

BOLETÍN COMUNICACIONES



XI CONGRESO ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL 19 Y 20 DE ABRIL, 2018

cuidan
cuidado
cuidad
cuidas
cuidador
cuidarlas
cuidadno
cuidarse
¿cuidamos

cuidar
cuidados
cuido
cuidamos
cuidáis
cuidemos
cuidadoras
cuidando
cuidan

cuidemos
cuidadoras
cuidando
cuidan
cuidado
cuidad
cuidas
cuidador
cuidarlas

cuidar
cuidados
cuido
cuidamos
cuidáis
cuidemos
cuidadoras
cuidando
cuidan

cuidan
cuidado
cuidad
cuidas
cuidador
cuidarlas
cuidadno
cuidarse
¿cuidamos?

cuidan
cuidan
cuidad
cuidas
cuidado
cuidarla
cuidadno
cuidarse

COMUNICACIONES LIBRES

**BOLETÍN
COMUNICACIONES**

**XI CONGRESO
ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL**

19 Y 20 DE ABRIL, 2018

21. CIUDADANÍA Y SALUD MENTAL: HACIA UNA ATENCIÓN BASADA EN DERECHOS

Francisco José Eiroá-Orosa
Universidades de Barcelona y Yale
Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona
fjeiroa@gmail.com, feiroa@ub.edu

EL ESTADO DE LAS REFORMAS

Desde la década de 1950, diversos actores han establecido debates sobre las implicaciones ideológicas en la práctica de las profesiones de salud mental. Uno de estos actores, el movimiento antipsiquiátrico, fue el responsable de llevar estas ideas al mundo de la práctica hospitalaria, abriendo una brecha que facilitó la apertura del proceso de desinstitucionalización (1). Los diferentes procesos de desinstitucionalización, comenzando por el fin de la reclusión hospitalaria, se centraron en dar derechos y la posibilidad de elección a los pacientes, que empezaron a recibir atención dentro de sus comunidades. Sin embargo, estos procesos adolecieron de deficiencias relacionadas con la complejidad de desarrollar intervenciones apropiadas y escasez de fondos. Por ello, la introducción de servicios comunitarios en todo el mundo, y la participación inicial de los usuarios en el diseño de algunas políticas no condujeron directamente a la integración comunitaria ni a la membresía social de los pacientes hospitalizados que pasaron a ser tratados en comunidad. En algunos casos, incluso condujo a su incorporación a la población de personas sin techo (2).

A raíz de las sinergias creadas entre las reivindicaciones de las personas con problemas de salud mental, sus familiares, y profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial, nace a principios de los años 90 el movimiento de la Recuperación (3), que defiende el paso de la visión de remisión sintomática hacia un proceso personal e idiosincrático basado en la esperanza (4). Además de la integración de personas con experiencia propia como profesionales como característica identitaria (5), este movimiento se diferencia de las diferentes tendencias de rehabilitación psicosocial, por proponer una nueva reforma total del sistema de salud mental, también en dispositivos hospitalarios (6), a través sobre todo del aumento del protagonismo de los usuarios y sus familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Algunas de las estrategias de los profesionales de la salud mental a la hora de trabajar desde el modelo de la Recuperación han sido la separación de la persona del diagnóstico, la exploración de las necesidades de la persona, la exploración y atención a su estilo de autonomía, la negociación de planes personalizados de recuperación, la exploración de las dinámicas de poder que se dan entre profesional y usuario, la reducción de las coerciones y el trabajo en equipo, entendiendo a la persona en tratamiento como parte de este (7).

A pesar del relativo éxito de este movimiento en el ámbito anglosajón, el impacto de este modelo en el Estado Español es reducido y podríamos decir que generalmente ha llegado a los dispositivos en los que ya se manejaban ideologías similares. Sin embargo, desde los dispositivos de orientación biomédica, la recuperación se ha percibido como una “nueva moda” de lo comunitario sin impacto alguno sobre las prácticas diarias. En cuanto a la implantación de figuras profesionales con experiencia propia, todavía se están produciendo las primeras experiencias y en ningún caso han sido reconocidos como profesión sanitaria.

CIUDADANÍA Y DERECHOS EN SALUD MENTAL

El enfoque del modelo de la Recuperación es un paso importante en el proceso de mejora de la asistencia en salud mental. Supone una excelente justificación teórico-práctica para alejar la atención en salud mental del enfoque exclusivamente basado en diagnósticos que deben conducir unívocamente a tratamientos enfocados a la remisión sintomática. Sin embargo, las críticas planteadas por muchos movimientos de usuarios (8), enfatizan la necesidad de estructurar ideas menos vulnerables a la “colonización”. Esto es, el concepto de recuperación ha sido adoptado por muchos proveedores de servicios que desean renovar su imagen adoptando un lenguaje políticamente correcto. Sin embargo, esta adopción no ha ido más allá del uso de algunos términos y no ha cambiado la práctica diaria. Muchos profesionales anglosajones han dejado de decir “enfermo” para decir “no recuperado”, pero el paternalismo y la coerción no ha disminuido ostensiblemente en muchos de estos dispositivos. De hecho, el término recuperación se utilizó en las campañas para la implementación del tratamiento ambulatorio involuntario.

Por ello, en este trabajo planteamos un cambio de paradigma para que el trabajo en salud mental deje de estar centrado en la curación y pase a estar centrado en el fomento de la plena ciudadanía de los y las usuarias de servicios de salud mental, entendiendo como la recuperación o, en muchos casos, en que las personas han pasado por largas historias de institucionalización, la instauración de un rol de ciudadano de pleno derecho. Para ello, es necesario el paso de la concepción de la atención en salud mental desde la perspectiva que concibe al usuario como objeto de cuidado y política asistencial, a la perspectiva de un modelo que conciba a la persona como sujeto de derechos.

El fracaso de modelos de integración social basados en objetivos cuantificables como la consecución de vivienda o trabajo, que no conseguían que las personas se sintiesen parte de la comunidad en la que se “reintegraban” ha producido procesos de reflexión que han llevado a redefinir viejos planteamientos y encontrar nuevos conceptos (9). El concepto de ciudadanía (10) se ha utilizado en procesos de empoderamiento como marco para abrir oportunidades de participación social a miembros de grupos estigmatizados (11), a través de intervenciones con diversos grados de estructuración que han mostrado eficacia en diversos contextos (12). En estos programas, en lugar de concebir a los individuos con trastornos mentales como problemas que deben abordarse mediante la intervención de otros, se les considera expertos en estos problemas y dificultades y, en consecuencia, los principales responsables en la identificación de soluciones. La tarea central de los profesionales que trabajan desde este paradigma es involucrar a personas sin hogar, adicciones y trastornos mentales en la redefinición de sus desafíos en sus propios términos.

Los procesos de investigación que han llevado a estos conceptos han utilizado metodologías de investigación-acción participativa (13) en los cuales, a través de técnicas cualitativas de recogida de información, se han identificaron siete dimensiones de ciudadanía que han sido contrastadas de manera cuantitativa: Responsabilidades Personales, Gobierno e Infraestructura, Cuidado de uno mismo y de los demás, Derechos Civiles, Derechos Legales, Elecciones y Compromiso comunitario. Estos elementos se han implementado en programas de intervención donde la sintomatología de las personas pasa a segundo plano, y el abordaje de las dimensiones ciudadanas de las personas son los elementos activos de su recuperación (12).

DE LA RECUPERACIÓN A LA CIUDADANÍA

Una de las críticas planteadas al modelo de la recuperación ha sido que la medida nomotética de la recuperación a través de indicadores cuantitativos han convertido la voluntad de implementar un modelo basado en la idiosincrasia, en uno homogeneizador. Además, como hemos dicho, estos indicadores han sustituido a otros que medían malestar sin implicar necesariamente una transformación del modelo de intervención.

La propuesta del modelo de ciudadanía propone el trabajo sobre cinco dimensiones principales, que en inglés son 5 rs (4 rs y una d en castellano):

- Rights - Derechos
- Responsibilities - Responsabilidades
- Roles
- Resources - Recursos
- Relationships - Relaciones

De este modo, en lugar de pensar que un éxito terapéutico debería ser un paciente asintomático, deberíamos pensar en que el objetivo de intervención en salud mental (a cualquier nivel asistencial, desde el ingreso a la rehabilitación, pasando por los servicios ambulatorios) sería fomentar personas capaces de ejercer sus derechos, asumiendo sus responsabilidades. Que sean capaces también de recuperar o desarrollar nuevos roles: conductora, estudiante, trabajadora, artista, activista, madre, profesora... Todo esto teniendo en cuenta que las personas necesitan ser capaces de gestionar recursos y sostenerse en una red de relaciones.

De algún modo pensar en algo tan universal como los derechos, nos permite presentar este modelo de intervención como algo no enfrentado a viejos enfoques ni plantearlo como apoyo a alguna de las partes en liza en los múltiples conflictos “psi”. No queremos plantear nuevos conflictos en el seno de la práctica en salud mental, sino facilitar herramientas a usuarios, familiares y profesionales.

Trabajar desde un modelo basado en la ciudadanía no supone ignorar la evidencia y los conocimientos acumulados para el tratamiento de los trastornos mentales. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta y la Sertralina permiten a las personas diagnosticadas de trastorno obsesivo compulsivo superar los síntomas más incapacitantes. Sin embargo, centrarnos en el alivio sintomático puede llevarnos a no acompañarlo de elementos que nos ayuden a comprender y abordar cómo el malestar cincela vidas marcadas por la incapacidad de ejercer derechos, asumir responsabilidades y roles, gestionar recursos y mantener relaciones. Es decir, el modelo de la ciudadanía nos ayuda a mantener una intervención que sabemos que es efectiva, en un contexto donde podamos sopesar el impacto de los malestares y su alivio en la vida de las personas.

Desde una perspectiva de salud pública, un modelo basado en la ciudadanía nos podría dar algunas pistas para poder reflexionar sobre el coste de los fármacos neurolépticos (mal llamados antipsicóticos) atípicos de liberación prolongada. Normalmente se justifica el gasto en estos fármacos desde su mejora de la “adherencia” esto es, de la mejora de la constancia de las personas en la toma de la medicación. Sin embargo, en el caso de personas cuya pensión mensual no supera el gasto de estos tratamientos ¿nos planteamos darles a escoger si quieren invertir estos recursos en otros bienes y tomar medicaciones más incómodas, pero más baratas?

Como vemos, plantear la salud mental como ciudadanía nos puede ayudar a abordar muchos debates desde una perspectiva en la que es fácil mantener un rumbo firme. Durante mucho tiempo nos hemos preguntado y discutido sobre si lo deseable al final de un tratamiento era una persona curada, feliz, plena, con sentido, asintomática, reflexiva... y probablemente no exista una sola respuesta que convenza a todos los profesionales y usuarios. Sin embargo, la ciudadanía de pleno derecho es algo que puede ayudarnos a unificar todas estas ideas y proponer un modelo que todos y todas podamos compartir.

La ciudadanía tiene elementos en común con conceptos como empoderamiento y participación. Creemos que estos tres conceptos tienen en común la integración de la evidencia y la práctica en un marco que incluye el contexto social, los usuarios como expertos en sus propias vidas y el planteamiento de abajo hacia arriba versus enfoques de arriba a abajo (12). Aunque la participación y el empoderamiento son valores en aumento en la sociedad en general y en la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial en particular, estos términos pueden tener diferentes significados para diferentes actores (14). La aplicación no reflexiva puede conducir a prácticas que en el mundo del desarrollo y la ayuda humanitaria se han definido como “neocolonialismo” y más específicamente “tiranía de la participación” (15). En el mundo de la asistencia médica, una perspectiva acrítica y descontextualizada similar, puede devolvernos a un escenario de paternalismo o llevarnos a otro de exceso de autorresponsabilización disfrazado de empoderamiento. Por lo tanto, el conocimiento del contexto, incluidas las dinámicas sociales y de poder entre los diferentes actores, y las fuentes de capital social con las cuales se pueden mejorar las posibilidades de fomento de agencia personal (16), son fundamentales para la implementación de programas. Para entender la implementación de conceptos de ciudadanía en salud mental debemos ir más allá del sentido estricto de participación política (17) mediante el fortalecimiento de la identidad social y la participación en un sentido amplio (18) para estructurar diferentes espacios de realidad (19).

HERRAMIENTAS DE TRABAJO DIARIO DESDE LA CIUDADANÍA

Una herramienta básica que nos puede dar algunas pistas es la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. Este texto incluye a las personas con diagnóstico de trastorno mental y reconoce a este colectivo derechos tales como recibir un trato igualitario y no discriminatorio, recibir información comprensible, expresarse libremente, decidir sobre sus vidas y sobre el tratamiento, mantener la confidencialidad e intimidad, recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles, vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (20).

Entre las herramientas concretas con las que contamos los profesionales de la salud mental para el trabajo desde la ciudadanía encontramos el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas, así como el apoyo entre personas que han experimentado un problema de salud mental.

El uso de consentimientos y documentos de voluntades y decisiones anticipadas no debe ser entendido como un simple aumento de la burocracia, sino como una oportunidad de poder documentar y justificar un trabajo donde entendamos la importancia del acompañamiento a las personas en su proceso de recuperación. Usar estas herramientas no debe conducir a responsabilizar a las personas de decisiones en las que no son competentes. No se trata tampoco de sentirse cuestionados como profesionales en nuestras decisiones. Las personas que proponemos estos enfoques sabemos que las personas llegan a consulta con muchas preguntas y muy poca orienta-

ción, y muchas veces nos piden soluciones rápidas y seguras. Sin embargo, explicar y acompañar en la toma de decisiones en función de la capacidad de cada cual, puede suponer un elemento de recuperación en sí mismo.

El contagio de la angustia que supone sufrir o ver como sufre un familiar un trastorno mental condiciona muchas relaciones terapéuticas y nos lleva a adoptar una actitud paternalista de alguna manera “solicitada” por el usuario y/o su familia. El formato de consulta acotada en el tiempo y los modelos de justificación de objetivos refuerzan esta necesidad de dar respuestas rápidas y efectivas. Sin embargo, también sabemos que muchos procesos de cronificación empiezan cuando las personas empiezan a no tomar ninguna decisión y adoptan un cómodo pero terrible rol de enfermo. Una manera de romper con este círculo vicioso empieza por la transformación de nuestros objetivos como profesionales de la salud mental. Nuestra propuesta es fomentar ciudadanos de pleno derecho, capaces de responsabilizarse de parte de su tratamiento, pero sin renunciar a los beneficios de la experiencia y conocimientos que se han acumulado en las profesiones de salud mental. Este es evidentemente un equilibrio delicado, como siempre ha sido ejercer estas profesiones. Sin embargo, creemos que merece la pena proponer este lugar de consenso no solo a los profesionales, sino también a las personas que usan los servicios y a sus familiares ya que el ejercicio de la ciudadanía tanto en el contexto de salud mental como en otro cualquiera es una responsabilidad compartida por todos los actores implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv.* 2006; Jun;57(6):863–6.
2. Lamb HR. Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. *Hosp Community Psychiatry.* 1984; Sep;35(9):899–907.
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):11–23.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA 's Working Definition of Recovery. PEP12-RECDEF; 2012; 8 p.
5. Davidson L. The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Aff.* 2016; 35(6):1091–7.
6. Singh NN, Barber JW, Sant S Van. Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry. Singh NN, Barber JW, Van Sant S, editors. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016. (Evidence-Based Practices in Behavioral Health).
7. Davidson L, Carr E, Bellamy C, Tondora J, Fossey E, Styron T, et al. Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. In: Singh NN, Barber JW, Sant S Van, editors. Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016; p. 39–58.
8. Thomas P. Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. *Self Soc.* 2016; 0(0):1–12.
9. Rowe M, Pelletier J-F. Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *J Forensic Psychol Pract.* 2012; Jul;12(4):366–81.

10. Rowe M, Kloos B, Chinman M, Davidson L, Cross AB. Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Soc Policy Adm.* 2001; Mar;35(1):14–31.
11. Rowe M, Benedict P, Sells D, Dinzeo T, Garvin C, Schwab L, et al. Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *J Groups Addict Recover.* 2009; Nov 13;4(4):224–44.
12. Clayton A, O’Connell MJ, Bellamy C, Benedict P, Rowe M. The Citizenship Project part II: impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *Am J Community Psychol.* 2013; Mar;51(1–2):114–22.
13. Rowe M, Clayton A, Benedict P, Bellamy C, Antunes K, Miller R, et al. Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatr Serv.* 2012; Jan;63(5):445–50.
14. Cornwall a. Unpacking “Participation”: models, meanings and practices. *Community Dev J.* 2008; Jun 5;43(3):269–83.
15. Cooke B, Kothari U. *Participation: the New Tyranny?* Zed Books; 2001; 207 p.
16. Hyypa MT. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Educ Res.* 2003; Dec 1;18(6):770–9.
17. McEwan C. New spaces of citizenship? Rethinking gendered participation and empowerment in South Africa. *Polit Geogr.* 2005; Nov;24(8):969–91.
18. Campbell C, Jovchelovitch S. Health, community and development: towards a social psychology of participation. *J Community Appl Soc Psychol.* 2000; Jul;10(4):255–70.
19. Drury J, Reicher S. Collective Psychological Empowerment as a Model of Social Change: Researching Crowds and Power. *J Soc Issues.* 2009; Dec;65(4):707–25.
20. Pérez-Pérez B, Eiroa-Orosa FJ. *Guía de Derechos en Salud Mental.* Barcelona: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona; 2017; 120 p.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

cuidar
cuidados
cuida
cuidamos
cuidáis
cuidemos
cuidadoras
cuidando
cuidar
cuidado
cuidad
cuidas
cuidador
cuidarlas
cuidarnos
cuidarse
¿cuidamos?



XI CONGRESO ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL
19 Y 20 DE ABRIL, 2018