

EL TRASTORNO MENTAL: LUCES Y SOMBRAS. ALGUNAS PROPUESTAS.

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra

1 Introducción. Sobre los orígenes, procedencias, procesos de gestación de la situación actual

La reforma psiquiátrica, que planteó la desinstitucionalización de los pacientes mentales, el cierre de los manicomios-hospitales psiquiátricos y la construcción de redes de servicios de salud mental comunitarios fue uno de los proyectos colectivos más atrevidos de las sociedades occidentales en la segunda mitad del siglo XX, aún en marcha. Lo animó el espíritu solidario y un tanto optimista y utópico que impregnó estas sociedades a la salida de horror de la 2ª Guerra Mundial. Este ambicioso proyecto se extendió por todo Occidente democrático y fue un claro exponente de la estrecha dependencia que la psiquiatría y disciplinas de lo "psi" mantienen con los principios, valores e ingredientes socioculturales y políticos. Esta es también la razón por la que España se incorporó tardíamente al proceso, que en tiempos de autarquía solo podía ser reivindicado desde la confrontación hostil con las administraciones públicas y el poder político de la Dictadura. Y una buena demostración también de esa dependencia de los saberes y prácticas psiquiátricas de los valores socioculturales y políticos lo demuestra el cambio en los valores y prácticas, que aparentando estar asentadas en fundamento científicos, lo estaban en creencia y valores socioculturales: si en tiempos de Pinel y el alienismo las buenas prácticas consistían en el aislamiento del enfermo, en la nueva era las buenas prácticas consistirán en garantizar la inserción comunitaria del sujeto (*la libertà è terapeutica*, se leía en los muros del S. Giovanni triestino en tiempos de Basaglia, que rápidamente pasó a ser consigna en tantos escenarios desinstitucionalización)

Este proceso desinstitucionalizador, se resume de forma muy clara en una consigna, tan fácil de formular como difícil de trasladar a la práctica: **"del hospital a la comunidad "** (1) o al área/ al territorio. Consigna que impregna el documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985, y "oficialmente" asumida en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (LGS), que a su vez determina con toda claridad otros elementos clave para la reforma que se inicia oficialmente 1986 al aprobarse la LGS : equiparación del enfermo psiquiátrico, y de la psiquiatría con cualquier otro paciente y cualquier otra especialidad médica. Psiquiatría en los hospitales generales, atención comunitaria, rehabilitación y prevención, participación.

2 A día de hoy, 36 años después del inicio oficial de la reforma, reconocemos algunos avances muy importantes: junto a aspectos de estancamiento y circunstancias de dificultad o de riesgo para el porvenir de la salud mental de los individuos y las sociedades. En una apretada síntesis podemos decir que, globalmente, se ha producido un cumplimiento parcial de los objetivos planteados en la reforma: se han cerrado los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía, Asturias, Canarias, Navarra (aunque aquí persisten hospitales psiquiátricos privados concertados), además de la experiencia de cierre y transformación en

servicios de salud mental comunitarios del que fuera manicomio de referencia nacional, el hospital Sta Isabel de Leganés (Madrid), se han abierto unidades de psiquiatría, con atención a urgencias, en prácticamente todos los hospitales generales y se ha producido un despliegue de servicios de salud mental comunitarios para todas las edades, y de rehabilitación psicosocial, formados por equipos multidisciplinares, en conexión (con desigual fortuna) con la atención primaria de salud y los servicios sociales generales. Por el momento, nos vale como muestra señalar algunas luces- buenas prácticas, las sombras y algunos indicadores del amplio territorio de claroscuros, de luces y sombras

2.1 Entre las luces, reconocemos la generalización de equipos de salud mental comunitaria, así como los programas de hospital de día, y de una red muy variable de dispositivos de rehabilitación psicosocial. De modo que podemos identificar amplio elenco de **buenas prácticas** en los servicios públicos, que han demostrado los beneficios de que los servicios se orienten hacia las necesidades del paciente, para la realización de una vida con sentido y significado personal e interpersonal, más allá del círculo cerrado de síntomas-diagnóstico -tratamiento- que suele implicar des-empoderamiento, estigma, desconexión social y una colección de renuncias tan involuntarias como inevitables en tantos casos. Entre estas iniciativas contamos con

a) Programas de atención comunitaria intensiva, como son los equipos de tratamiento comunitario asertivo, los equipos de apoyo socio-comunitarios, o los programas de hospitalización a domicilio. El programa referente es el de Tratamiento Asertivo Comunitario "TAC" (2). El primer equipo TAC en España se puso en marcha en Avilés en 1999, de modo que cuenta ya con amplia experiencia, que ha dado pie a desarrollar este tipo de equipos en otras comunidades (Andalucía, Canarias, Murcia, o Vizcaya) o inspirado otras fórmulas que lo desarrollan de forma parcial, incompleta (ej el equipo de apoyo socio comunitario en la Comunidad de Madrid, donde no cuentan con personal sanitario, sino profesionales de lo psicosocial); o los *Planes de Servicios Individualizados* PSI para atención en domicilio Cataluña

En lo referente al TAC, el programa original surgió en el condado de Madison en Wisconsin, tras un interesante proceso liderado por Leo Stein y Anne Test, que se inició después de que el primero hubiera realizado una estancia en París, donde conoció los beneficios de "la toma a cargo" de los pacientes (mismos profesionales atienden al paciente en los distintos momentos y lugares/contextos de su periplo asistencial, sin hacer "derivaciones") y la sectorización. En Madison desarrollaron un bonito interesante proceso de articulación de medidas para evitar la hospitalización de pacientes graves y garantizar la mejor atención posible en su propio contexto. En síntesis, los equipos de TAC les caracteriza por atender los distintos tipos de necesidades, (materiales, de supervivencia, de vivienda. Convivencia, ocio, formación o trabajo y necesidades clínicas..) Sin entrar ahora en evaluación detallada, la experiencia española es muy positiva en la misma línea que otras experiencias internacionales: en cuanto a reducción de frecuencia y tiempo de hospitalización, inserción-arraigo social, y calidad de vida de pacientes con afectación clínica grave. La expectativa debiera ser ampliación de número de equipos y su generalización en las distintas CCAA

En Madrid, la experiencia de los análogos “equipos de apoyo socio-comunitario” (1 equipo formado por psicólogo, educadores y dos educadores sociales, en cada distrito sanitario-equipo de salud mental) rinde también muy buenos resultados, si bien asumiendo menos competencias y trabajando en estrecha colaboración con los equipos de salud mental

En cuanto a la hospitalización domiciliaria, es una experiencia más reciente, que consiste en atender en domicilio a personas en situación de crisis que eventualmente podrían requerir ingreso, cuando se puede contar con la colaboración familiar, a quienes también se apoya para la mejor atención al paciente. Existen estas experiencias en Castellón, Alcalá de Henares, Madrid Galicia, y proyectos en Cataluña

b) Iniciativas de empoderamiento de los pacientes/usuarios de los servicios, en línea con las propuestas del movimiento de recuperación, propiciando participación y protagonismo de los usuarios en las actividades de los servicios y en acciones comunitarias.

En España la recepción y extensión de esta nueva perspectiva (que algunos definen como nuevo paradigma) de comprensión y respuesta a los problemas graves de salud mental está siendo irregular, poco decidida, y un tanto controvertida. En parte por las propias controversias asociadas al término recuperación al que se han dado distintas acepciones. Por mi parte, sigo la línea que me parece más auténtica y prometedora también, que globalmente se resume bastante bien en dos publicaciones en castellano relativamente recientes, una de la AEN (3), otra de la AMRP (4). En un sentido se refiere a la actitud de los afectados por el problema, y su facultad para actuar en pro de su propia autodeterminación sin tener que atenerse a los dictados impuestos por los profesionales, y está detrás de cierto activismo social y político de usuarios, ex-usuarios y supervivientes de la psiquiatría. En otro sentido, que es sobre el que puedo opinar, se trata de abrir espacios donde el protagonismo de los afectados sea cada vez mayor, saliendo de los roles tradicionales de usuarios que cumplimentan los programas de terapia o de rehabilitación, para pasar a ocupar espacios de protagonismo, a menudo compartiéndolo con profesionales. Se trata de reconocer que hay dos fuentes y dos recorridos muy distintos para adquirir competencia en intervenciones en salud mental: la profesional, clásica, que se adquiere mediante formación académica; y la adquirida por experiencia propia, en primera persona, por haber vivido en propia carne la enfermedad y sus consecuencias, y haberlo afrontado y haber aprendido tanto de ello: Surgen así dos tipos de expertos (por formación académica, y por experiencia). El experto por experiencia está llamado a ejercer un mayor protagonismo en la vida de los servicios en los próximos años. Este protagonismo puede darse en la planificación, evaluación o en el desarrollo de programas de rehabilitación por ejemplo; o de formación. En algunos lugares del mundo se han establecido sistemas de formación complementaria y de acreditación para que estos expertos por experiencia propia puedan acceder a ser contratados para trabajar en dispositivos de salud mental, o en actividades de formación En este último aspecto, es destacable el proyecto EMILIA (5) Y en otros aspectos, me remito a dos que conozco más de cerca : el proyecto mentor, que se lleva a cabo en los programas de rehabilitación psicosocial de Carabanchel (5), y la experiencia EducaThyssen (6) – Son tipos de programas en amplia expansión, de los que

pronto merecerá la pena catalogar para extraer las mejores prácticas, y difundir para mayor extensión del aprendizaje

c) Frecuente oferta de apoyo-a las familias de pacientes más afectados, incluyendo los grupos multifamiliares. Estos programas están ampliamente extendidos, aunque siguen siendo insuficientes, pues a muchas familias no les llega ese apoyo. A resaltar los grupos de autoayuda (generalmente gestionados por los propios interesados, y sus asociaciones de familiares) y los grupos multifamiliares, generalmente promovidos y conducidos por profesionales, trabajan con grupos abiertos en los que participan afectados y familiares y allegados (7)

En mi opinión estas actividades están en momento de requerir evaluación y extensión, quizás de mejorar en lo posible la metodología, y facilitando máxima accesibilidad de los interesados

d)- Algunos programas de apoyo a las personas más afectadas como es la figura del asistente personal, aprovechando opciones que proporciona la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Apoyo a la Dependencia. La figura del asistente personal para promover y hacer efectiva en la práctica mayor autonomía y calidad de vida de personas con discapacidad derivada de problemas de salud mental, es una oportunidad muy desigualmente aprovechada en distintas comunidades autónomas, siendo Castilla -León y País Vasco las que lo han desarrollado de forma más clara y extensa.

Es importante señalar que esta figura tiene doble juego, pues por un lado es una prestación que puede proporcionar aspectos muy positivos para quien la recibe. Pero por otra parte es una oportunidad laboral para algunas personas que por efecto limitantes de problemas de salud mental ni pueden acceder a otros muchos tipos de trabajo, y sí pueden rendir bien como asistentes personales de otras personas con discapacidad

e) Algunos programas de atención a personas sin hogar: aun reconociendo que el verdadero tratamiento de este problema es erradicar la pobreza, valoramos como de gran compromiso y calidad algunos programas dirigidos a esta población, con formato muy comunitario y adecuado a las necesidades específicas de esta población

Al igual que sucede en tantas ciudades del mundo occidental, desarrollado y rico, la pobreza, los "sin hogar" forman parte del paisaje normalizado y aparentemente asumido sin mayor indignación por la mayoría de la población. Entre ello, los problemas de salud mental son muy frecuentes, y se presentan con alta prevalencia en estas poblaciones. Las respuestas dadas por nuestras administraciones están en la línea de las que se vienen produciendo en otras ciudades europeas, proporcionar atención mediante quipos de profesionales que trabajan en la calle, y se adaptan al máximo para responder a sus necesidades, a la vez que promueven activar los circuitos de inclusión, acceso a atención normalizada, a vivienda (prestigio cada vez mayor de los programas *housing first*), a trabajo, etc..

En la mayor parte de los casos los equipos de atención en salud mental a las personas sin hogar se organiza tipo ETAC de los que antes hablamos, y suelen ser muy cualificados. Mientras tanto, nuestra sociedad va generando más pobreza, más población en riesgo de exclusión..... ¿ seguiremos generando más equipos

especializados para tratar el sufrimiento mental de las personas que van quedando fuera de juego

f) La reciente reforma del Código Civil que modifica sustancialmente la protección jurídica de las personas con discapacidad por problemas de salud mental, Sin poder ahora entrar en detalles. La reciente modificación del Código Civil,, introduce cambios principalmente en lo que a principios y valores se refiera ; y cambios en las prácticas cotidianas, cuyos resultados habrá que valorar con el paso del tiempo

De momento damos la bienvenida a la adecuación de nuestra legislación a la Convención de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad (C de New York, de enero de 2006), y a los valores más claramente proclamados: frente a la tradicional hegemonía del "paternalismo", se erige el predominio de la autonomía, lo que implica la abolición del concepto de incapacidad y de la correspondiente tutela (el tutor decide por ti) `para reconocer la capacidad del discapacitado para tomar decisiones, y la obligación de que se le presten los apoyos que precise (a modo de curatela), con muy excepcionales excepciones

g) Iniciativas en pro de eliminación de prácticas coercitivas en las unidades de hospitalización (ej manifiesto de Cartagena – contención cero-) (8)

En consonancia con la necesidad de acentuar el cuidado por el respeto a los derechos de los pacientes cuando se encuentran en situaciones de crisis u otras formas de necesidad de tratamiento, y para contrarrestar, y poner fin, a la creciente tendencia al uso de medidas coercitivas (tales como contención mecánica o aislamiento, u otras formas de limitaciones de movimientos o privación de derechos, a uso de pertenencias, recibir visitas,...), una de las iniciativas más relevantes ha sido el promover cambios de actitud en los profesionales y los servicios hacia la consecución del objetivo "contenciones 0", como se plasmó en el llamado "manifiesto de Cartagena (suscrito por AEN-Profesionales de Salud Mental junto con la asociación de usuarios En Primera Persona, Veus, y Confederación Salud Mental España). En la misma línea cabría señalar el trabajo más sistemático y cuasi exhaustivo en la elaboración de un texto llamado "Cuaderno Técnico " sobre contenciones (9)

g) El vigor del activismo de usuarios y/o supervivientes. El activismo de los afectados se inició internacionalmente en los años setenta del siglo XX, y ha venido produciendo un rastro muy intenso de creatividad, compromiso, capacidad de aceptación (de uno mismo, del grupo, de las dificultades, de las posibilidades de desplegar vida más allá del diagnóstico, e incluso más allá la "enfermedad", aún cuando nunca sabemos si existe y en qué consiste). En nuestro ámbito, se ha venido generando una amplia producción literaria, de corte autobiográfico, y otras muchas manifestaciones muy creativas que dan cuenta de la vitalidad del movimiento de usuarios, es usuarios y superviviente de la psiquiatría (ej ENUSP, Primera Vocal, Orgullo Loco, Flipas, Activament....) mediante la generalización de los GAM (grupos de ayuda mutua), y acciones reivindicativas exigiendo respeto de derechos, cambios legislativos y distintas formas de trabajar por su autodeterminación y calidad de vida (10,11)

h) Programas activos frente al estigma. Ampliamente desarrolladas por todo el territorio, en las distintas CCAA, y con muy distinta calidad e impacto. Me parece

oportuno ahora señalar que existe una cátedra contra el estigma en la Universidad Complutense de Madrid que ha convocado y resultado los dos últimos años un premio académico al mejor TFM desarrollado en esa Universidad dedicado a investigar alguno de los diversos aspectos del estigma

i) Actividades preventivas. Tan ampliamente proclamadas (por su relevancia), y reclamadas, como escasamente puestas en práctica. Sin poder tampoco entrar ahora en detalle, valga como muestra del poderoso impacto que pueden llegar a tener, esta reciente revisión que nos recuerda que el sufrir violencia o distintos formas de abuso durante la infancia puede multiplicar (por 2, por 3 o incluso más el padecimiento de psicosis u otros trastorno graves años más tarde; y que evitar el abuso y violencia a los niños podría reducir al 50% la patología mental grave en jóvenes y adultos (<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-06-13/por-que-las-enfermedades-mentales-se-pueden-prevenir.html>)

2.2 En la zona oscura de sombras reconocemos

a) La escasa dotación e implantación de dispositivos y programas de atención a problemas de salud mental de niños y adolescentes. De tremenda importancia, que no entro a considerar en detalle por ser motivo de una ponencia específica. Si bien no dejaré de señalar que uno de los efectos más potentes de la pandemia y su huella en el sentir de la gente y en el imaginario de tanta gente es que puso de manifiesto el alto grado de sufrimiento (emocional, mental) de niñas niños y adolescentes, que se ha puesto de manifiesto con la exacerbación de morbilidad en la dimensión salud mental, con especial relevancia en aumento de autolesiones, conductas y gestos autolíticos

b) Carencia de programas de atención a personas mayores, - Existen muy escasos programas específicos para atención a personas mayores con problemas de salud mental

c) Las malas condiciones de habitabilidad de la mayoría de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general, donde predominan prácticas coercitivas injustificables, además de una cada vez más reconocida deshumanización (o así me parece deducir de las constantes apelaciones por parte de administradores, políticos y gestores a trabajar por la “humanización” de las unidades) ej cuando se despoja de todas sus pertenencias al apaciente, las barreras a las visitas familiares y a la cooperación de las familias y allegados en la marcha de la unidad. Por algo entre los usuarios “concienciados” se reclama cada vez más el que puedan disponer de acceso a “unidades de atención en crisis” no medicalizadas, fuera del hospital. Detrás de esta reclamación hay una cuestión conceptual de gran calado: las descompensaciones psicopatológicas, los episodios psicóticos, ¿se entienden y se atiende mejor desde la perspectiva de la enfermedad, o desde la perspectiva de la “crisis personal”?. En mi opinión es necesario un amplio debate sobre esta cuestión para redefinir el tipo de dispositivos que mejor pueden ayudar a la recuperación del sujeto/ paciente

d) El abandono de la atención a la salud mental de la población incluida en el circuito penal penitenciario, problema del que nos venimos ocupando hace años, con reciente actualización y al que desde Euskadi se están produciendo algunas aportaciones interesantes, aunque muy lejos de dejar bien resulta la cuestión

e) Persistencia de formas de discriminación y procesos de exclusión

f) Graves problemas en atención a patología dual (trastorno mental y dependencia -abuso de sustancias), problema en el que ahora no entramos

2.3 En una amplia penumbra de claroscuros podemos identificar :

a) La situación del acceso al trabajo de pacientes con discapacidad derivada de problemas de salud mental: las escasas experiencias de inserción laboral del colectivo afectado por discapacidad derivada de problemas de salud mental. Lo sitúo en zona de " claroscuros " porque aunque el colectivo de personas con discapacidad derivada de problemas de salud mental sigue siendo el menos insertado laboralmente, están creciendo los intentos por salir de este abandono, y disponemos cada vez más de experiencias que demuestran la viabilidad de que estas personas se mantengan laboralmente activas (16,17) : Algunas experiencias de incorporación de personas en procesos de recuperación por problemas de salud mental a trabajo remunerado (sean formatos de trabajo con apoyo, centros especiales de empleo, o trabajo normalizado.. si bien es un terreno plagado de sombras, pues predominan las barreras de acceso y hay escasísima población trabajando

b) Las intervenciones psicoterapéuticas, con riesgo de asfixia ante la falta de apoyo institucional para garantizar estas prestaciones, devaluadas a los ojos de muchos gerentes que prefieren facilitar la opción farmacológica, por ser de más fácil gestión, a pesar de su carestía y riesgos de daños / iatrogenias. Va dándose un goteo de provisión de recursos para intervenciones psicoterapéuticas, pero el discurso, el criterio gerencial sigue imponiéndose, de modo que es más probable que se proporcione acceso a nuevos psicofármacos aunque el precios se exponencialmente mayor que los anteriores y el beneficio terapéutico frente a ellos sea poco claro o inexistente. Sin embargo, facilitar nuevos recursos psicosociales o de psicoterapia sigue encontrando muchas barreras para su puesta en marcha (19-20)

c) Aquellos programas o intervenciones de rehabilitación psicosocial, afectados por la rutina, y la des subjetivización de las tareas que obvian la implicación activa de los interesados. Muy poco centrada en la persona, sus necesidades, recursos, aspiraciones, proyectos y contexto

La rehabilitación psicosocial ha sido, y sigue siendo, una gran aportación (en el área técnica-organizativa, y también en cuanto a valores principios se refiere) para entender y atender las necesidades de los pacientes, las personas problemas de salud mental graves y persistentes, a nivel internacional; y también en España El desarrollo de esta dimensión de la atención ha contribuido a `proporcionar "ciudadanía ", acceso a vida "normalizada" a varios miles de personas, procedentes de atascos y atrapamientos psicóticos de diversa entidad. Y nos felicitamos por ello y aprendemos. Pero también es cierto que persisten, a través de la geografía hispana, otras muchas actividades rutinariamente.. definidas como de rehabilitación, que manteniendo formatos de soporte -apoyo inespecífico a personas con funcionamiento psicosocial precario, repiten sin apenas variaciones rutinas o educativas que están muy lejos d conectar con los verdaderos intereses y motivaciones subyacentes de las personas a quienes se dirigen. Han hecho del mantenimiento de las actividades su objetivo principal y a menudo único; y parecen haber dimitido del compromiso intersubjetivo y contextualizado de la

actividad profesional rehabilitadora,. Decimos entonces, en esos casos, que esa rehabilitación es a-biográfica (se desinteresa por la biografía de los pacientes y a-narrativa (por la misma razón), y no debiera llamarse propiamente rehabilitación.

Aún hay otros aspectos inquietantes en el área de la rehabilitación psicosocial: lo encontramos en aquellos dispositivos de rehabilitación en contexto de hospital (ej las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, o de Tratamiento y Rehabilitación como también se denominan en otras ocasiones. Importa señalar el hecho de que en algunas CCAA (ej en Madrid) se accede a ellas cada vez de forma más frecuente mediante ingresos involuntarios, con su correspondiente autorización judicial Y nos preguntamos: ¿ qué grado de artificio, de autoengaño o de distorsión del lenguaje y de los conceptos estamos haciendo, cuando ingresamos bajo tutela judicial, involuntariamente a un sujeto para que voluntariamente haga todo lo posible por sacar lo mejor de si mismo, y con los demás, en pro de su recuperación? Cuando uno explora un poco la realidad subyacente, pronto encontramos el déficit de atención ambulatoria, la escasez de programas de atención intensiva en la comunidad, por lo que ante la “cronicidad” de los problemas los clínicos, y los familiares, etc,.. miran hacia remedios coercitivos de aislamiento y control si bien con la esperanza de que una vez allí dentro opere la magia y el sujeto encuentre su mejor camino de recuperación (a veces, sucede). Aquí tenemos otro motivo para pensar quequeda mucho por hacer ...y por des-hacer

3 Observaciones particulares y reflexiones sobre nuestro quehacer en el mundo complejo: lo que pretendimos, lo que nos encontramos, y la que se nos viene encima

La mayor parte de lo expuesto en el texto de esta ponencia pretende una aproximación a los resultados del “gran proyecto” de desinstitucionalización y construcción de redes de servicios de salud mental comunitarios. Pero la segunda mitad del siglo XX y principios de XXI se han ido produciendo cambios muy significativos en la sociedad, modos de vida, valores y principios reguladores, novedades tecnológicas de gran impacto social, que han influido/ están influyendo de forma potente en el lugar y las funciones de la psiquiatría (y de la psicología clínica y de las profesiones afines) y de la salud mental. Imposible entrar al detalle, pero creo imprescindible señalar rasgos y dirección a la que apuntan los cambios, los problemas y las oportunidades, quizás. En síntesis

3.1 La psiquiatría y la salud mental, de forma distinta, y eventualmente confundidos como si fueran una misma cosa, se ha venido viendo abocada a asumir el encargo social de “curar” las supuestas enfermedades derivadas de tantas insatisfacciones, incumplimientos de falsas promesas de felicidad y sueños rotos (el “engaño consumista”), hastíos y sufrimientos, cuando no los efectos de la explotación económica en los contextos de trabajo, de la violencia física (incluida la de genero), o tantas formas de violencia simbólica (como las distintas formas de acoso, sean en vivo y en directo o mediante ciberacoso.). Lo que caracteriza a nuestra época no es solamente el tipo de conflicto, y de y modos y

maneras de sufrir del hombre y la mujer contemporáneos, que tiene un indudable interés antropológico y político, sino la vigencia de potentes procedimientos de "alquimia", conceptual, gramatical, semántica, que tienen como resultado final que los efectos de estos conflictos en el sujeto individual se rotulan como síntomas de enfermedad, de enfermedad mental (sea depresión, trastorno adaptativo, fobias, ...). De este modo se produce y se concreta la "medicalización" y la "psiquiatrización" de los conflictos sociales (y económicos y políticos). El fenómeno es complejo y cuenta con amplia bibliografía que lo describe y analiza (21.24). Quizás, por el momento nos sirve de guía conceptual los siguientes aspectos:

a) Después de muchos años con escasas novedades farmacológicas, 30 años después de que los primeros neurolépticos y antidepresivos vinieran en auxilio de la nueva psiquiatría, que quería ser más científica y más democrática y moderna, también, el Prozac y los nuevos ISRS vinieron en su auxilio; no sin tributo añadido y quizás cierta dosis de engaño y trampa. Los nuevos "antidepresivos" encontraron amplias y acumulativas indicaciones en el amplio espectro de las quejas: depresión, ansiedad, fobias, obsesiones, temores, duelos, impulsividad, viejas y nuevas adicciones: a las compras, el sexo, internet, o a los videojuegos.

b) Hegemonía de la cultura DSM, con su inevitable comorbilidad, banalización diagnóstica y psiquiatrización de tantos problemas del vivir, ha logrado crear la ilusión de que conocemos, acotamos, identificamos (en categorías diagnósticas) y tratamos los problemas, con "limpieza quirúrgica", sin despeinarnos, sin tener que avivar la reflexión, la indagación experiencial ni navegar por la siempre incierta hermenéutica, para aquilatar el sentido y significado de lo vivido y de los "síntomas" ; basta categorizar, y "aplicar el algoritmo".

c) Pronto se desarrolló una epidemiología *ad hoc* que nos hizo ver que casi la mitad de la población padecía síntomas que cumplían criterios diagnósticos en alguna categoría DSM – instrumento esencial para la nueva "cultura" psiquiatrizada. Y simultáneamente, una epidemiología que hacía ver que al médico de atención primaria le llovían las depresiones "mitigadas" y una amplia variedad de trastornos entre sus consultantes, que no llegaba a reconocer. Pronto la alianza academia -industria les fue ayudando a ver el amplísimo escenario para desplegar el cada vez más diversificado arsenal farmacéutico para repartir entre las y los atribulados consultantes de atención primaria que podrían beneficiarse de la nueva química

d) Todo ello en un contexto, reiteradamente bautizado como neoliberalismo, caracterizado por progresiva individualismo, además de consumismo, competitividad, escaso prestigio de la solidaridad, retirada de las viejas instituciones de amparo-ayuda, desde la familia a las organizaciones sociales y sindicales. El resultado, haciendo un poco caricatura, es que el hombre o la mujer se quedan solos, más solos que la una, en lo que Robert Castell, denominó individualismo en negativo (frente a la romántica exaltación del viejo individualismo liberal). Hasta el momento, la psiquiatría, sin haber dimitido del todo, no ha sabido, no ha podido plantear respuestas de validez poblacional, de modo que como recientemente afirmaba la escritora Marina Perezagua en otro artículo reciente, "la psiquiatría ha llegado a la conclusión de que es más fácil cambiar al individuo que cambiar el mundo, aunque esto signifique medicar a una persona sana para que se

ajuste a un mundo enloquecido" (<https://elpais.com/opinion/2022-06-18/teta-que-la-mano-no-cubre.html>)

e) Y en medio de todo, encontramos una interesada alianza entre Universidad e Industria Farmacéutica, compartidos como el desinterés por la psicopatología, y por la investigar la dimensión psicosocial del sufrir o del enfermar mental: se entregan con entusiasmo a la producción de nuevas moléculas que puedan tener acomodo en el mercado (complementariamente al *mongering* (producción de nuevas "enfermedades", al menos nuevos rótulos diagnósticos a los que dirigir los nuevos fármacos), con muy marcados intereses en su proyección en el mercado. Las medias verdades, los silenciamientos de efectos negativos o de yatrogenia asociada al uso continuado de los fármacos, y al no uso de otras formas de tratar (psicoterapia, intervenciones psicosociales) incluso los engaños y sesgos múltiples. van siendo desvelados con desigual escándalo. Una de sus derivas más evidentes el haber suplido la intervención comunitaria por la ampliación del mercado del psicofármaco hacia esos territorios "comunitarios" al hacer la psiquiatría más cercana a la comunidad, hasta el punto de que muchos analistas consideran que la salud mental comunitaria ha consistido principalmente en poner la "solución farmacológica" al alcance de la población general para mitigar los efectos del vivir, cuando vivir duele, desconsuela o agota

Y también a considerar el efecto deletéreo de la alianza entre Universidad e industria farmacéutica que tienen hegemonía en muchos ámbitos de la formación de ellos profesionales, y genera identidades profesionales incapaces de operar en el contexto comunitario

2 Sobre los determinantes sociales de la salud, tan importantes en salud pública y salud general apenas han sido tenidos en cuenta en la planificación de servicios, ni en la formación de los profesionales, a pesar de su relevancia en salud mental, ya que aquí la permeabilidad hacia aspectos del contextos socioculturales son cruciales (tanto o más que la alimentación, higiene para salud general), como es la provisión de afectos, abusos y negligencias

2 a) Una particularidad es la vigencia en atención a salud mental, tanto o más que en atención primaria o en otros contextos de atención, de la llamada ley de cuidados inverso. Formulada por Tudort Hart en 1971 en contexto de atención primaria (T Hart y su mujer ejercían en contexto rural inglés) que respondiendo sin más a las demandas de atención según se fueran produciendo, los profesionales y los servicios acaban prestando más y mejor atención y cuidados a quienes menos lo necesitan. Hoy sabemos que estos quizás reciban otro tipo de daño, por exceso de exploraciones, pruebas o tratamiento innecesarios (iatrogenia). La desatención de la ley de cuidados inversos está detrás de la existencia de tantos grupos en circunstancias de exclusión que reciben la peor atención aun cuando sean quienes más lo necesitan (ej población sin hogar y con enfermedad mental o población en el circuito penal penitenciario)

2.a) Otra particularidad es la iatrogenia que puede derivarse de confundir psiquiatría (atención clínica a las personas con problemas- trastornos mentales) y la salud mental, como área que se interesa por la promoción y la atención a la vulnerabilidad, que requiere la implicación de otras muchas agencias distintas de la sanitaria Tratar una función o circunstancia vulnerable como si se tratara de una enfermedad es una forma de iatrogenia de efectos difíciles de calcular

4 Algunas Propuestas.

Espero que, leyendo entre líneas se adviertan propuestas implícitas a lo largo del texto (reforzar buenas prácticas, evitar iatrogenias, no regatear esfuerzos en la defensa de los derechos de los pacientes usuarios, mantener espíritu crítico, rigurosos y comprometido con las necesidades de los pacientes, especialmente, os más graves, los más vulnerables y con quienes viven en mayor precariedad). En cualquier caso, me interesa proponer explícitamente algunas líneas a cuidar especialmente de cara al futuro:

- **Hemos de** redefinir las dimensiones y contenidos de los saberes y las prácticas relativas a la salud mental, rescatando lo mejor de la Psicopatología Relacional (25), y activar el necesario diálogo ampliado (a 6 interlocutores, hexálogo) entre profesionales, pacientes usuarios de servicios, familiares afectados, población general, gestores y responsables de servicios públicos, universidad y centros de investigación, medios de comunicación y las posibles alianzas entre sí para llevar a la práctica los cambios (26)
- Rescatar la investigación sobre psicopatología psicosocial-relacional, Investigación clínica, epidemiológica y cualitativa, de forma diferenciada de los intereses de la Industria. Y no perder de vista nuestro compromiso de equidad y eficiencia, más allá del consumismo (27)
- Dar empuje, aliento y fundamento (clínico y epistemológico) a las prácticas enroladas en la óptica de la recuperación, dando máxima relevancia al desarrollo del experto por experiencia y a una cultura mestiza de profesionales y usuarios, muy prometedora (28)
- Y no olvidar ampliar ese mestizaje a otras áreas de creatividad, como es el encuentro de la clínica de lo mental, de lo "psico", y las artes y la literatura, como son los seminarios de "escritura y psiquiatría " que desarrollamos en la Universidad Carlos·3·, o nuevas exploraciones sobre formas de ser y de experimentar la existencia, como es el caso de las indagaciones acerca del "yo disidente", en la vida, en la literatura y en la psicopatología (29)

Bibliografía

- 1 Desviat M (1994) La reforma psiquiátrica. Madrid DOR
- 2 Hernández Monsalve M. (2000) Los programas de tratamiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿ y algo más?. En Rivas F. La psicosis en la comunidad. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría
- 3 Hernández Monsalve M.(2017) La Rehabilitación Psicosocial entre la Desinstitucionalización y la Recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2017; 37(131): 171-187-(Dossier La Recuperación a debate)
4. Maone A, D'Avanzo B (2015). Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental Madrid.. Psimática
- 5 Rosillo M.(2018). La experiencia del apoyo mutuo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el "programa mentor" del servicio. Norte de Salud Mental, 2018; vol 15, num 59 : 103-114
- 6 Abad A, Diaz N, Ferreras N, Gamoneda A, Hernández M, Salazar M, Simó S(2021) Museo, Arte, cultura. como escenarios y recursos para el bienestar y la participación Experiencias de recuperación en salud mental. Madrid. Museo Nacional Thyssen Bornemisza.
- 7.Salomón J, Simond HD (2013). Grupos de terapia multifamiliar ¿ qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen? Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid
- 8 Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción (2016). <https://amsm.es/2016/07/04/manifiesto-de-cartagena-por-unos-servicios-de-salud-mental-respetuosos-con-los-derechos-humanos-y-libres-de-coercion/>
- 9 Bevia B, Bono A(coord.(2017) Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en las personas que utilizan los servicios de salud mental Cuadernos Técnicos 20 AEN- Profesionales de Salud Mental. Madrid
- 10 Xatrxar CAM, Rojo H (2018). Otra mirada al sistema de salud mental. Una manera de entender el conflicto. Descontrol Barcelona
- 11 Hernández Monsalve M, Herrera Valencia R (2003) Atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- 12 Hernández Monsalve M (2011) Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. Rev Documentación social. Madrid
- 13 Hernández Monsalve M (2020). Salud Mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post covid-19. Norte de Salud Mental 2020;17 (63): 38-46
- 14 Markez I, Pérez E, Pareja V. Género y adicciones en el mundo penitenciario. Rev De la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2022; 42 (140): 169-186
- 15 Pérez Martínez E, Hernández Monsalve M (2022). Alternativas al encarcelamiento de personas con problemas de salud mental. Experiencias internacionales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2022 42 (140): 251-270
- 16 González D.(2008) La Fageda. Historia de una boguería. La Magrana
- 17 López Sanchez L (2021). La inclusión laboral de persona con trastorno mental grave en la región de Murcia: el proceso Euroempleo.Murica. Servicio Murciano de Salud
- 18 Lopez Alvarez M (2021). Mirando atrás para seguir avanzando.Barcelona Herder
- 19 Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Veja (1997). Psicoterapia

- en el sector público. Un marco para la integración. Madrid Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental
- 20 Hernández Monsalve M, Nieto Degregori P y cols (2011). Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Grupo 5. Madrid
- 21 Fernández Liria A (2018). Locura de la Psiquiatría. Desclée De Brouwer. Bilbao
- 22 Cipriano P (2019). Las metamorfosis de la Psiquiatría. Enclave de Libros. Madrid
- 23 Saraceno B (2020). La pobreza de la psiquiatría. Herder Barcelona
- 24 Davies J (2021). Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental. Madrid.Capitán Swing.
- 25 Tizón García JL (2018, 2019) Apuntes para una psicopatología basada en la relación I., II,III. Herder. Barcelona
- 26 Rodríguez Pulido F, Hernández Monsalve M (2021). Un plan de acción urgente para la atención a la salud mental del país: un acuerdo para el bienestar de las personas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2021; 139: 9-14
- 27 Hernández Monsalve M (1998). Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En Neoliberalismo vs Democracia. Alvarez Uria comp. Madrid. La piqueta
28. Huerta R.(2020) Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos. Madrid. Catarata.
- 29 Martínez Pérez –Canales AM, Hernández Monsalve.(2015) Literaria(mente). El yo disidente. Ed UNO

La enfermedad mental
Luces y sombras
Algunas propuestas

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra

XLI Cursos de Verano UPV/EHU

Donostia 7-8 julio 2022

- o 1. Reforma psiquiátrica . Claves . Proceso
- o 2. Luces de las reformas
- o 3. Sombras, zonas oscuras
- o 4. Claroscuros
- o 5. Cierta balance: aciertos , errores, omisiones
- o 6. ¿ Donde nos llegamos ? Panorama, mapa conceptual y de campo
- o 7. Algunas propuestas

Sistemas de atención a la salud mental

Hospital
psiquiátrico



Centro de
Salud mental

Unidad en
hospital
general

Continuidad de cuidados en la red de atención a la salud mental



Luces

- Programas y equipos “**Tratamiento Asertivo Comunitario**”
 - Apoyo e intervención con **familiares**
 - Atención salud Mental a personas **sin hogar**
 - Modificación Código Civil, **abolición de la incapacitación**
- Manifiesto de Cartagena- **Pro-contenciones 0**
- **Activismo de usuarios**, además del tradicional de las familias
 - Acciones **antiestigma y antidiscriminación**
- Empoderamiento/responsabilización de usuarios-
”recuperación”

Recuperación es desarrollo
de un nuevo significado y
nuevos objetivos en la vida
personal , más allá del
impacto de la enfermedad
mental

El objetivo del proceso de recuperación no es el de alcanzar la normalidad, el objetivo es el de aceptar nuestra vocación de ser más profunda y completamente humanos

Es un viaje personal que lleva a cabo el individuo para llegar a conseguir el control de su vida , o un proceso a largo plazo para ser más humano a pesar de las limitaciones personales o de las situaciones traumáticas vividas

***“ La recuperación
sólo tiene lugar
cuando las
personas tiene un
rol activo en la
mejora de sus
vidas”***



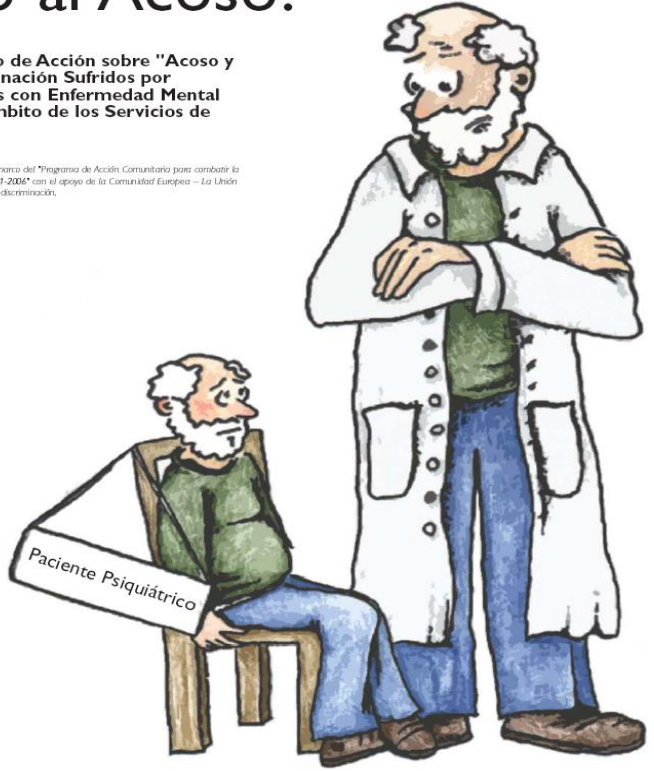
**“ A veces tú piensas
en su enfermedad...”**



¡No a la Discriminación, No al Acoso!

**Proyecto de Acción sobre "Acoso y
Discriminación Sufridos por
Personas con Enfermedad Mental
en el Ámbito de los Servicios de
Salud"**

organizado en el marco del "Programa de Acción Comunitario para combatir la
discriminación 2001-2006" con el apoyo de la Comunidad Europea - La Unión
Europea contra la discriminación.



© Jesús Bermejo / 2004



La información contenida en este poster no refleja necesariamente la posición u opinión de la Comisión Europea

**.....y ellos
piensan en sus
vidas”**

¡ CAMBIO DE FOCO !

Tiempo de

ALIANZA

Entre

LOS EXPERTOS EN PSICOSIS EN PRIMERA PERSONA
– sabiduría subjetiva–

Y LOS PROFESIONALES -recursos “tecno”-



RADIO NIKOSIA
LA REBELIÓN
DE LOS SABERES PROFANOS

MARTÍN CORREA-UNGUETA

otras cosmovisiones, otros territorios para la lectura



RADIO NIKOSIA
LA REBELIÓN
DE LOS SABERES PROFANOS

MARTÍN CORREA-UNGUETA

otras cosmovisiones, otros territorios para la lectura



A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría



GUÍA PARTISAM

promoción de la participación y autonomía en Salud Mental



CUADERNOS TÉCNICOS, 17

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría



GUÍA PARTISAM

promoción de la participación y autonomía en Salud Mental



CUADERNOS TÉCNICOS, 17

**.....y ellos
piensan en sus
vidas”**

PARELLES ARTÍSTIQUES. 2011-2012
Experiències creatives per la salut mental











Los 5 elementos clave (Farkas 2014)- “*CHIME*”

- o **CONEXIÓN**
- o **(Hope) Esperanza-EXPECTATIVAS +++**
- o **Trabajo sobre la IDENTIDAD**
- o **(mening).. NUEVOS SIGNIFICADOS**
- o **EMPODERAMIENTO**

Programas empíricamente validados ..resultados CHIME

- o **APOYO PARES** – informal y FORMAL- incorporados como **profesionales** a los servicios
- o Ejercicio de **VOLUNTADES ANTICIPADAS**
- o Manejo de enfermedad (“illness management”)
- o WARC.... Programa- **plan de acción ACORDADO**

Programas empíricamente validados ..resultados CHIME

- o PUNTOS FUERTES
- o REFOCUS
- o ESCUELAS RECUPERA (“colleges recovery”)
- o TRABAJO CON APOYO
- o Aljamiento - HOGARES
- o TRIALOGO
- ---- -- CONSTRUIR LA **COMUNIDAD RECUPERA**

Sombras

- o Salud mental de **niños y adolescentes**
- o Salud mental de **ancianos**
 - o Escaso desarrollo de **actividades preventivas**)
- o Abandono de salud mental población de circuitos penal penitenciario.

Claroscuros

- o Mala **integración** laboral de persona discapacitada por trastorno mental
- o Intervenciones **psicoterapéuticas** y **psicosociales** a la baja
- o Algunas rutinas y prácticas poco “rehabilitadoras” a-narrativas, a-biográficas ¿ Es posible la rehabilitación involuntaria ?
- o Las **unidades de hospitalización**
- o Los **derechos**

.

¿Balance ?

- o Resultados parciales positivos de la *REFORMA* con muchas insuficiencias
- o Salud Mental está hoy en la “agenda política” ¿? , se dice que entre las prioridades sociales .
- o PERO
- o ¿ Con qué valores, qué instrumentos, qué perspectiva ENTRE LA CLÍNICA Y LA SALUD MENTAL ?

¿ dónde estamos?. Panorama a día de hoy

- o Mientras estábamos en “la reforma” , se fue produciendo cambio cultural, y sociopolítico con importantes efectos en el porvenir de lo “mental
- **Consumismo de productos psico**, según ficción modelo biomédico, DSM , con alianza industria farmacéutica-academia-asociaciones profesionales.
- **Medicalización de los problemas sociales y del vivir**, junto a despolitización , desmovilización del lazo social
- **Sociedades más desiguales / desatención a los determinantes sociales de la salud (mental)**

Algunas propuestas (1)

- o Afianzar los aciertos, las luces. Expansión de estos programas, con especial énfasis en propuestas de **“recuperación” e implicación de usuarios**. Y atentos a posibles novedades :
- o ej Dialogo abierto,
- o **Hogares de atención a crisis**
- o ¿ recatar modelo Trieste con **CSM 24 horas/7/365** , o desarrollar las propuestas del modelo PAS ?
- o Activar el **hexálogo**

Propuestas (2 Saraceno 2017-2020)

- o 1. Reconocer el papel de los **usuarios** en la concepción organizativa de los servicios
- o 2. Reconocer el papel de la **comunidad** como socio y generador de recursos y acciones integradas en las de los servicios
- o 3. Reconocer la necesidad de buscar **alianzas más allá del sector sanitario paratrabajar SALUD MENTAL**
- o 4- **Superar el modelo de relación médica exclusivamente individual**
- o 5. Desplazar el eje de la intervención clínica a la **psicosocial**

POSTPSIQUIATRÍA-psiq crítica- democrática



Postpsiquiatría

En el seno de la *psiquiatría crítica*

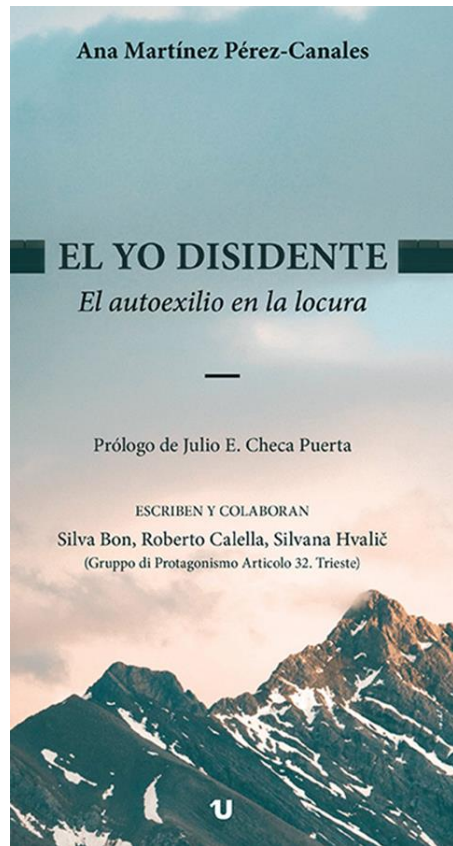
Hermeneútica

Contextos

Recuperación

Narrativa –Terap expresivas

“en construcción”



El yo disidente , versión literariaversión psicopatológica "en construcción"







iiiiiiiiiiiiing...!

