines, y los objetivos de nuestra práctica comienzan a girar sobre cifras y virtualidades. Que conste, que ya me lo comentaba la Dra. Pérez Galdós en aquella época del Hospital de Getafe, cuando nos reuníamos para la fijación de objetivos. Siempre terminaba diciendo que nos iban a convertir a todos en contables. Pienso que la medicina encuadrada en un marco económico sólo puede conducir al desastre. Ya lo señalaba Marx, que de comunismo no sabía nada, pero de capitalismo lo sabía todo : cuando el producto de nuestro trabajo se convierte en mercancía, toda la complejidad de las relaciones sociales tiende a difuminarse. Transformar a los pacientes en clientes y a los profesionales en dependientes, es tomar la parte por el todo y degradar las relaciones terapéuticas reduciéndolas a una mera transacción comercial. Ignoro si es la mala conciencia lo que ha llevado a que todas las instancias sanitarias proclamen ahora su deseo de “humanizar” la asistencia y si ello tiene un verdadero significado o se trata tan sólo del tradicional fetichismo de los significantes que padecemos.

Voy a terminar con una conclusión, que es mi punto de vista, bastante obvio y elemental por otro lado. Creo que el internamiento psiquiátrico es indispensable en muchas situaciones. Proporciona soluciones que más tarde corren el peligro de convertirse en problemas. Creo que breve y locura son términos incompatibles. Y creo que con una buena dosis de sosiego,

que sólo puede obtenerse de la paciencia madre de todas las virtudes, haría mejorar a nuestros pacientes más y mejor en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica. El exceso de presión en el alta creo que es la base de mucho estrés y frustración para pacientes y profesionales. De otras contradicciones de nuestro trabajo pienso que no podremos nunca escapar, ni obviarlas tampoco, en las UHB. Esta mañana se ha criticado la violencia que supone una contención mecánica. Y es cierto. Y debe ser considerada una medida extrema para situaciones excepcionales que desgraciadamente pueden producirse. Pero se habla desde un mundo maniqueo de víctimas y verdugos que por su unilateralidad es falso. Pareciese que los psiquiatras disfrutásemos atando a los pacientes o que la contención mecánica se constituyese en un modo de imponer nuestros criterios. Nada más lejos de la verdad. No es una buena idea generalizar en base a una experiencia personal cargada de afecto ¿Alguien ha intentado dialogar y razonar con una persona que se encuentre “fuera de sí”? ¿Con un hombre verdaderamente “fuera de sí”? Cuando una persona está dominada por una pasión extrema es irracional. Prueben a intentar convencer a un hincha radical de que lo que ve como un claro penalalti es fuera del área. Si el argumento es irrefutable, se alterará todavía

más. Y es necesario tener presente que nuestra práctica se realiza en un contexto complejo, en el cual estamos rodeados de otros profesionales y de otros pacientes que son también nuestra responsabilidad. Los locos a veces son agresivos porque las personas a veces son agresivas. Y todos los locos son personas. Hablar de entes ideales nos llevará a magullarnos con los molinos si los tomamos como gigantes. Y tampoco estoy de acuerdo en considerar las unidades de hospitalización como dispositivos represores de un capitalismo neoliberal causante de la locura. Es ese un argumento romántico ya presente en la antipsiquiatría de los años sesenta y que se salta algún pequeño detalle histórico. Nabucodonosor, Calígula, Nerón, Heliofóbulo, Cambises, personajes literarios como Ofelia ó Lady Macbeht ó Don Quijote, revelan historias de locura que nada tienen que ver con el neoliberalismo. Ha existido siempre y sus causas son complejas, puesto que la conducta humana es compleja y sus motivaciones mas aún. Quien en el campo de la conducta humana quiera estar en posesión de una sabiduría simple y absoluta se equivoca. Sería tranquilizador. Pero en ese caso, estaríamos en el territorio de la locura.

R.V. RIVELLES SEVILLA. Psiquiatra

a propósito de...

RECOVERY IN THE BIN



Fuente: recoveryinthebin.org

Desde la AMSM queremos compartir la traducción que hemos realizado de este interesante documento elaborado por un grupo de Supervivientes de la Psiquiatría de Gran Bretaña. Nos ha parecido interesante porque aporta una perspectiva crítica del modelo de recuperación en tanto que colonizado por políticas neoliberales. En las notas de los traductores podréis ver en qué contexto sociopolítico realizan esta denuncia. Al margen de las diferencias entre las condiciones sociopolíticas entre Gran Bretaña y España, estos escenarios no son tan lejanos. Y en cualquier caso, sirva la reflexión para poder mantener una mirada crítica acerca de cómo modelos de atención de los que damos por hecha su revolucionaria bondad en la atención del sufrimiento psíquico pueden ser colonizados y utilizados para aumentarlo.

Podéis acceder aquí al documento original: <http://recoveryinthebin.org>

RECUPERACIÓN A LA BASURA

RITB- 20 principios clave

*“la colonizada ‘recuperación’
está siendo utilizada para
disciplinar y controlar”*

Este grupo autogestionado de usuarios es para Supervivientes de la Psiquiatría y Simpatizantes que están hartos del modo en que la colonizada ‘recuperación’ está siendo utilizada para disciplinar y controlar a aquellos que intentan encontrar un lugar en el mundo, vivir como desean, mientras afrontan el enorme sufrimiento psíquico con el que se encuentran a diario. ¡Creemos en los derechos humanos y en la justicia social y económica!

En qué creemos

*“rechazamos esta nueva intrusión
del neoliberalismo en la
palabra ‘recuperación’”*

1. Creemos que el concepto de “recuperación” ha sido colonizado por los servicios de salud mental, políticos y legisladores.
2. Creemos que el crecimiento y desarrollo de esta forma de “Modelo de Recuperación” es un síntoma del neoliberalismo, y que el capitalismo es la raíz de la crisis. Muchos de nosotros nunca seremos capaces de ‘recuperarnos’ viviendo bajo las intolerables condiciones sociales y económicas consecuencia de situaciones como falta de vivienda digna, pobreza, estigma, racismo, sexismo, expectativas no razonables de empleo, y otras innumerables barreras.
3. Creemos que el término ‘No Recuperado’ es una autodefinición política válida y legítima (no una descripción permanente del estado de mental de alguien) y enfatizamos su contraste político y social con ‘Recuperado’. Esto no significa que queramos permanecer ‘mal’ o ‘enfermos’ pero sí que rechazamos esta nueva intrusión del neoliberalismo en la palabra ‘recuperación’ que la ha redefinido, y sometido a control por las fuerzas del mercado, por técnicas de tratamiento humillantes[1] y medidas de resultados homogeneizadoras[2].
4. Creemos que hay unos principios nucleares de la recuperación que merece la pena salvar, pero que la colonización de la ‘recuperación’ socava aquellos principios que defendían hasta ahora la autonomía y la autodeterminación. Estos principios no pueden aplicarse como un molde a cualquier sujeto, ni evaluados con medidas de resultados. Como seres sociales que somos, creemos que la autonomía y la autodeterminación sólo puede ser conseguida mediante la lucha colectiva frente a esfuerzos y aspiraciones individuales.

5. Proponemos divulgar y concienciar sobre cómo el neoliberalismo y las fuerzas del mercado han dado forma al modo en que la 'recuperación' en salud mental es planificada e implementada por los servicios, incluidos aquellos en el sector no lucrativo.

De qué estamos en contra

1. Estamos en contra de instrumentos, como los "Indicadores de Recuperación", como modo de medir el 'progreso' puesto que representan una visión estrecha y moralizante del bienestar y el autoconcepto. No creemos en medidas de resultado como una manera útil de dirigir las políticas, técnicas o servicios para que ayuden a las personas a afrontar el sufrimiento.
2. Creemos que los servicios de salud mental están usando la ideología de la 'recuperación' como un modo de enmascarar mayor coerción. Por ejemplo, la afirmación de que el Tratamiento Ambulatorio Involuntario[3] sea impuesto como un "paso hacia a la recuperación".
3. Nos oponemos a técnicas terapéuticas como el 'mindfulness' y el 'pensamiento positivo' utilizadas para pacificar a los pacientes y reprimir discrepancias colectivas.
4. Nos oponemos a cómo actualmente se espera que los 'Trabajadores/Agentes de Apoyo Mutuo' tengan 'historias de recuperación' aceptables que implican autoexploración innecesaria, y versiones de una 'recuperación exitosa' que cumpla con ciertas expectativas, mientras que estos requerimientos para ser contratados no se plantean a otros profesionales de la salud mental.
5. Rechazamos sentirnos impelidos a contar nuestras 'historias' para ser validados, ya sea como Trabajadores de Apoyo Mutuo, Activistas, Abanderados de la Lucha, y/o Académicos. Creemos que hacernos creer que tienes que contar tu 'historia' para justificar tu experiencia es una manera de desempoderamiento bajo el disfraz de empoderamiento.
6. Nos oponemos a técnicas como las "Escuelas de Recuperación" y el personal de DWP/Maximus[4] desplegado en Centros de Salud Mental comunitarios, Centros de Atención Primaria y bancos de alimentos.
7. Nos oponemos y luchamos activamente contra la supremacía blanca- un tipo de jerarquía racial en la que por el privilegio de ser blanco se ocupa las posiciones más altas- porque el sufrimiento mental y el estrés emocional son algunas de sus muchas consecuencias destructivas. El fracaso del sistema de salud mental en identificar y mitigar esto es otra capa de opresión. Creemos que la recuperación es imposible en un contexto de una sociedad opresiva.

Qué demandamos

1. Demandamos que nadie reciba presiones innecesarias o expectativas no razonables para recuperarse por parte de los servicios de salud mental. Por ejemplo, para ser dado de alta demasiado pronto o ser empujado a empleos inapropiados.
2. Demandamos la detención inmediata de la erosión del estado de bienestar, terminar con los recortes en ayudas sociales, retrasos y sanciones, y la abolición del 'Work Capability Assessments' & 'Workfare'[5] ambos inadecuados para sus objetivos. Como consecuencia de la austeridad, las personas se están suicidando, y los responsables de estas políticas deben rendir cuentas.
3. Queremos un 'Modelo Social de la Locura y el Sufrimiento Psíquico' robusto, que sitúe la salud mental en el contexto más amplio de la lucha de clases. ¡Sabemos por experiencia y evidencia que el capitalismo y la desigualdad social son malos para tu salud mental!.
4. Queremos que se dé más crédito y financiación a alternativas legítimas no-medicalizadas para que puedan ser planificadas e implementadas de manera efectiva. (No medias tintas, redistribución de los recursos de los servicios tradicionales de salud mental si es necesario).
5. Demandamos la inmediata y justa redistribución de la riqueza mundial, y que todo el presupuesto dirigido a propósitos militares/ nucleares se redirija progresivamente a Colectivos Autogestionados por Usuarios y servicios de salud mental centrados en el trabajo social.
6. Necesitamos que un rango más amplio de narrativas de Supervivientes sean reconocidas, dignificadas, respetadas y promovidas y que incluyan la comprensión de las dificultades y luchas a las que las personas se enfrentan cada día cuando son incapaces de 'recuperarse', y no sólo historias de 'éxito en la recuperación'.
7. Demandamos que se encargue una investigación independiente sobre el 'Modelo de Recuperación' y la ideología en la que se asienta.

Finalmente y lo más importante

1. Nos reservamos el derecho a ridiculizar y satirizar lo que no nos gusta en vez responder siempre con argumentos razonados que pueden llegar a resultar un poco aburridos y perjudiciales para nuestra salud mental.

Llamamos a nuestros compañeros Supervivientes y aliados a adoptar nuestros principios, y a unirse a nosotros luchando en

contra de esta nueva ideología de la ‘recuperación’. Sabemos que nuestra visión sobre la ‘recuperación’ puede ser controvertida, y puede ser utilizada para dividirnos por los que sostienen la ideología que hay detrás. Sin embargo, buscamos equilibrar la protección de los servicios actuales que sí son valorados por los Supervivientes, con la agitación para un cambio profundo.

Conoce más en <http://recoveryinthebin.org> y síguenos en Twitter [@recoveryinthebin](https://twitter.com/recoveryinthebin)

NOTAS DE LOS TRADUCTORES

Nota de los Traductores 1: Community Treatment Orders se ha traducido como Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Es el equivalente más próximo aunque su aplicación en España es mucho más limitada debido en parte a la lucha de diversos colectivos, entre ellos la AEN, a través de cuyas acciones se ha conseguido que no se regulara en el ámbito de lo Civil, lo que significaría su generalización, como sí es el caso de las Community Treatment Orders en Gran Bretaña. A pesar de su falta de regulación, se aplica por determinados jueces y profesionales (probablemente no demasiados) que se consideran amparados por la legislación actual o que utilizan la coerción verbal para administrar tratamiento depot como “alternativa” a un ingreso involuntario. En la dimensión Penal el TAI se aplica como una opción de “medida de seguridad” alternativa al cumplimiento de pena, cuando el paciente ha sido declarado inimputable- total o parcialmente, o, estando ya cumpliendo pena, se aprecia la importancia del problema mental y una afortunada concordancia de profesionales, fiscal y juez establece el cumplimiento alternativo a la pena, mediante tratamiento ambulatorio. Pueden consultarse los documentos de la AEN relacionados con este aspecto en este [enlace](#)¹.

Nota de los Traductores 2: Los términos DWP/ Maximus/ Work Capability Assessments/ Workfare no se han traducido por no existir un equivalente en España a estos organismos/ entidades/ programas de Gran Bretaña.

Son términos que tienen que ver con la reforma de las pensiones (Welfare Reform) en Gran Bretaña que se ha llevado bajo el programa “Fit for work”. El programa tiene como finalidad controlar las pensiones y subsidios que reciben las personas por su enfermedad o discapacidad y establece evaluaciones periódicas a las personas para ver si están en condiciones de trabajar y reintegrarse al mundo laboral. Su objetivo no son solo las bajas laborales (ILT) sino también los que tienen ya concedidas pensiones de invalidez. Se han extremado los

controles y los criterios son más rígidos. Se ha privatizado la inspección. Se han establecido programas de intervención psicológica obligatorios para mantener la pensión para aquellos valorados como susceptibles de recuperarse (**Work Related Activity Group**). Más información sobre el programa Fit for work en este [enlace](#)².

DWP (Department of Work and Pensions) es el Departamento para el Trabajo y Pensiones. Es el organismo que controla las pensiones, bajas laborales y subsidios. En España sus funciones las desarrolla en INSS, pero también el IMSERSO y el INEM.

El WCA (**Work Capability Assessment**) es el instrumento del programa Fit for work que desarrolló el DWP para evaluar si alguien está en condiciones de trabajar. Esta evaluación estandarizada evita que sea contextualizada y ha sido criticada por no adaptarse bien a los problemas de salud mental, que en Gran Bretaña son la primera causa de baja laboral y pensión por invalidez. Más información sobre WCA (Work Capability Assessment) en este [enlace](#)³.

MAXIMUS Ltd. es la empresa privada que se encarga de esta evaluación. En España el papel de las mutuas es cada vez mayor en el control de la Incapacidad Laboral Temporal, pero la empresa privada no inspecciona pensiones de invalidez o no contributivas como es el caso de Maximus en Gran Bretaña. Más información sobre MAXIMUS Ltd en este [enlace](#)⁴.

Workfare es el programa para desempleados, en el que para poder recibir la prestación desempleo deben hacer algún tipo de trabajo. Más información sobre Workfare en este [enlace](#)⁵.

[1] Ver Nota de los Traductores 2 (Work Related Activity Group)

[2] Ver nota de los traductores 2 (WCA, Work Capability Assessment)

[3] Ver Nota de los Traductores 1

[4] Ver Nota de los Traductores 2 (DWP, Maximus)

[5] Ver Nota de los Traductores 2 (Work Capability Assessments’ & ‘Workfare’)

1) <http://aen.es/grupos-de-trabajo/grupo-de-trabajo-de-etica-y-legislacion/documentos-sobre-el-tratamiento-ambulatorio-involuntario/>

2) <https://www.gov.uk/government/collections/fit-for-work-guidance>

3) <https://www.rethink.org/living-with-mental-illness/money-issues-benefits-employment/work-capability-assessment>

4) <https://www.gov.uk/government/news/maximus-appointed-to-carry-out-health-assessments-for-the-department-for-work-and-pensions>

5) <http://www.cnt.es/noticias/workfare-trabajar-sin-cobrar>

hem(●)s leído...

Alberto Ortiz Lobo

EL ENCARNIZAMIENTO MÉDICO CON LAS MUJERES

Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández

Editorial: los libros del lince. Barcelona, 2016

364 páginas



Hace dos años, Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández publicaron “Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)”, un libro que marcó un hito al señalar el intervencionismo sanitario que se produce en las personas sanas, amparado en la supuesta prevención de enfermedades. El año pasado sacaron a las librerías “La expropiación de la salud”, un texto que aborda, a través de muchos ejemplos, el proceso de medicalización y el uso desaforado e inhumano de la tecnología médica al servicio de intereses mercantiles y corporativistas y en detrimento de la capacidad de autocuidado de las personas. Este año, Juan y Mercedes publican la última entrega de esta trilogía: “El encarnizamiento médico con las mujeres”.

En los dos primeros libros, Juan y Mercedes nos mostraron las consecuencias asistenciales del desarrollo médico en nuestra sociedad occidental y capitalista. La confluencia de los provechos comerciales de las industrias sanitarias (farmacéutica, de maquinaria diagnóstica y terapéutica, de aseguramiento y provisión de servicios...), los intereses de las sociedades profesionales y unas expectativas desmesuradas de la población atemorizada ante la inevitabilidad del enfermar, envejecer y morir, ha propiciado la invasión de la medicina en nuestras vidas. Una invasión que, lejos de hacernos sentir bien, nos convierte en individuos en riesgo permanente, preocupados por nuestra salud en vez de disfrutarla y sometidos a innumerables intervenciones sanitarias, innecesarias y, en muchas ocasiones, indignas. Diagnósticos y tratamientos que mortifican en vez de darnos vida y que ocultan, mediante supuestas soluciones individuales, los verdaderos dramas sociales.

En esta tercera entrega, Juan y Mercedes parten del análisis anterior para focalizarlo en la mujer. La mujer en el punto de mira del exceso sanitario, de la discriminación de los profesionales, del negocio de la industria y en el empeño del control de su cuerpo y de su vida. Obviamente, aparecen nuevos elementos a considerar, como las particularidades del cuerpo femenino y su fisiología, pero también el marco social que habita, caracterizado por una ideología patriarcal que determina la asistencia sanitaria que recibe.

La estructura del libro está configurada por un prólogo imprescindible, que encuadra el análisis del contenido, seguido de 50 capítulos breves que son los ejemplos clínicos que responden al título de la obra: el encarnizamiento médico con las mujeres. Cada capítulo consta de una situación clínica, una pregunta al respecto de la misma, una breve respuesta, un comentario que explica la respuesta, acciones alternativas que pueden dar una mejor solución al problema, una extensión a otros campos de la cuestión y, por último, bibliografía accesible a favor y en contra de la perspectiva de los autores. Se trata, por tanto, de una aproximación muy didáctica y rigurosa a las diversas situaciones clínicas en las que la mujer sufre la crueldad de ser sometida a intervenciones médicas excesivas y/o dañinas.

La desigual distribución de poder entre hombres y mujeres en nuestra sociedad patriarcal tiene consecuencias en la atención clínica. La paciente mujer implica cues-

tiones y situaciones específicas, pero no solo por la biología y la psicología, sino también por la cultura y los hábitos sociales, por su género. Por ello, la mujer recibe peor atención que los hombres ya sea por defecto (acceso retrasado a programas de hemodiálisis, al diagnóstico de insuficiencia respiratoria crónica...) o por exceso (más apendicectomías innecesarias, mayor polimedicación que los hombres...). Una discriminación que se multiplica aún más cuando la mujer tiene una minusvalía, un problema mental grave, es anciana, no es heterosexual o intercambia sexo por dinero o drogas. La mujer también es, más que el hombre, objeto del intervencionismo sanitario inhumano mediante la mercantilización de la menstruación, la sexualidad, la atención en el embarazo, el parto y la lactancia y la supuesta prevención de los cánceres femeninos.

Juan y Mercedes discuten estos ejemplos que dan cuenta de los daños que provocan unas prácticas clínicas respaldadas

pseudocientíficamente por los profesionales y sus sociedades y que generan unas ganancias extraordinarias a las empresas del sector sanitario que pagamos los ciudadanos con nuestros impuestos. Todo ello está contado mediante un análisis cierto, bien argumentado y entretenido pero, hay que decirlo, es un análisis sin tapujos y, por tanto, doloroso. Ahora bien, como en todos los libros de esta trilogía, se respira un aire optimista. La disección que realizan de la realidad asistencial encoge el corazón, pero sienta las bases para poder desarrollar una “medicina prudente y armónica, que ofrezca la máxima calidad y la mínima cantidad y la tecnología oportuna por parte del profesional adecuado, en el lugar y momento apropiados y tan cerca del domicilio como sea posible”. Y en ello tenemos que comprometernos con alegría y esperanza, profesionales y ciudadanos.

Alberto Ortiz Lobo

LA EXPROPIACIÓN DE LA SALUD

Psicofármacos que matan y denegación organizada

Editorial: los libros del lince. Barcelona, 2016

422 páginas



En un panorama saturado de propaganda pseudocientífica, donde adultos y escolares mejoran su producción con nuevas anfetaminas sofisticadamente caras, los anti-depresivos triplican sus ventas en poco más de diez años y los antipsicóticos amplían mercado en ancianos y niños, este texto señala, como en el cuento de Andersen, que el emperador está desnudo, aunque casi nadie se atreve a decirlo. Lo que nos cuenta Gøtzsche en su libro no es nuevo, ya lo han argumentado psiquiatras como Peter Breggin, Sami Timimi o Joanna Moncrieff y psicofarmacólogos como David Healy, pero el material que aporta el danés a este debate es de muy buena calidad.

Peter Gøtzsche no es psiquiatra, es médico y Máster de Ciencia en Biología y Química. Fue director del Nordic Cochrane Center y actualmente es catedrático de Diseño y Análisis en Investigación Clínica en la Universidad de Copenhague. Esta mirada no psiquiátrica y experta en investigación es la mayor fortaleza de su texto. En él, Gøtzsche realiza un análisis concienzudo de los hallazgos que han sostenido la creencia en la eficacia de los psicofármacos, su lugar privilegiado en el tratamiento de los problemas mentales y su aparente inocuidad. Durante su empeño, a veces se pregunta cómo los psiquiatras hemos dejado que las compañías farmacéuticas tomen el control de nuestra disciplina y determinen cómo han de ser tratados nuestros pacientes.

A lo largo del texto, Gøtzsche despedaza cuidadosamente la metodología de los ensayos clínicos aleatorizados que ha financiado la industria farmacéutica para que se aprueben sus productos y comercializarlos. Señala, de forma didáctica, los errores de diseño de los estudios, reclutamiento, enmascaramiento, cómo se realizan las comparaciones con placebo, medidas de eficacia, abandonos... Y así lo hace con los an-

tidepresivos, antipsicóticos, estimulantes, “estabilizadores del ánimo”... y su empleo en las personas diagnosticadas de los distintos trastornos mentales. Pone de relieve cómo estos ensayos se diseñan para intentar demostrar una eficacia a corto plazo y que, convenientemente, no se focalizan en sus efectos adversos ni pueden dar cuenta de una mejora de la calidad de vida a largo plazo. Gøtzsche se toma la molestia de discriminar todos estos aspectos y poner sobre el papel los datos, también en términos de daños y muertes que son alarmantes, relacionados con el uso actual de los psicofármacos. Todo este análisis podría parecer arduo, y probablemente lo sea porque no se renuncia a la precisión y a la fundamentación bibliográfica de los argumentos, pero la prosa que lo conduce es ágil, llena de ejemplos y anécdotas que propician una lectura entretenida.

Gøtzsche ha empleado sus vastos conocimientos en investigación para cuestionar lo establecido. En sus dos libros anteriores, primero destapó el fabuloso y dañino negocio del cribado del cáncer de mama con mamografías y en el segundo, “Medicamentos que matan y crimen organizado”, diseccionó el entramado de corrupción de la industria farmacéutica y las muertes que provoca. Esto ha supuesto que tenga muchos detractores que, en este caso, le acusen de ir contra la psiquiatría. Como he apuntado, Gøtzsche no es psiquiatra y esto le proporciona una ingenuidad que le permite acercarse de forma privilegiada a nuestra peculiar disciplina, sostenida por evaluaciones subjetivas,

diagnósticos por consenso y tratamientos supuestamente “validados empíricamente”, pero de los que desconocemos a la postre cómo y por qué pueden funcionar. Pero esta ingenuidad también resulta un lastre en alguna ocasión. En su demonización fundamentada del uso actual de los psicofármacos, se echa de menos la experiencia clínica con problemas mentales graves que matice sus afirmaciones y que no le lleve a idolatrar la psicoterapia como la salvadora de los pacientes (sin pasarla por el tamiz crítico que emplea con la medicación). Evidentemente, el problema de la atención en salud mental no es una cuestión dilemática de rango técnico: pastillas o psicoterapia, malos o buenos. Pero no nos confundamos, el valor y el objetivo de este libro es poner el dedo en la llaga, no curarla.

En ese sentido, estamos ante una magnífica crítica, fundamentada y pormenorizada de la psiquiatría biocomercial, del daño que provocamos con un empleo de los psicofármacos excesivo, pretencioso e irreflexivo. La industria farmacéutica ha secuestrado el pensamiento psiquiátrico y los profesionales somos partícipes con una práctica incondicional que resulta perjudicial para los ciudadanos. Gøtzsche nos ayuda a tomar conciencia de que la buena intención es insuficiente y la ignorancia (o la fe, que a veces es lo mismo) resulta muy peligrosa cuando prescribimos psicofármacos. De modo que tenemos que ser más escépticos y cautos, la vida de nuestros pacientes está en juego.

hem(●)s estado...

REFLEXIONES EN TORNO AL 7º CONGRESO MUNDIAL DE HEARING VOICES



Fuente: entrevoces.org

El pasado 6 y 7 de noviembre, se celebró el séptimo congreso mundial de Hearing Voices en Alcalá de Henares, y algunos miembros de la junta directiva de la AMSM tuvimos la fortuna de poder asistir. Nos gustaría escribir al respecto de todo lo que allí se vivió durante esos días, asumiendo que cualquier cosa que podamos escribir no va a poder dar cuenta de la cantidad de emociones, ideas, propuestas, críticas, alternativas, testimonios, etc. que experimentamos y compartimos todos los que allí estuvimos. Han pasado varios meses, pero no queríamos dejar pasar la oportunidad de escribir sobre ello.

Nos pareció muy interesante la diversidad de profesiones, ocupaciones, experiencias y procedencias de los ponentes que intervinieron, ya que transmitía la idea de que el sufrimiento psíquico y los problemas de salud mental no son una cuestión meramente “sanitaria”, sino que son algo más complejo y más amplio. La participación de filósofos, antropólogos, periodistas, activistas o “supervivientes de la psiquiatría”, entre otros, aportó una riqueza de matices, una amplitud de miras y una variedad de enfoques muy interesante, que nos parecen un antídoto fundamental frente al pensamiento único que puebla los distintos lugares de lo “psi”. Creemos que para los profesionales comprometidos con su trabajo, es imprescindible escuchar otros discursos procedentes de otras disciplinas no sanitarias, ya que de lo contrario se pierden una información muy valiosa para su práctica diaria.

Otro aspecto interesante fue la heterogeneidad de los asistentes. Compartiendo espacios había profesionales de la salud mental de distintos ámbitos, personas diagnosticadas, familiares, periodistas, etc., lo que permitía una gran riqueza en los comentarios y aportaciones que se realizaron en todos los espacios de debate. Parece que los estudios demuestran que la mejor manera de combatir el estigma y los prejuicios es el contacto directo entre las personas, y eso fue lo que sucedió. Todos los que acudimos nos enriquecimos del contacto entre personas, sin importar mucho la procedencia de cada cual. De hecho, la experiencia de poder hablar con alguien sin saber en calidad de qué estaba allí, fue tremendamente satisfactoria y enriquecedora. Si la mayoría de ponencias y de talleres fueron muy interesantes, los espacios de diálogo abierto y de debate que se daban tras los mismos, tanto dentro como fuera de la sala, fueron tremendamente interesantes. En cada grupo o corrillo se debatía, se compartían experiencias, se realizaban propuestas, se intercambiaban opiniones... Fruto de estos espacios seguramente irán surgiendo distintas iniciativas que enriquecerán el panorama de la salud mental durante los próximos años (de hecho ya hay algunas funcionando), algo que lleva años sucediendo en otros países de nuestro entorno.

*“filósofos, antropólogos, periodistas,
activistas o ‘supervivientes
de la psiquiatría”*

Somos conscientes que este tipo de eventos e iniciativas generan opiniones muy diversas entre los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud mental, lo que nos parece positivo ya que de la diferencia de pareceres surge el debate y la creatividad, algo muy necesario. Entendemos que para algunos de nosotros resulte más fácil compartir algunas de las ideas que se plantearon durante el congreso, mientras que quizá otros se sientan atacados, cuestionados o infravalorados en su rol profesional. Desde nuestro punto de vista, y como profesionales con espíritu crítico, no nos sentimos atacados ni cuestionados, ya que compartimos gran parte de las

críticas que se expresaron a lo largo del congreso. Podemos discrepar en algunos aspectos, pero no en el fondo. Consideramos que es necesario replantearnos ciertas creencias, prácticas y actitudes que impregnan nuestros servicios y nuestra labor profesional, y que en muchos casos no somos conscientes del impacto tan negativo que pueden llegar a tener en las personas a las que atendemos. Para ello nos parece fundamental contar con la opinión de las personas que son o han sido atendidas en nuestros servicios, en especial aquellas que son más críticas, ya que ponen el foco justo allí donde muchas veces no queremos mirar o encontramos los más diversos argumentos para justificar que, aunque miremos y veamos, no hagamos nada.

Escuchando muchos de los testimonios de las personas con sufrimiento psíquico que intervinieron en el congreso, quedó claro que no podemos seguir mirando para otro lado. Es algo que a los profesionales nos cuesta mucho aceptar, y siempre encontramos formas de mantener nuestras convicciones a pesar de que cada vez más evidencias las pongan en cuestión (ya sabemos que la teoría de la disonancia cognitiva opera en todos nosotros). Aunque este tema daría para una reflexión mucho más profunda, pensamos que como profesionales tenemos mucho que aprender de las personas que han pasado por situaciones de sufrimiento psíquico extremo, han sido diagnosticadas como “esquizofrénicas”, y se han recuperado muchas veces “en contra” de la opinión y “a pesar” de la ayuda de algunos profesionales. La primera reacción que tenemos muchas veces en estos casos no es la curiosidad, sino que es el cuestionamiento, la crítica y la desconfianza, pronunciando las palabras mágicas “ese no es como los pacientes que yo veo en mi consulta” o “ese no es un esquizofrénico de verdad”. Dando la vuelta al argumento, intuimos que muchos de nuestros pacientes que lean los trabajos de Marius Romme o de Joanna Moncrieff también podrán decir “esos no son como los profesionales que me atienden en la consulta”.

Sin lugar a dudas, lo más destacable y lo que diferenció este congreso de cualquier otro congreso del ámbito de la salud mental, fue la parte emocional y el contenido afectivo que impregnó cada rincón y a cada persona que allí estaba. Apenas se habló de datos “objetivos”, de protocolos, de estadísticas, de técnicas o de teorías, y cuando se hizo fue siempre en relación a cómo podían ayudar a las personas. En su lugar, el congreso transcurrió guiado por lo vivencial, lo experiencial y lo emocional, aspectos que son descalificados en los foros supuestamente “científicos” y catalogados como cierta enajenación que emerge naturalmente de los grupos. Pareciera que se invalida sistemáticamente lo que para los seres humanos constituyen evidencias de primer orden de lo que es útil o no en su recuperación. Creemos que todos los que allí estuvimos

experimentamos cosas difíciles de explicar para los que no estuvieron. Muchos de nosotros sentimos la posibilidad de ser realmente honestos con nuestras vulnerabilidades y nuestra fragilidad, pudimos estar cómodos en nuestra verdadera piel, despojarnos de la exigencia del rol profesional y sentirnos algo más humanos, en definitiva.

Siguiendo el título de congreso, nos parece que es necesario seguir construyendo en común. Pensamos que es normal que surjan desconfianzas y reticencias entre profesionales y usuarios de los servicios de salud mental en ambas direcciones, ya que estamos muy poco acostumbrados a compartir espacios de reflexión y de debate críticos y horizontales. Fruto de estos espacios compartidos, pueden surgir ideas y propuestas que permitan avanzar hacia una atención más humanizada, más respetuosa y más útil para las personas que experimentan sufrimiento psíquico y hacen uso de nuestros servicios.

Junta de la AMSM



Fuente: entrevoces.org

panóptico

SEPARAN POR CROMATOGRAFÍA LA PARTE MARRÓN DE LOS PACIENTES.

Sigue sin saberse qué hacer con ella.



Fuente: christiandve.com

Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Madrid. Psiquiatras del Hospital Clínico San Carlos han logrado separar mediante una técnica cromatográfica la parte marrón de los pacientes. La cromatografía es un método físico para separar mezclas complejas. Los psiquiatras habían observado que muchos pacientes tienen una parte marrón que empeora el pronóstico y dificulta el tratamiento. Separar los componentes de la mezcla que presenta el paciente permite obtener cuadros clínicos más puros que pueden ser tratados más cómodamente. “El objetivo es eliminar los marrones de las consultas mediante una cromatografía líquida de alta resolución” ha señalado la psiquiatra que ha dirigido la investigación. El siguiente paso de la investigación, una vez separada la mezcla, es analizar los componentes del marrón. “Todo apunta a que se trata de problemas sociales y biográficos que van de una gama de marrón siena a marrón chocolate, que coloquialmente conocemos como marronazo” aclara la psiquiatra. Otro miembro del equipo nos comenta cómo esto, además, va a terminar con algunas confusiones terminológicas: “hasta ahora se confundían los puros con los marrones, pero con la cromatografía hemos demostrado que se trata de dos problemas completamente diferentes. No todos los puros son marrones ni todos los marrones son puros”. Lo que no aclaran los investigadores es en qué va a pasar con los marrones o los puros que, aunque separados, no quiere nadie.

STEPHEN HAWKING SIGUE EN LISTA DE ESPERA PARA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

Puede ser el primer caso de TDAH del anciano

Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid. La madre del afamado astrofísico Stephen Hawking ha presentado una reclamación en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid porque después de 67 años su hijo todavía está en lista de espera para ser evaluado por el psicólogo de infantil de su centro de salud mental. Hawking, que hoy tiene 74 años, fue derivado a los 7 al psicólogo para valorar un posible trastorno de hiperactividad y todavía hoy no ha recibido un diagnóstico. Su

madre, Isobel, responsabiliza a la Consejería de que el retraso en el tratamiento ha hecho que su hijo tenga afición a la ginebra Tanqueray. El responsable de Salud Mental de Madrid, Guillermo Petersen, ha conseguido hablar. En respuesta a la madre de Hawking ha recordado que la lista de espera para niños y adolescentes no se rige por las leyes de la física newtoniana, sino que son relativas. Al parecer se ha encontrado un cono de luz en el SELENE de Puente de Vallecas por el que Hawking podría haber estado viajando en el tiempo y en el espacio de la libre elección, logrando eludir así a los psicólogos. Hawking, que bebe gintonics con pajita, no quiere polemizar con su madre, pero se niega a volver a viajar en el tiempo, porque no es práctico. Ahora que el TDAH se puede diagnosticar en el adulto está dispuesto a ser evaluado y ser el primer anciano con diagnóstico de **late-onset ADHD**.



Fuente: seeducansolos.wordpress.com

UNA ENFERMERA SE LLEVA EL BOTE DE LA BONOLOTO DE LOS PSICOFÁRMACOS.

El boleto fue sellado en Móstoles.

Gonçalves Silence. Redacción del Panóptico. Madrid. Una enfermera de un hospital madrileño se ha llevado el bote de 1.000.000 euros de la Bonoloto de los psicofármacos del sorteo del 25 de Junio con un boleto sellado en Móstoles. La combinación ganadora ha sido: Depakine 1500, Plenur 1200, Risperidona 6, Etumina 40, Zyprexa 45, Lyrica 225, siendo el fármaco complementario el Tranxilium 50 y el reintegro Xelplion 150.

La Bonoloto de Psicofármacos es un sorteo de Loterías y Apuestas del Estado que, con más de 25 años de historia, es considerado el juego más popular entre los profesionales de salud mental y también el más jugado de la institución. El juego consiste en seleccionar seis fármacos de una tabla del 1 al 89 y que estos coincidan con la prescripción al alta de algún paciente ingresado en una planta de psiquiatría. Se debe acertar tanto el fármaco como los miligramos. El sorteo de la Bonoloto de Psicofármacos se celebra de lunes a sábado en la sala de sorteos de Loterías y Apuestas del Estado a partir de las 21.30h. Los apostantes tienen la opción de hacer apuestas diarias o prolongarlas para el resto de la semana.



Fuente: loteriayeuromillones.serviapiuestas.es

LA CONSEJERÍA DE SANIDAD RECOMIENDA A LOS PACIENTES QUE VAYAN A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL “RESUMIDITOS”.

Se han detectados casos de más de 140 palabras por consulta.

Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid. El último caso de un paciente que colapsó durante una mañana la con-

sulta de una psicóloga del Centro de Salud Mental de Fuenlabrada cuando sobrepasó en diez veces el número de palabras permitidas en una entrevista, ha llevado a la Consejería de Sanidad de Madrid a tomar medidas. Actualmente la unidad de medida para determinar el número de palabras permitidas en una consulta individual de salud mental es el tuit (140 palabras) que se aumenta a 2 tuits en el caso de entrevistas familiares. El Consejero de Sanidad, Jesus Sanchez Martos, ha



Fuente: storify.com

declarado que es responsabilidad de todos los ciudadanos hacer un buen uso de los servicios sanitarios y en Salud Mental es fundamental que los pacientes vayan a las consultas “resumiditos”. Pero también ha recordado a los profesionales de salud mental que deben aprender más de los dermatólogos e ir “mas al grano”. La Oficina Regional de Salud Mental, por encargo de la Consejería de Sanidad, ha diseñado una campaña informativa bajo el lema: “Déjate de formalismos, tuitea a tu profesional en consulta”.

UNA NIÑA PIDE UN BANCO DE CEREBROS DE CIBERSAM POR SU CUMPLEAÑOS.

Le gusta especular con la amígdala y el hipocampo.

Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid. Marina, una niña de Madrid a punto de cumplir 12 años, ha pedido a sus padres como regalo de cumpleaños un banco de cerebros del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) para poder especular con la amígdala, el hipocampo y el cortex prefrontal. Los padres de Marina observaron cómo desde pequeña tenía unas grandes dotes para la especulación. Los altos dividendos personales que ofrece la especulación cerebral no han pasado desapercibidos para la niña, que quiere invertir sus aptitudes en un biobanco cerebral. “El problema que teníamos es que crear tu propia cartera de cerebros esta lleno de impedimentos burocráticos absurdos como



Fuente: 123rf.com

la imposibilidad de aceptar inversores vivos”, afirma la madre de Marina. Así que se han puesto en contacto con los ejecutivos del CIBERSAM para poder especular con sus tejidos y obtener mayor rendimiento en el seno de una red cooperativa.

FERNANDO COLINA PUBLICA UN LIBRO SOBRE EL AUTOMATISMO INTESTINAL.

La flora intestinal se expresa en lacaniano.

John Bush. Redacción del Panóptico. Valladolid. El psiquiatra y ensayista vallisoletano Fernando Colina acaba de publicar su nuevo libro “*El pequeño automatismo intestinal. Diálogos con Tanqueray*” en el que se recoge toda la profundidad de su pensamiento copropatológico. Para Colina en el pequeño automatismo intestinal se sostiene con toda crudeza en un nuevo fecaloma elemental. Así los fecalomas elementales representan la fractura de la palabra y la explosión de fenómenos automáticos intestinales: retortijones vacíos, diarrea anideicas, aerofagia atemática etc.; siempre tomados en su inicio, es de-

cir, como residuos que aún no han incorporado al mundo de significados que otorga la acción lingüística del microbioma. Asistimos a una emancipación de los abstractos, a una producción de significantes inflamatorios por parte del sujeto intestinal dividido que intenta cerrar la herida de las vellosidades. Los significantes intestinales son por tanto fragmentos inflamatorios que el sujeto absorbe al perder la necesaria insuficiencia causada por la cortante estrechez del tubo intestinal. Rota la barrera intestinal el significante inflamatorio circula libre por el cuerpo desanudado hasta dar alcance a una plenitud delirante e inhumana que llamamos psicosis. Colina concluye su libro afirmando que la flora intestinal se expresa en Lacaniano y gusta del gintonic.

EL CONSEJERO DE SANIDAD SE INSPIRA EN “EL PLANETA DE LOS SIMIOS” PARA HUMANIZAR LA ASISTENCIA.

Confía en que los directivos cuñaos cambien pueden evolucionar.

Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid. “Aun no me ha respondido doctor, ¿un planeta donde el simio evolucionó del hombre?... Tiene que haber una respuesta”. Esta es la pregunta que le hace Charlton Heston al Doctor Zaius en la famosa escena de la película “El Planeta de los Simios” y que ha sido para el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Jesús Sanchez Martos, la fuente de inspiración de la obra de su vida: lograr que los profesionales sanitarios evolucionen a humanoides. “Si hipotéticamente los simios pueden evolucionar a seres humanos, ¿que impide que los médicos no puedan hacer lo mismo?” se pregunta el consejero es su blog personal. “¿Por qué tienen que seguir meando a cuatro patas en el control de enfermería o actuando como depredadores en



Fuente: actividaddiverencia.blogspot.com



Fuente: muchasimagenesparabajar.com

el autoservicio?” remacha. En este sentido, el consejero explicó que desde la consejería tratan de humanizar “todo tipo de profesionales”, incluidos los profesionales primates menos evolucionados: los gerentes y directores médicos cuñaos. Para esta parte va a contar con la asesoría de un equipo de reconocidos psiquiatras evolucionistas del País Vasco y Castellón, algunos con experiencia cuñada en primera persona. El cuñadismo es un vestigio evolutivo muy arraigado entre los altos cargos sanitarios, que conserva cierta utilidad para hacer declaraciones campechanas el Día Mundial de la Osteoporosis.

EN EL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA LOS PACIENTES NO SE AGITAN: SE INFLAMAN.

Se pone en marcha un protocolo de medidas antiinflamatorias humanizada.

Mike Donald. Redacción del Panóptico. Madrid. La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha distribuido entre los Servicios de Salud Mental un nuevo protocolo de actuación para los pacientes que sufren un estado de alteración conductual extrema, que figura en el Plan de Humanización de la Asistencia de la Comunidad de Madrid. Anteriormente estas



Fuente: : thailandforum.nl

situaciones se denominaban por los psiquiatras “agitación psicomotriz”, pero gracias al mayor conocimiento de los mecanismos biológicos subyacentes, hoy sabemos que los pacientes no se agitan sino que sufren un proceso inflamatorio agudo de base genética. Por tanto no estamos ante pacientes agitados sino inflamados. Las medidas clásicas de contención mecánica o las modernas de inmovilización terapéutica de Disney se sustituirán por un protocolo de actuación antiinflamatoria. Entre las herramientas de este nuevo protocolo se incluye el uso

de bolsas de hielo, el reflex, armarios de almacenamiento de material inflamable y copas balón con gintonics de Tanqueray para relajar los macrófagos.

UN PACIENTE SE CONVIERTE EN VELCRO TRAS SEGUIR UN PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Se le adhieren las pastillas, pero también las pelusas.

Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid. Las iniciativas para convencer a los pacientes psiquiátricos de que se tomen adecuadamente la medicación que les mandan sus psiquiatras tienen a veces efectos contraproducentes. Leonardo era antes un hombre diagnosticado de una enfermedad mental que olvidaba continuamente tomar sus medicamentos. El pasado mes de Febrero acudió por octava vez a un taller de la Semana de la Concienciación de la Adherencia al Tratamiento. Cuando regresó a su domicilio su familia observó que se había convertido en Velcro y que tenía todas las pastillas adheridas. Psiquiatras consultados por El Panóptico ven en la espectacular transformación de Leonardo de hombre a Velcro una novedosa solución para lograr el cumplimiento de los regímenes de medicación. “Conseguir que la adherencia venga desde dentro del enfermo y no desde formulas farmacéuticas es un camino que Leonardo nos ha abierto”, señalan los expertos. Ahora se trata de conseguir transformaciones personalizadas de zonas determinadas del cuerpo, pues la transformación total como la de Leonardo tiene como efecto colateral que se llena de pelusas y la factura de la tintorería no la cubre la Seguridad Social como al parecer ha denunciado la familia.



Fuente: es.123rf.com

EL GREGORIO MARAÑÓN CREA EL PROGRAMA “ADOSADOS” PARA ACOGER A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL.

Gracias al mecenazgo de Alicia Koplowitz.

Clementina Naranjito. Redacción del Panóptico. Madrid. El Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Gregorio Marañón acaba de firmar un convenio de colaboración con la Fundación Alicia Koplowitz para crear plazas residenciales para los profesionales del servicio. La elevada tasa de crecimiento vegetativo de sus profesionales está creando un problema de abastecimiento de material genético y microbioma, que son sus principales fuentes de alimentación. La Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid ya ha detectado colonias de psiquiatras y psicólogos fuera de su hábitat natural compitiendo con especies autóctonas más vulnerables. El claro compromiso de la Fundación Alicia Koplowitz con los sectores más desfavorecidos de la sociedad les ha llevado a conectar con las necesidades de este colectivo en dificultad, financiando el Programa “ADOSADOS” dedicado a la atención social de estos profesionales. La Fundación ha promovido, construido y donado un complejo residencial para los profesionales cuyo objetivo es la asistencia, protec-



Fuente: rociomartin.besaba.com

ción y defensa de los psiquiatras y psicólogos de la infancia y adolescencia del Gregorio Marañón, especialmente de aquellos privados de las atenciones básicas, tanto humanas, como educativas, sanitarias, culturales y materiales, con el propósito de conseguir su desarrollo y plena formación, en aras de una mejor integración social.

DESCUBREN A LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y LA PSICOEDUCACIÓN AMORDAZAS EN UN CRPS.

Mostraban claros signos de nerviosismo.

Martin Barber. Redacción del Panóptico. Madrid. Un inspector de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid descubre atadas y amordazas a la Conciencia de Enfermedad y la Psicoeducación en los baños del CRPS de Fuentafe. Al ser liberadas, ambas se lamentaron del ostracismo al que se estaban viendo condenadas por algunos profesionales del ámbito de la rehabilitación, que prefieren trabajar conciencia de vida, de salud, e incluso relacionar los problemas de salud mental de la gente con su historia biográfica, algo completamente fuera de lugar y falto de una evidencia científ-



Fuente: brecha.com.uy

ca sólida que lo respalde. “Antes estábamos en todos los informes y éramos trending topic en las reuniones de coordinación, todo el mundo quería trabajar con nosotras”, han comentado al inspector, mostrando claros signos de nerviosismo. Tras comprobar que se encontraban en buen estado de salud, una investigación posterior ha descubierto libros de John Read, Richard Bentall y Joanna Moncrieff ocultos en los bajos de uno de los coches aparcados en la puerta, que han sido incautados e incinerados en un CRL cercano, ante el temor a que este tipo de contenidos subversivos se propagasen a otros recursos de rehabilitación. Finalmente, el centro ha seguido con su actividad normal realizando sus programas de Psicoeducación y trabajando la Conciencia de enfermedad de sus usuarios como “dios y la evidencia mandan”.

UN USUARIO DE UN CENTRO DE DÍA CONSIGUE ESTAR 10 AÑOS EN EL CENTRO SIN REALIZAR NINGÚN CUESTIONARIO.

Estaba orgulloso de su acción con una puntuación de 10 en una escala likert.

Francisco Agricultor. Redacción del Panóptico. Madrid. Investigadores de la Universidad Complutense encuentran un usuario de un Centro de Día de la Red que lleva 10 años acudiendo y ha conseguido no realizar ningún cuestionario ni test en todo este tiempo. Ante la sorpresa y el desconcierto inicial de los investigadores, el usuario ha comentado que ha sido una tarea muy difícil y arriesgada, ya que algunos de sus compañeros han rellenado más de 40 cuestionarios en el mismo periodo de tiempo. “Desde el primer momento lo tuve claro, no quería rellenar cuestionarios con caritas tristes o sonrientes”, ha señalado. Tras varias indagaciones, los investigadores han confirmado que se trataba de un usuario que estaba acudiendo al CRPS de Fuentafe de manera clandestina, y se había visto implicado en el secuestro de la Psicoeducación y la Conciencia de Enfermedad. Ante lo sorprendente de la coincidencia, los investigadores le preguntaron que valorara de 0 a 10 cómo se sentía con respecto al secuestro que había realizado, y él orgulloso contestó: “¡¡10!!”, para acto seguido exclamar: “¡cabrones!, lo habéis conseguido”.



Fuente: negociosrentables.me

LA LIGA DE FUTBOL PROFESIONAL PONDRÁ BIOMARCADORES EN LOS ESTADIOS.

Se sustituirán los goles por tanteos neurobiológicos.

Hernan Summerblue. Redacción del Panóptico. Madrid. La Liga de Fútbol Profesional (LFP) ha llegado a un acuerdo con la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) para sustituir

en los campos de fútbol de los equipos de primera y segunda división los actuales marcadores electrónicos por biomarcadores. Se trata de encontrar una utilidad práctica a los miles de marcadores biológicos que se han encontrado para las enfermedades mentales y que hasta ahora no se sabía que hacer con ellos. Javier Tebas, Presidente de la LFP ha querido tranquilizar a los aficionados señalando que la implantación de los biomarcadores será progresiva: “pasar de una representación fenomenoménica pura como el gol a tanteos neurobiológicos supone afrontar un cambio de paradigma en el mundo del balompié que puede llevar al menos una década”. Para el Dr Bernardo, de la SEPB, en poco tiempo la gente escuchará con naturalidad, mientras se toma su Tanqueray, que se cante en la radio: “inflamación en Las Gaunas” o “interleuquina en el Calderón”.



Fuente: apinkprincess.com

LA AMSM PROPONE SUSTITUIR LAS BATAS DE LOS PSIQUIATRAS POR CHANDALES BOLIVARIANOS.

Se podrán seguir tomando gintonics de Tanqueray.

Carmen Droversroad. Redacción del Panóptico. Caracas. La Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) continua con su deriva populista. Tras acudir al I Congreso de Salud Mental Bolivariana, celebrado en el mes de Junio en Caracas, el secretario de la AMSM ha declarado que “una nueva ola revolucionaria antibiológista y antipatriarcal se está levantando en la Salud Mental y nosotros exigimos que se den los cambios que garanticen el ciclo de procesos democráticos transformadores”. Por eso han solicitado, como primera medida, a la Consejería de Sanidad de Madrid que las batas de los psiquiatras sean sustituidas por chandales bolivarianos. “Se trata de un acto simbólico para dar visibilidad a la lucha contra el imperialismo farmacológico y sus aliados del CIBERSAM” ha

remarcado el secretario de esta asociación. Ante las acusaciones de radicalismo por parte de algunos socios, el Presidente de la AMSM, ha respondido que “el proceso constituyente está ya maduro para que los psiquiatras bolivarianos den el salto al chandalismo”, pero matiza contundente: “nuestros nuevos estatutos no impedirán que los socios sigan tomando gin-tonics de Tanqueray”.

EL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS SOLICITA QUE SE IMPLANTEN PSICÓLOGOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN EL CUERO CABELLUDO.

Los psicoanalistas abogan por implantes en pechos, ano o genitales.

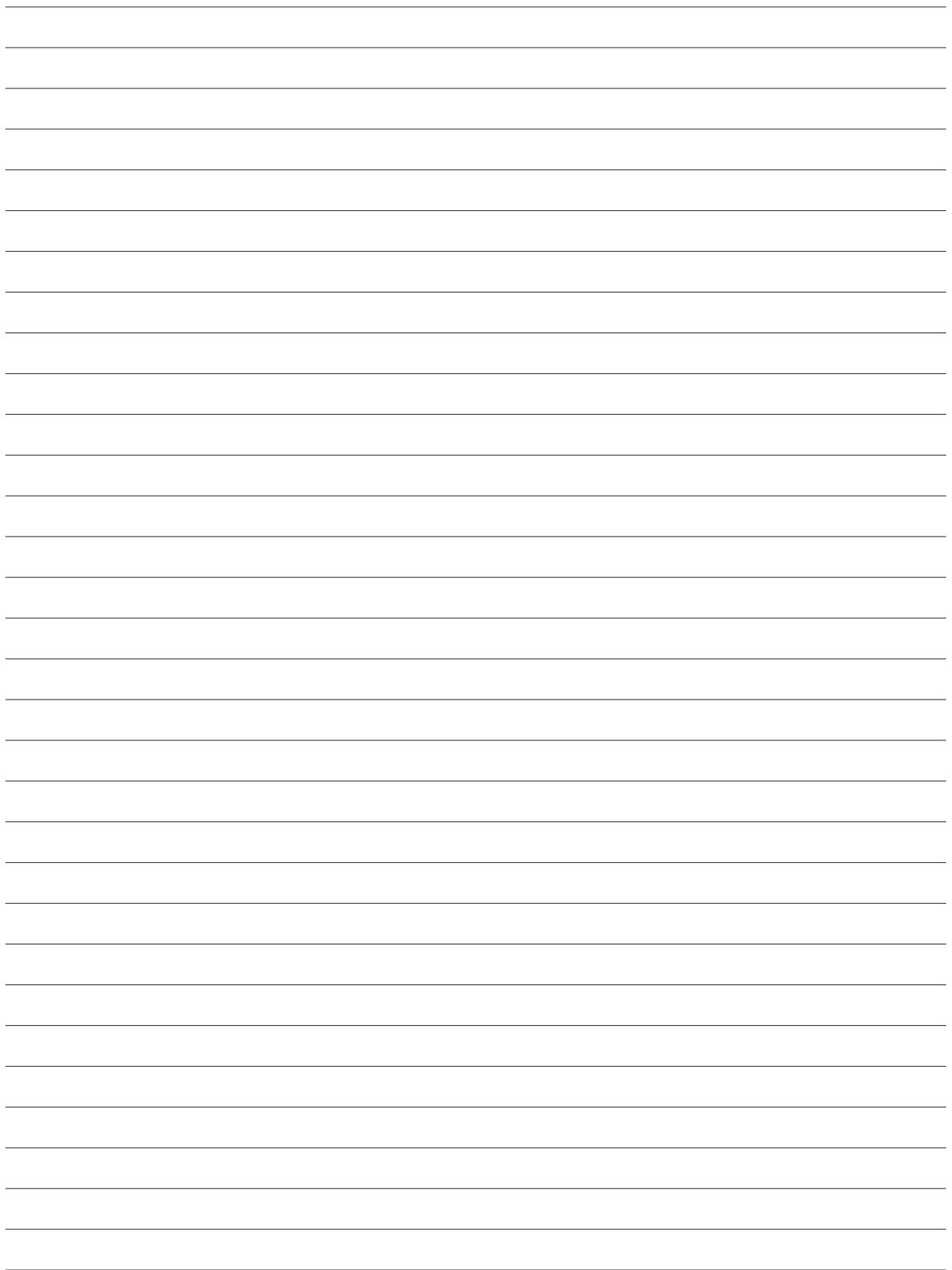
Joseph Mulberrytree. Redacción del Panóptico Madrid. Se sabe que la ansiedad y depresión, dos de los problemas más frecuentes de salud pública, tienen buena respuesta a la psicoterapia,

pero los pacientes abandonan con frecuencia el tratamiento. Para evitar este problema el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) de Madrid ha solicitado a la Consejería de Sanidad que se hagan implantes de psicólogos de liberación prolongada en el cuero cabelludo de las personas afectadas que acuden a los Centros de Salud de Atención Primaria. De esta manera se conseguiría una dosis diaria estable de psicólogo que evitaría los picos y los valles de la atención actual, asegurando una adecuada toma de las sesiones de psicoterapia. La controversia ha saltado entre las distintas escuelas de psicoterapeutas respecto a la localización del implante. Mientras que el COP defiende el cuero cabelludo como lugar ideal para el implante del psicólogo con el fin de estar más cerca de las distorsiones cognitivas, los psicoanalistas piensan que se deben colocar en los pechos, ano o genitales según el tipo de fijación libidinal y los psicólogos transpersonales creen que lo más idóneo es implantar un avatar de Sanchez Martos en los restos de timo, que es donde se encuentran los estados de conciencia prepersonales.



Fuente: tusintoma.com

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante





www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es