



AMSM

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 Gérvas 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]

| 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.

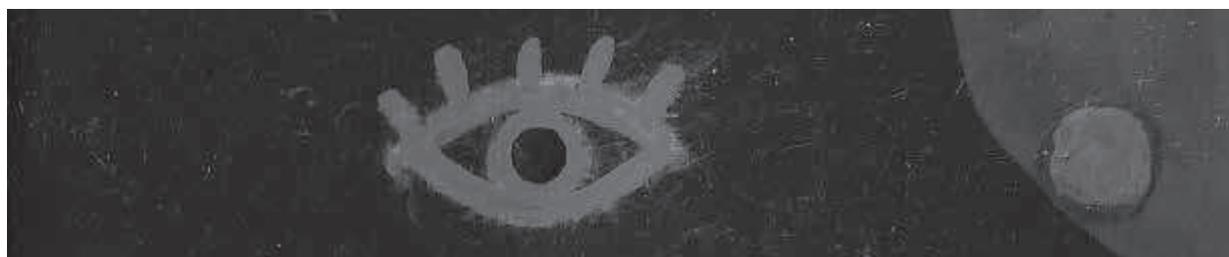
Especialmente llamativa es la falta de profesionales de los programas de continuidad cuidados (enfermería y trabajo Social) de los CSM y psicólogos clínicos. Esto explica la falta de un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes

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
AEN-PSM

M^a Dolores Romero
En Primera Persona

Edgar Vinyals
VEUS

Nels A. González
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

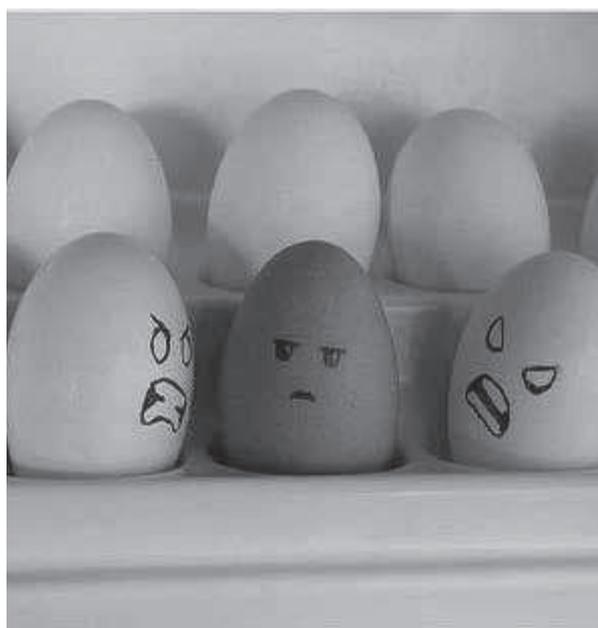
centrado en la persona, empoderamiento, enfoque holístico, no-linealidad, apoyo entre iguales, respeto, responsabilidad y esperanza. Así formulados, estos principios con frecuencia están citados como valores que orientan la misión de los servicios de salud mental. Pero, ¿qué significa esto en realidad?.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

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: debesyotrascosas.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 penalti 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, Helioágalo, 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](http://recoveryinthebin.org) 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 autodefinition 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.