

AEN

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA



**PROFESIONALES
DE LA SALUD MENTAL**





ÍNDICE

- 5 Editorial: Desconexión**
- 6 Introducción a “Guía para utilizar los neurolépticos a dosis mínimas: por qué y cómo”**
- 8 “La violencia interminable”**
- 18 Viajeros que miran**
- 21 Luces y sombras en Rehabilitación Psicosocial**
- 30 El marco europeo de acción en Salud Mental y la acción conjunta**
- 39 Introducción al documento “Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección a las personas con discapacidad”**
- 40 En torno al centro estatal de referencia**
- 42 Posicionamiento en torno al CER de la sección de Rehabilitación**
- 45 Reflexiones y comentarios en torno a las VI jornadas de la Revolución Delirante**
- 49 Mientras tanto en la prensa CIE-CER**
- 50 Mientras tanto en la prensa: candidatos presidenciales ¿locos?**
- 51 Mientras tanto en la prensa: peligrosidad, sensacionalismo y mentiras**
- 53 Mientras tanto en la AEN**



EDITORIAL DESCONEXIÓN

La Asociación Española de Profesionales de la Salud Mental-AEN se define como una entidad científica y profesional de carácter progresista. Progresista quiere decir que tira para adelante, que no se queda quieta ni retrocede. El problema es que no siempre está claro dónde está “delante”.

En los últimos tiempos, de graves y profundos retrocesos en muchos de los “logros progresistas”; ir para adelante era resistir, aguantar, “conservar” lo que se había alcanzado.

La actual Junta de la AEN fue elegida el mismo día que tomaron posesión los cargos salidos de las elecciones autonómicas y municipales del 2015. Un momento en el que volvía a tener sentido avanzar. ¿En qué dirección?

La respuesta a esa pregunta no esta clara. Con toda modestia podemos decir que no lo sabemos y con toda seguridad que la respuesta no la tenemos que dar ya nunca más sólo nosotros, los profesionales.

Pero algunas de las etapas de ese camino hacia delante son más evidentes.

Una de ellas es la desconexión de la industria farmacéutica, que se adoptó como estrategia de la Junta Estatal en la Asamblea de Cartagena. En este sentido la AEN PSM no aceptará financiación de la industria farmacéutica ni en sus actividades científicas, ni en sus actividades editoriales ni en la Escuela.

En un primer momento se planteó el tema como una cuestión de conflicto de intereses o si se prefiere como una cuestión ética. En este sentido trabajó el grupo de trabajo constituido al efecto que presentó sus conclusiones (en forma

de dilemas) a la Junta. Ésta los debatió antes de presentarlos a la Asamblea.

Es obvio que se trata de un conflicto de intereses y un tema ético, pero este encuadre igual no fue el más adecuado. Con relación al conflicto de intereses, porque tenemos otros, seguramente menos clamorosos, pero hay más, Y con respecto a la ética, porque se puede interpretar, desacertadamente, que hay comportamientos éticos o no éticos en la Asociación. Tenemos una historia de relación con la industria en la cual siempre se ha funcionado dentro de los “códigos éticos”. No hay puros e impuros. Podríamos seguir como íbamos sin infringir ninguna norma.

En el debate se ha hecho cada vez más evidente, en mi opinión, que además del tema ético, hay otro estratégico.

La desconexión es una decisión que nos sitúa, claramente, en una posición más avanzada, que nos impulsa hacia delante. Nos permite pensar nuestro trabajo y nuestra teoría con menos artefactos. Nos obliga a plantear nuestras actividades científicas, asociativas y editoriales de otra manera, buscando que sean interesantes, útiles y seductoras. Nos da un toque de distinción, una garantía de neutralidad de cara a la ciudadanía y a los que quieran trabajar con nosotros. Nos lleva a buscar el soporte de los socios y socias y de su número como elemento básico de financiación. Y a ser más austeros si esta palabra no hubiera perdido su virtuoso sentido original. Si se cumplen estos objetivos, la estrategia habrá salido bien. En definitiva se trata de iniciar un camino y ver qué vamos encontrando. Con humildad, pero con ilusión.



INTRODUCCIÓN A LA “GUÍA PARA UTILIZAR LOS NEUROLÉPTICOS A DOSIS MÍNIMAS: POR QUÉ Y CÓMO”

A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How.

Volkmar Aderhold, Peter Stastny @Mad_In_America

Traducción: Jose A. Inchauspe, psiquiatra,
y Miguel A. Valverde, psicólogo - Servicio Navarro de Salud (España)

Este trabajo del psiquiatra alemán **Volkmar Aderhold** (Institute for Social Psychiatry at the University of Greifswald, Alemania) y el psiquiatra estadounidense **Peter Stastny** (Department of Epidemiology, Columbia University, Nueva York, USA) recoge de forma exhaustiva el conocimiento científico más actual acerca de la medicación antipsicótica y su uso en personas diagnosticadas de trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se trata de una guía que facilita criterios para una utilización de estos fármacos maximizando su beneficio potencial y minimizando sus daños. Puede descargarse de forma gratuita, en la página Web de MIA, www.madinamerica.com, en inglés y ahora [en español](#).

La guía pasa en revista los mecanismos de acción de los antipsicóticos, a quienes los autores proponen devolver su nombre original de neurolépticos, la hipótesis dopaminérgica como vía final fisiopatológica de la esquizofrenia, el impacto de los antipsicóticos en los receptores dopaminérgicos y las modificaciones que inducen en ellos, las equivalencias de dosis, las ventanas terapéuticas, los antipsicóticos de primera y segunda generación, su impacto en sintomatología positiva y negativa, la polifarmacia, su efectividad y las diversas trayectorias a corto, medio y largo plazo de los pacientes en tratamiento, el curso a largo plazo de la esquizofrenia con o sin antipsicóticos, su pérdida de eficacia con el tiempo, el síndrome de discontinuidad, las psicosis por hipersensibilización, los efectos adversos, su uso en personas mayores, niños y adolescentes, y la relación entre la recuperación y el uso de antipsicóticos.

Aunque los autores han pretendido que el texto sea accesible a lectores no especializados, son los clínicos e investigadores quienes mayor provecho sacarán de su lectura. En la mejor tradición de la literatura científica no se afirma nada sin contrastarlo con la investigación más actual que se presenta en detalle, a veces con toda cautela ante resultados contradictorios o no suficientemente consistentes, y el aparato de citas que se facilita en apéndice es formidable.

Eminentemente práctica, la guía pretende dar respuesta a las preguntas que se hace el clínico: ¿Es necesario tratar a una mayoría de pacientes psicóticos con antipsicóticos? ¿A cuántos y durante cuánto tiempo? ¿Tiene sentido su uso intensivo para reducir cuanto antes la sintomatología positiva? ¿Utilizamos las dosis adecuadas? ¿Cómo dar con la dosis adecuada para cada paciente? ¿Hay moléculas mejores o peores? ¿Tiene sentido el aumento de dosis, los cambios de molécula y la polifarmacia



ante esquizofrenias resistentes? ¿Tras un primer episodio es mejor un tratamiento de mantenimiento o una disminución progresiva e interrupción de dosis? ¿Cómo llevar a cabo esta disminución? ¿Qué se puede proponer a personas que llevan muchos años tomándolos y manifiestan efectos adversos? ¿Cómo actuar con un paciente que ha mejorado con antipsicóticos y quiere interrumpirlos? ¿Y si recae tomando la medicación? ¿Hay alternativas, psicofarmacológicas y no psicofarmacológicas, a su uso? ¿Cómo implementarlas? ¿Cómo combinarlas con los antipsicóticos? ¿De qué depende la recuperación? ¿Cómo maximizarla?

En realidad la pregunta fundamental es saber si estamos haciendo un uso de los antipsicóticos acorde a los resultados de la investigación. La respuesta es negativa, lo que da nombre a la guía y deja en pie una última pregunta: ¿Por qué la práctica clínica más extendida y buena parte de las guías clínicas no se hacen eco de los resultados de la investigación? Los autores apuntan a varios motivos, entre ellos la organización actual del tratamiento, sea hospitalario o extrahospitalario, y de la atención en crisis que habría que modificar sustancialmente para mejorar los resultados del tratamiento de personas con psicosis de espectro esquizofrénico.

Puedes acceder al texto aquí: [*Guía para utilizar los neurolépticos a dosis mínimas: por qué y cómo*](#)



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

“LA VIOLENCIA INTERMINABLE”

Transcripción de la intervención de Ana Elúa Samaniego en las IV Jornadas Interautonómicas de Salud Mental del Norte “Tiempo de cambio, tiempo de reflexión”

En los últimos años la violencia y la agresividad en población infantil y adolescente viene siendo tema de actualidad, constantes son las noticias sobre el acoso escolar, adolescentes que agreden a sus progenitores, actos vandálicos. Nos invaden con imágenes de chicos salvajes, inmanejables, terribles, presos de una agresividad descontrolada que urge poner freno y eliminar. La agresividad y la violencia generan miedo e impulsan a buscar remedios rápidos como es la medicación o explicaciones simplistas como es el de recurrir a una enfermedad mental como causa, *es debido a un trastorno negativista-desafiante, a un trastorno disocial*, etiquetas que lejos de ayudarnos a comprender la agresividad destructiva la perpetúan como algo imposible de modificar.

La agresividad hay que inscribirla en la experiencia del ser humano, parte de su instinto de protección y preservación, si bien la forma de expresión, en una vertiente más destructiva merece una reflexión. No con la pretensión de eliminar la agresividad inherente en el crecimiento del niño, pero sí para su transformación hacia formas más constructivas. Pensar en agresividad y violencia es un tema complejo, ya que son varias las variables las que están en juego, y en cada caso hay que tener en cuenta la historia personal de cada sujeto. Si bien, generalizado es el pensamiento de que los jóvenes en la sociedad actual no tienen límites y de ahí sus estallidos de violencia, pero quizás se debiera reflexionar como los cambios de los últimos años ha podido influir en el desarrollo psíquico de los niños, entre los que imperan sentimientos de inseguridad y abandono por parte de los adultos. Jóvenes en los que la violencia o la agresividad más destructiva aparecen ante la incomprensión de sí mismos y de los demás, ante vínculos cada vez más frágiles y ante la falta de esperanzas de futuro. A la hora de exponer estas posibles cuestiones, entre otras, que se ponen en juego en las actuaciones violentas individuales en la infancia y adolescencia lo voy a hacer a través del libro de la “Historia Interminable” (M. Ende, 1987).



AEN @AENEUROPSI · 2 jun.

Proceso de aprendizaje radical: hacer cosas q no habiamos hecho nunca antes. Desarrollar nuevos modos de trabajo. #26AEN Emmenegger





La nada devora Fantasía y un nuevo nombre para la Emperatriz Infantil:

Bastián, protagonista del libro, es un chico de 10 años, gordo, miedoso y objeto de las burlas de sus compañeros, *le daba miedo el colegio, escenarios de sus fracasos diarios; le daba miedo los profesores, que le reñían amablemente o descargaban sobre él sus iras; miedo de los otros niños, que se reían de él y no perdían la oportunidad de demostrarle lo torpe y lo débil que era.* Bastián roba el libro de *La Historia Interminable* y pronto se pone a leer en el desván de su colegio. La Emperatriz Infantil está enferma y Fantasía está siendo devorada por la Nada. *La Nada no parece a nada, ¡no hay palabras para describirla!* Atreyu es el héroe elegido para buscar el remedio a la enfermedad de Emperatriz Infantil y testigo de cómo Fantasía está desapareciendo por la Nada, *las copas de los árboles que estaban muy cerca eran verdes, pero el follaje de los árboles que había detrás parecía haber perdido ese color, porque era gris. Y, un poco más lejos, se hacía extrañamente transparente, nebuloso o, mejor dicho, cada vez más irreal. Y detrás no había nada, absolutamente nada. No era un lugar pelado, una zona oscura, ni tampoco una clara; era algo insoportable para los ojos y que producía la sensación de haberse quedado ciego. Porque no hay ojos que aguanten el contemplar una nada total. Atreyu se tapó la cara con la mano y estuvo a punto de caerse de la rama. Se sujetó con fuerza y descendió tan deprisa como pudo. Ya había visto bastante. Sólo entonces comprendió todo el horror que se extendía por Fantasía.* Atreyu a lo largo de sus viajes a través de Fantasía descubrirá que la única manera de salvar a Fantasía y a la Emperatriz Infantil será a través de un nuevo nombre que únicamente podrá ser dado por un ser humano. *Pero lejos de esta tierra existe un mundo exterior, y allí, casi siempre en guerra, habita un ser superior. Los hijos de Adán se llaman los habitantes terrestres, las hijas de Eva reclaman que lo que sabes demuestran. Todos tienen desde antiguo la facultad de nombrar, y a la reina, lo atestiguo, siempre lograron curar. Le dieron nombres magníficos, pero eso fue en otra era. Los hombres son muy científicos, pero se han quedado fuera. Hoy se han olvidado de que somos realidad.* Bastián será el salvador de Fantasía, *Hija de la Luna* será el nombre que dé a la Emperatriz infantil, a la Señora de los Deseos y desde ahí Fantasía nacerá a través de los deseos de Bastián.

Lo no dicho, el silencio aparecen como agujeros representacionales en el psiquismo, como en Fantasía ante la Nada, vacío en el pensamiento que queda registrado en el cuerpo. El paso del displacer, de la sensación desagradable al sentimiento parte de la capacidad empática de los cuidadores y de que puedan ir poniendo nombre a lo que el niño registra como puro displacer corporal.

La palabra constituye el lazo a distancia con el adulto, la palabra aparece ante la separación, donde se va diferenciando la necesidad del deseo ante la ausencia del otro. La palabra viene a representar al principio al objeto de satisfacción ausente y desde ahí se abre el espacio simbólico entre la presencia y la ausencia, espacio transicional, de creación y enriquecimiento representacional. La palabra permite trascender el presente inmediato y proyectarse hacia un futuro. El deseo que aparece con la palabra permite entrar en la dimensión temporal. La palabra da continuidad al ser en desarrollo ante la ausencia del cuidador, da continuidad ante las sensaciones fragmentadas, permite



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

ir construyendo un sentimiento de sí mismo. La palabra pone un límite al desborde emocional, da seguridad al niño.

En los tiempos actuales ante el desarrollo de las nuevas tecnologías, la imagen prevalece a la palabra, la exposición a la televisión dejan al niño pasivo frente gran número de estímulos cambiantes e incontrolables, genera confusión entre lo que ellos generan y lo que viene de fuera. Los cuentos frente a los dibujos animados han perdido su papel como espacio compartido atravesado por la palabra. En ocasiones la televisión actúa de niñera, dejando al niño ante un exceso de estímulos que no puede metabolizar ni tramitar, le deja en un estado de excitación que no comprende y que no le permiten pensar, dejándole en un actuar continuo. Los dibujos animados son historias sin palabras, se trata de un lenguaje de actos, en cambio los cuentos son historias tramitadas por la palabra, en el que se abre un espacio para la emoción compartida, en el que el adulto puede ir poniendo palabras a lo que el niño va sintiendo o va imaginando. El lenguaje y la palabra ante las fantasías del niño le permiten comprender que la realidad no es lo que él se imagina. A través de la palabra se abarca los recuerdos del pasado, como los proyectos del futuro, así como otras realidades. Los cuentos clásicos frente a los cuentos infantiles actuales, a su vez permiten elaborar miedos, angustias, dificultades propias del ser humano como la muerte, el envejecimiento, el abandono, le confronta con los conflictos humanos básicos pero con final victorioso. Las historias y cuentos permiten una organización del psiquismo a través de la propia estructura de los relatos, donde aparece un inicio, un desarrollo y final.

Como F. Dolto advirtió hace treinta años, de los niños se habla mucho pero con él no. No se abren espacios de diálogo y transmisión de historias. Los espacios compartidos como las comidas, es a su vez compartido por la televisión, no aparecen espacios de comunicación sincera. El lenguaje dirigido a los niños se queda en la superficie de calificativos y advertencias, ante “eres malo”, el niño queda atrapado en el ser que otros le proponen, no puede apelar a otras representaciones ante la pobreza psíquica. El abrir espacios compartidos a través de la palabra permite al niño reconocer las diferencias, las cualidades de las cosas, la posibilidad de nombrar, de transmitir relatos, de construir su propia historia o su narrativa personal.

Ante las primeras frustraciones a los deseos infantiles, aparecen las primeras expresiones de agresividad necesarias del niño para su constitución como sujeto diferenciado del otro, cuando hay una tramitación a través de la palabra de la frustración ante su demanda, el niño se queda en la sensación de descontrol y el cuerpo como único medio de expresión, sin palabras el niño irá construyendo un aparato psíquico menos simbolizado, sin capacidad para pensar o representar determinadas sensaciones displacenteras, posteriormente ante situaciones de frustración aparecerá el paso al acto como única respuesta posible ante la nada representacional.





La palabra se toma de alguien para dirigirse a alguien.

La soledad de Bastián

Bastián al dar el nombre de Hija de la Luna a la Emperatriz Infantil entra a formar parte de la propia Historia Interminable y *Fantasía nacerá de nuevos de tus deseos, Bastián, que se harán realidad a través de mí*, le dice la Reina de los Deseos, Hija de la Luna. Bastián irá creando de nuevo Fantasía y se cumplirá todos sus deseos que en el mundo de los humanos no podían realizarse. Bastián deseará cambiar de aspecto, sus miedos los cambiará por valentía, fuerza y heroicidad, hasta deseará ser el nuevo emperador de Fantasía y no volver al mundo de los humanos. Si bien, con cada deseo irá perdiendo sus recuerdos como niño humano. El cumplimiento de sus deseos de inmediato irá causando en Bastián una actitud tiránica, déspota y de desconfianza, hasta llegará a sentirse solo en Fantasía a pesar de cumplirse todo aquello que va desando, solo porque él se siente solo en su propio mundo. En el libro Atreyu fue criado por *Todas las mujeres y todos los hombres juntos. Por eso me llamaron Atreyu, que quiere decir, en palabras del Gran Lenguaje: “Hijo de Todos”*. *Nadie podía comprender mejor que Bastián lo eso significaba. Aunque su padre viviera aún. Y aunque Atreyu no tuviera padre ni madre. Sin embargo, Atreyu había sido educado por todos los hombres y mujeres juntos y era el “hijo de todos”, mientras que él, Bastián, en el fondo no tenía nadie... Era un “hijo de nadie”*. Bastián es huérfano de madre y su padre aparece como alguien ausente, ensimismado, triste. Tras la muerte de la madre, *después todo había cambiado entre su padre y Bastián. No exteriormente. Bastián tenía todo lo que podía desear. Tenía una bicicleta de tres marchas, un tren eléctrico, muchas tabletas de vitaminas, cincuenta y tres libros, un hámster, un acuario con peces tropicales... .. Bastián recordaba que su padre, antes, había jugado con él. A veces le había contado o leído historias. Pero aquello había terminado. Ya no podía hablar con su padre. Alrededor de éste había como una pared invisible que nadie podía atravesar. A Bastián nunca lo reñía ni elogiaba. Tampoco dijo nada cuando le suspendieron. Sólo lo miró de aquella forma ausente y preocupada, y Bastián tuvo la sensación de no estar ahí... ¿Por qué no hablaba su padre con él, por qué no hablaba de mamá, de cosas importantes, y no solamente de lo imprescindible?* Bastián tras olvidar toda su vida humana menos su nombre debe encontrar su último deseo antes de olvidar completamente quién es y no poder volver al mundo de los humanos. Su último deseo surge tras su permanencia con Doña Aiuola, quién cuida del protagonista como una madre a un niño pequeño, *quieres que volver otra vez muy pequeño... , siempre he querido tener un hijo, un niño pequeño al que mimar, que necesitase mi ternura, al que yo pudiera cuidar. Bastián se sentía también saciado de sus cuidados y su ternura. Y en la medida en que disminuía su necesidad de ellos, se despertaba en él una añoranza de otra clase, un anhelo como hasta entonces no había sentido nunca y que se diferenciaba de sus deseos anteriores: la añoranza de ser capaz de amar. Con asombro y pesar se dio cuenta de que no podía. Sin embargo, su deseo se hacía cada vez más fuerte... Bastián no quería ser ya el más grande, el más fuerte o el más inteligente. Todo eso le había superado. Deseaba ser querido como era, bueno o malo, feo o hermoso, listo o tonto, con todos sus defectos... precisamente por ellos*.

En el desarrollo emocional del niño es necesaria la presencia del otro ante el desamparo e inmadurez



del bebé, alguien que le satisfaga las necesidades básicas y entre en relación, la palabra sólo cobra sentido en la interacción con otro semejante. Las palabras sin vínculo son palabras desnaturalizadas, sin sentido, palabras vacías en las que no se puede ir armado una cadena de representaciones que vaya más allá de la realidad presente. El lazo corporal cobra sentido gracias al lazo afectivo. Lo primordial es la disponibilidad del adulto para entrar en contacto verbal y afectivo con ese niño. En la actualidad las figuras de apego principales cada vez tienen menos presencia directa, a la vez que van aumentando los nuevos cuidadores, ante los trabajos de los padres y ausencia de políticas de conciliación familiar, los niños se separan cada vez más tempranamente de sus primeras figuras de apego. Estas separaciones tempranas y el contacto con un mayor número de adultos cuidadores, produce identificaciones menos sólidas, inseguridad de base, dificultades en el proceso de separación-individuación, fragilidad en el propio self, reduciéndose los tiempos compartidos y de interrelación con los cuidadores principales.

Los tiempos cambiantes y acelerados, los trabajos precarios de los adultos, la situación de desempleo, las preocupaciones económicas invaden la vida mental de muchos padres, no estando disponibles mentalmente para sus hijos, padres desconectados y deprimidos. Los adultos están en situaciones estresantes, que impide en sus funciones parentales estar disponibles emocionalmente para sus hijos, para contener sus angustias a través de la relación, sus capacidades de poder responder coherentemente o no excesivamente contradictorias se ven limitadas. La crisis económica genera inseguridad a los propios padres y se sienten frágiles ante las reacciones de sus hijos en momentos de tensión, en los que los niños presos de la frustración atacan al exterior como respuesta inicial, si los padres no sobreviven a ese acto agresivo del niño, como diría Winnicott, el niño queda atrapado en una agresividad destructiva en la que la reparación no se hace posible, perpetuándose los comportamientos agresivos en el tiempo. Fonagy habla de “especularización afectiva marcada”, regulación interactiva entre el niño y los padres que desarrolla capacidades mentales internas de autorregulación, la expectativa de consuelo afectivo y de seneramiento fortalece el vínculo emocional, la coincidencia del estado emocional desagradable con la respuesta serena del adulto genera un afecto positivo e inhibe el negativo, lo insoportable se transforma en tolerable. Frente al dolor y el pánico que desorganiza y supone un caos interno, la entrada y disposición mental del otro calma y contiene a través de la palabra, la acaricia o el acompañamiento; si el otro preso de sus propias frustraciones reacciona en espejo ante las reacciones del pequeño, si es el adulto el que estalla y se desborda, el niño difícilmente puede ir entretejiendo un sistema de autorregulación, el otro le devuelve la propia desesperación y el terror. Irá produciendo en el niño la idea de vivir en una selva en la que hay que defenderse de los otros, el niño queda solo frente a todos y con la sensación de que los otros son la causa de su malestar. A veces, como el padre de Bastián ensimismado en su tristeza, aparece la inferencia ante la reacción emocional del infante o se intentan silenciar sin comprender, cuando la acción del niño no determina nada en el otro se produce una desesperanza muy intensa y con la sensación de que ha dejado de ser humano para el otro.

Actualmente hay una intolerancia al sufrimiento y se suprimen los espacios para procesar el dolor, se hace todo lo posible para que el sufrimiento sea ocultado. A los niños de hoy se les exige una



rápida superación de las situaciones dolorosas o difíciles, se les niega su mundo emocional, con una idea de una rápida adaptación a las penurias de la vida. Ni se les permite el juego ni un tiempo “sin hacer nada” para abrir un espacio para pensar y tramitar sus vivencias. Se imponen mandatos de normalización, donde todos los niños deben saber y hacer las mismas cosas. La infancia deja de ser el tiempo de los juegos y cuentos, y pasa a convertirse en tiempos para el “éxito” inmediato. Se impide y se penaliza el juego o la fantasía, “es desatento”, actividades creativas, simbólicas necesarias para una madurez emocional. La ausencia de los padres por sus trabajos, separaciones matrimoniales, jornadas laborales de varias horas se intentan compensar con objetos para reparar el dolor ante la ausencia del otro, la tristeza por la distancia del otro no puede ser manifestada o no se le da un espacio de escucha.

Ante la crisis y la entrada del discurso científico en la parentalidad (los saberes transmitidos en las familias son desestimados en nombre de la ciencia) a veces deja a los padres sin referentes, quienes también se sienten inseguros y juzgados como padres por parte de la sociedad, entrando en una ambivalencia en la educación de sus hijos. Los padres intentar dar lo mejor a sus hijos, el hijo se ubica como sostén narcisístico de los padres, el niño queda atrapado en “ser el mejor del mundo” para sus padres. Para los padres sufrientes se les torna imposible decirle no a sus hijos, lo que dificulta que el niño se reconozca como un semejante-diferente, con sus límites y dificultades, el niño permanece como poderoso, no necesita aprender, ya lo es todo, pero el niño queda atrapado en una situación imposible de sostener, su contacto con la realidad va a ser dolorosa, decepcionante e intolerable, lo que deja al niño en una impotencia absoluta cuya respuesta será la hostilidad ante su inseguridad y desilusión constante al no ser el mejor.

Los padres ante la pérdida de referentes y el aumento de frustraciones se van volviendo más intolerantes ante comportamientos de sus hijos como el desafío necesario en el desarrollo de la identidad. Los hijos ya no cumplen sus expectativas y se rebelan, los padres que han dado todo por ellos lo viven como una traición y se le empieza a exigir un comportamiento de adultos, se le impone un ritmo arbitrario, más en función de las necesidades de los adultos que en función de los ritmos de desarrollo del niño. Los niños en la actualidad presentan una organización/programación de sus días que superan a la de muchos adultos, entre el colegio, actividades extraescolares, deberes escolares, jornadas interminables de los niños, siempre haciendo actividades impuestas y en espacios compartidos con los familiares en los que dialogar y hablar de las preocupaciones. Dolto dice “Queriendo rentabilizar al niño a toda prisa, la sociedad priva de un potencial humano inestimable que permitiría asegurar el reemplazo si se le proporcionara el tiempo necesario para la maduración. Pero a su vez se da sobreprotección, se vigila que no entre en el mundo real, con el pretexto de protegerlo, de prolongar la infancia... por temor a que no tenga infancia. Se lo separa del resto manteniéndole en un universo supuestamente mágico y esto se vuelve en su contra”.



Fantasia está enferma porque el mundo está enfermo.

Tiempo permanente sin proyección al futuro.

Bastían pronto descubre que Fantasía y su mundo están interrelacionados, *comprendía ahora que no sólo Fantasía estaba enferma, sino también el mundo de los seres humanos. Una cosa tenía que ver con la otra. En realidad, siempre lo había sentido así, sin poder explicarse por qué. Nunca había querido aceptar que la vida fuera tan gris e indiferente, tan sin secretos ni maravillas como pretendían las personas que decían: ¡la vida es así!* Será Gmork, único personaje que puede atravesar ambos mundos quién desvelará a Atreyu el secreto de ambos mundos, de la misión de la Nada, *pues cuando entráis en ella se apodera de vosotros, quiero decir la Nada. Sois como una enfermedad contagiosa que hace ciegos a los hombres, de forma que no pueden distinguir entre apariencia y realidad. ¿Sabéis cómo os llaman ahí? Mentiras. ¿Me preguntas qué serás allí? ¿Y qué eres aquí? ¿Qué sois los seres de Fantasía? ¡Sueños, invenciones del reino de poesía, personajes de una Historia interminable! ¿Crees que eres real, hijito? Bueno, aquí, en tu mundo lo eres. Pero si atraviesas la Nada, no existirá ya. Habrás quedado desfigurado. Estarás en otro mundo. Allí no tenéis parecido con vosotros mismos. Lleváis la ilusión y la ofuscación al reino de los hombres... Se convertirán en desvaríos de la mente humana, imágenes de miedo cuando, en realidad, no hay nada que temer, deseos de cosas que enferman a los hombres, imágenes de desesperación donde no hay razón para desesperar... Por eso los seres humanos odian y temen a Fantasía y a todo lo que procede de aquí. La quieren aniquilar. Y no saben que, precisamente así, aumentará la oleada de mentiras que cae ininterrumpidamente en su mundo... Quién sabe para qué les servirás. Quizá, con tu ayuda, hará que los hombres compren lo que no necesitan, odien lo que no conocen, crean lo que les hace sumisos o duden de lo que podría salvarlos. Con vosotros, pequeños fantasios, se harán grandes negocios en el mundo de los hombres, se declararán guerras, se fundarán imperios mundiales... También hay una multitud de pobre zoquetes, los cuales, naturalmente, se consideran a sí mismos muy inteligentes y creen estar al servicio de la verdad, que nada hacen con más celo que intentar disuadir hasta a los niños de que existe Fantasía.*

Con la crisis económica, ante un sistema capitalista se instaura una sociedad en la que se idealiza el éxito fácil, el consumo, el poder y la imagen, en la que los mandatos son “hazlo ya”, los ritmos son vertiginosos. Frente al éxito lo temido es la exclusión de la cadena de producción, terror al futuro. Exclusión que tiñe la relación con el aprendizaje, ya no tiene que ver con el placer del descubrimiento, sino con la entrada en el mundo laboral y el éxito económico.

El paro, trabajos precarios produce terror a los adultos y el fracaso escolar es vivido como tragedia familiar. Se les exige más de forma autoritaria, se le exige aprendizajes antes de tiempo como la lectura o los números, los deberes son la lucha constante en muchas familias, no se ubica al niño en un proceso de cambio y crecimiento. El deseo de aprender es sustituido por la imposición, se les transmiten vivencias catastróficas de fracaso, se ejerce sobre ellos una violencia al esperar que puedan todo “ya”, se les pone de adultos antes de tiempo.

Los tiempos de incertidumbre hace a los adultos sentirse vulnerables y se hace una negación de la vulnerabilidad infantil, lo que lleva a suponer a los niños como poderosos, confundiendo la fantaseada omnipotencia infantil con la realidad, niños poderos frente a adultos desamparados, la diferencia entre el niño-adulto se quiebra, los niños se sienten con un poder que les supera, que los deja desamparados y sin sostén en el exterior, como Bastián en Fantasía.

Frente al desafío a la autoridad que todo niño suele hacer, el adulto se siente anulado como tal, el adulto espera un reconocimiento del niño para sostenerse como autoridad o teme al niño confirmándole su fracaso. “Falsa infancia”, como señala Beatriz Janin, eternamente niños y en realidad nunca niños ante la ausencia de un contexto protector. El futuro para el niño como vaticinio de sufrimiento, un futuro lleno de amenazas y de este modo se encara la educación. No se puede proyectar a un futuro posible, ni soñar, los miedos al fracaso incitan a emprender acciones defensivas rápidas, todo tiene que ser ya y el placer tiene que ser inmediato. Todo tiene que resolverse rápido, ante cualquier dificultad, el niño tiene que cumplir “ya” lo que se espera de él y los juegos que se le proponen suelen educativos, el pragmatismo frente al sentido común. Los planes educativos actuales parten de una conceptualización simplista del desarrollo de la mente de los niños como “programación de ordenadores”, transmisión de conocimientos inconexos con sus propias preocupaciones e intereses, educación escolar que no dejan lugar para el fantaseo, para el vagabundo psíquico creativo, donde las actuaciones molestas de los niños o perturbadoras aparecen en las aulas como formas de salir de la pasividad y la apatía.

Es la época de la eficiencia y el rendimiento, muchos de los adultos se encuentran ansiosos, deprimidos con dificultades para dormir ante las preocupaciones económicas y el desamparo social, los vínculos quedan en segundo plano, no hay tiempo para desear o los deseos son imperativos y cambiantes, lo que impulsa al consumo desenfrenado formas de llenar todos los vacíos con objetos, lo que importa es la posesión del objeto, más que lo que se pueda hacer con él. Excitación permanente en el que se busca acumular posesiones más que profundizar vínculos o producir actos creativos, este ideal de poseer puede llevar a actuaciones violentas, al querer apropiarse de cualquier modo de aquello que sería símbolo de felicidad o que otorga poder o un lugar de reconocimiento, ideales hedonistas e individuales “goza ya”.





A los niños y jóvenes se les manda mensajes contradictorios, frente a ese “goza ya”, se les envía el mandato contradictorio de estudiar y obedecer para poder labrarse un futuro mejor. Pero ante las actitudes y preocupaciones de los propios padres no queda clara la necesidad de cumplir esos mandatos cuando el futuro no está garantizado por el hecho de tener estudios y lo único importante es el presente inmediato.

Un niño únicamente puede aceptar ser dependiente y que sus deseos no sean satisfechos ahora a partir de la promesa de que va a crecer y ser autónomo, que va a tener una buena vida. Pero la situación actual de crisis económica y de valores sociales, transmiten a los jóvenes que su vida va a ser peor, que tendrán que hacer grandes esfuerzos para sobrevivir, el temor al futuro deja a los niños y adolescentes en una eterna “niñez”, en una dependencia sin salida. Es fundamental el sostenimiento de proyectos futuros por parte de los padres, los proyectos permiten al niño seguir avanzando, donde el futuro está aún por construir. Ante las ideas que asaltan a los adultos de un futuro lleno de amenazas dejan a los niños sin rumbo, sin interés, en alerta constante ante la inseguridad e incertidumbre, sin tiempo para pensar, siendo una posible salida las actuaciones violentas o transgresiones.

La pérdida de los ideales colectivos de solidaridad, respeto, cooperación potencian ideales de inmediatez, omnipotencia y perfección, ideales que llevan a la idealización del funcionamiento infantil como mágico y todopoderoso, dejando a los niños presos del pánico a crecer, en una apatía por lo externo e indiferencia por los otros. El “sálvese quien pueda”, el predominio del individualismo, deja indefensos al niño y a los adultos, los niños quedan como depositarios de angustias de los adultos, donde va a parar lo que los padres no soportan de sí mismos. Los niños son educados con la idea de que el otro es un competidor, un adversario, el otro no aparece como alguien con quien establecer relaciones de reciprocidad, se vende el mensaje de cooperación en el aula y la vez se le dice que deber ser el mejor de sus compañeros, mensaje contradictorio y sin salida posible.

La vida no es pura inmediatez ni pura permanencia cotidiana, es la posibilidad de proyectar un futuro. Silvia Bleichmar señala como la construcción de subjetividades no se puede hacer sino sobre la base de proyectos futuros, éstos no se establecen sobre la realidad existente, sino sobre la realidad que hay que crear. A pesar de enviarles a los jóvenes el mandato de estudiar para tener un futuro mejor, el joven ante la situación que puede ver en su familia, en la televisión se pregunta “estudiar para qué”, además se desprecian sus intereses “por no ser rentables” o “eso son fantasías, tienes que ser más realista”, no se les permite soñar ni proyectarse hacia un futuro diferente al presente desesperanzador, futuro que los jóvenes son los únicos capaces de transformar. Los padres llegan de sus trabajos desazonados, cansados, apáticos, con quejas sobre sus trabajos, se tiran al sofá o se aíslan en sus móviles o tablets, no se estimula a la juventud, no se les da confianza en sus proyectos o aspiraciones, sólo se les habla en términos de éxito y fracaso. El precio de la seguridad es quedarse sin imaginación, sin creatividad, sin libertad, no hay necesidad que se adquiera por confianza, compromiso y dependencia al otro; una seguridad externa frente a una inseguridad interna. La sociedad actual desea vivir con las conquistas materiales, como si la joven generación no tuviese inventiva para concebir una manera de vivir diferente, cuantos más se tiene, mayor es la inseguridad al aumentar el miedo a perderlos.

La sociedad occidental promueve la construcción de un “yo”, no sobre la base de valores colectivos de cooperación que hace la inseguridad más manejable, sino sobre mandatos infantiles de ser fuerte, exitoso, popular, sin fisuras y carencias (yo ideal versus ideal del yo que se proyecta al futuro). Un yo infantil que la ciencia, la tecnología y la publicidad no dejan de alimentar con que todo es posible. El narcisismo exacerbado se impone en las relaciones, donde el otro diferente deja de ser un semejante y se convierte en un objeto que poseer o rechazar, lo que potencia relaciones de dominio y sumisión, dependencia e inseguridad en las que la violencia hace su entrada ante el miedo de perder al otro. Identidades basadas en tener o no tener, dominar o ser dominado, acto violento como forma de reasegurarse, dominio ante algo para negar la necesidad frente al otro.

Silvia Bleichmar al reflexionar sobre la violencia social, llama la atención sobre la falta de legalidades, donde la norma no interiorizada se intenta imponer externamente de forma coercitiva. Urge la necesidad de educar en la ciudadanía responsable, enseñar en el respeto de uno mismo y de los demás, transmitir que no todo es posible, que no todo es exigible, que en la vida hay que aprender a soportar cierto grado de frustración y malestar. La pérdida de referentes y valores lleva a una desorientación de los padres que a su vez lleva a la de los hijos, lo que aumenta la sensación de soledad que cada uno lleva a su manera. Falta de ética social, las noticias de corrupción, adultos con comportamientos adolescentes que contradicen los que después se intenta inculcar a los jóvenes, se transmite la idea de se puede hacer todo pero que no te pillen en tu transgresión, invade la sensación de no que hay normas ni leyes. Los niños al percibir que el cumplimiento de las normas varía según el estado de ánimo del adulto le dejan con la sensación de que están en manos de otros que utilizan su autoridad para cumplir sus deseos, padres que verbalizan normas que ellos mismos transgreden volviéndose la norma arbitraria y refuerza la idea de vivir en un mundo sin leyes. Las reglas claras y respetadas por todos, hace sentirse a uno en un mundo protector y predecible. A los niños, la contradicción entre las palabras y las acciones, entre principios morales, normas y actos, les dificulta constituir su propio sistema normativo interno, además le hace sentirse más inseguro, al dejar de ser el mundo predecible y pasar a ser un mundo caótico, impredecible y peligroso. Así ante “aquí sálvese quien pueda”, el ataque o defensa con actuaciones agresivas encuentran su sentido.





AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

VIAJEROS QUE MIRAN

Ramón Area Carracedo

Me pide Marta Carmona que, desde la Asociación Galega de Saúde Mental, escriba algo para el boletín de la AEN y pienso (en este otoño traidor) en Lugo y el mes de abril. Podría recordar Trasalba, ya sabéis, cuando hablamos de literatura, psiquiatría y psicoanálisis en el pazo de don Ramón Otero Pedrayo. O de las jornadas de noviembre. O de nuestra revista, el Siso Saúde, que acostumbra a salir de imprenta en el mes de enero.

Sin embargo, debe ser que lo solicita desde Madrid, recuerdo el día que nos enredamos a hablar de la locura y la ciudad y apareció Santiago y una Alameda por la que paseo casi todos los días.

Los últimos años Compostela asiste a un turismo desatado, con peregrinos y caminantes que callejean por las *rúas* del centro histórico. Hay terraceo, conciertos, museos, tiendas de recuerdos, excursionistas, un montón bicicletas, mochilas y gente fotografiando cada rincón de la ciudad.

A los que aquí residimos nos inunda, de mayo a octubre, la resignación propia de los habitantes de un parque temático, hasta que las lluvias y las tardes de poca luz se instalan como lo harían *os aparecidos*. Es entonces cuando volvemos a cruzar con tranquilidad *a praza do Obradoiro*, el lugar más visitado de Santiago. Y al pasar por la Alameda, ya no está la multitud que rodea cada día del verano la escultura de *As Mariás* (el segundo lugar más frecuentado de la ciudad).

Los turistas acostumbran a detenerse delante de esa estatua. Son dos señoras, ya de edad, vestidas con ropa muy coloreada, pañoletas y el rostro pintado con maquillaje llamativo. Van cogidas de la mano, con abrigos rojos. Una de ellas lleva un mantón y extiende una mano mientras con la otra sujeta a su hermana y del brazo, previsoramente, cuelga un paraguas.

Entre las risas y la sorpresa nada más se suele ver porque no hay otra cosa que esa imagen. Luego, el paso debiera llevar a la antigua *porta Faxeira* que, borrada también de la historia, deja que *As Mariás* miren hacia un semáforo impaciente y transitado que marca la entrada a la *améndoa medieval*.

Muchos compostelanos se pasaron décadas viendo lo mismo, aunque todo fuese en carne y hueso, en la vida del presente que les tocó.





Coralia y Maruxa Fandiño Ricart, durante años, salían a pasear a las dos en punto por la Compostela franquista. Siempre el mismo recorrido, sin faltar a su cita, con la exactitud de la psicosis o la rebeldía. Era aquella ciudad del blanco y negro de la dictadura, repleta de silencios y de vacíos y de esquinas con miedo a ser dobladas. Sin embargo ellas flirteaban con los universitarios, piropeaban a los hombres, sus rostros estaban adornados con polvos de arroz mientras los vecinos (antes) y los turistas (ahora) las observaban.

Fue y es, en cierto modo, una mirada psiquiátrica. Mira y describe. Donde pone el ojo, califica. Le basta un nombre y un par de adjetivos.

Así, los testigos que se decían imparciales, normales o, simplemente gentes de bien, identificaban a dos locas, dos pacientes psicóticas si se prefiere. Raras, extravagantes, fuera de la norma y de lo normal. Delirantes, en donde lo seductor aparecía como caricatura del amor y la soledad. Luego podríamos irnos ya a esa palabrería que insiste en ser psicopatología y adentrarnos en un nominar para cada conducta, cada palabra, cada peculiaridad. Latinajos que apresan a las personas hasta dejarlas más inmóviles que sus propias estatuas.

A César Lombera le llevó nueve años convencer a la autoridad. En 1994 lo logró (Xerardo Estévez era el alcalde) y fue entonces cuando instaló una reproducción realista y colorida de uno de los paseos de *As Marías*. No existe hoy y allí discurso o explicación que algo añada a la imagen. Tampoco mirada psiquiátrica. Una vez finalizada su descripción ha dimitido (a perpetuidad) de su función ética en las amnesias históricas de la ciudad. Y la memoria y el olvido continúan protegiendo a las familias de siempre mientras ignoran a esas otras familias que también son de siempre, digo yo.

En las jornadas “II Xornadas de psicopatoloxía e cultura” organizadas por la AGSM-AEN se proyectó el documental “*Coralia e Maruxa: as irmáns Fandiño*” realizado en el año 2008 por Henrique Rivadulla Corcón (quien asistió como conferenciante). Alejandra Pillado y Anasthasios Christodoulou intentaron una aproximación clínica a su caso y Encarna Otero analizó y recordó (con fuerza y brillantez) la vida de las dos hermanas.

Así, más allá de la estatua, de la imagen, de los vestidos o de los rincones más visitados de la ciudad, entramos en esa escucha que trasciende la descripción y busca sentidos y biografías.

La familia Fandiño Ricart estaba formada por once hermanos, hijos de un zapatero de la *rúa do Espírito Santo*, tres de los cuales estaban relacionados con el movimiento anarquista al ser militantes de la CNT. Dos de ellos fueron encarcelados pero Manuel, pintor de profesión, y Alfonso lograron esconderse (o escapar) al inicio de la guerra y pasaron a la clandestinidad.

Los falangistas se presentaban de madrugada en casa de los Fandiño. Registraban la vivienda, rompían objetos, desnudaban a las mujeres en la vía pública y las llevaban al monte Pedroso. Querían que las tres (Coralia, Maruxa y Sarita, que murió joven) delatasen a sus hermanos. Las pasaron canutas desde el principio de la guerra hasta finales de los cuarenta. Luego, los hermanos huidos fueron apresados y la presión disminuyó un poco.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

No así la pobreza. Les fue imposible trabajar como costureras, su oficio y el de su madre. Los clientes ya no les llevaban ropa, eran los tiempos del miedo a significarse. Entonces los colores, el paseo, el maquillaje, los abrigos y los mantones recubrieron la delgadez del hambre y las bocas sin dientes de la miseria. El paseo diario y ritual rompía el aislamiento de la psicosis y de la represión franquista.

Era un gesto.

Parte de la sociedad compostelana también se atrevió al gesto: no les daban limosna sino que entregaban dinero, unas monedas sueltas, la vuelta de sus propias compras, en los *Ultramarinos Carro de la praza do Toural*.

Supongo que volverá el buen tiempo y el camino se llenará nuevamente. Ya en Compostela los viajeros harán fotos en el *Obradoiro* y pensarán en sus cosas y en la mejor manera de disfrutar de la ciudad. Muchos caminarán por la Alameda y verán a Coralía y Maruxa. Si alguno de ustedes llega a estar entre ellos, háganle fotos. Muchas. Ya no digo que sea el primer lugar más visitado de Compostela (no me quiero yo meter ni con la curia, el hostel *dos reis católicos*, el *concello* o la *universidade*, los cuatro lados de la *praza do Obradoiro*) pero que sí que continúe siendo el segundo. Ya saben. Es la manera que *As Mariás* encontraron de vencer.

(Y si, algún día les apetece pasarse por alguna de las actividades que la AGSM organiza, serán bienvenidos. Estamos seguros que la AEN no fomenta los psicoviajes industriales masivos que podrían convertir definitivamente a Compostela en el parque temático *do Camiño e do Peregrino*).

www.culturagalega.org/album/detalle.php?id=213



LUCES Y SOMBRAS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Marta Carmona Osorio y VV. AA.

Arrancamos

La idea de escribir este texto surge hace meses, en el descanso de unas jornadas, cuando una trabajadora de un centro concertado de la red de rehabilitación psicosocial comenta de pasada la siguiente escena: una usuaria del dispositivo insiste en recibir su asignación de tabaco al finalizar una actividad y debido a que el profesional considera esta insistencia inadecuada, rompe frente a la usuaria el cigarro que le tocaba fumar. Hay algo potente en esa imagen que pide a gritos volverse palabras. Romper el cigarrillo de alguien no es darle un puñetazo, no es insultarle, no es echarle a patadas de un lugar; desde esa perspectiva es algo menor, algo banal. Pero a la vez es un gesto tan innecesario, tan absurdo, que retumba violencia. Probablemente en la cabeza del profesional que troncha ese cigarro es una acción cargada de sentido, basada en estadísticas de las múltiples mortalidades derivadas del tabaco, en el gran autocontrol que demuestra quien consigue dejar de fumar, en datos irrefutables y en protocolos de consenso. Para ese profesional que la usuaria controlara el tabaco era un objetivo impecable, hasta el punto de no cumplir lo acordado (suponemos que guardar ese cigarro al incumplirse algún objetivo), sino que va más allá (romperlo, para que *entienda*). Al alejarnos de todos los datos que el profesional intenta conjugar en su cabeza la perspectiva nos permite ver con claridad que romper el cigarro de alguien ante sus ojos no sólo es inútil sino que además es cruel.

Al preguntar si esto es frecuente varios profesionales de este circuito presentes en la conversación aseguran que más allá de lo anecdótico (todo el mundo, en cualquier trabajo, ha tenido un mal día y ha hecho algo estúpido e incluso cruel), esa imagen, indudablemente violenta y que no es representativa de la realidad de los centros, sí ofrece la caricatura extrema de una dinámica difícil de poner en palabras pero que aparece con frecuencia y que será una constante en este artículo: describen un ambiente que, aun cuando es globalmente bueno, se puede hacer opresivo de forma soterrada. Un ambiente donde la frontera del cuidado y el hostigamiento es particularmente difusa. El trastorno mental grave, la locura, el sufrimiento psíquico intenso o como queramos llamarlo suele traer aparejada esa difusión entre qué es cuidado y qué es coerción. Pero se plantea también que no sólo de la “locura” venga esa dificultad para distinguir qué es admisible y qué no, sino también del propio diseño de las redes que construimos.

Inciso: es fácil ser falaz/tendencioso al tratar estos temas (en las próximas páginas intentaremos con denuedo evitarlo y aún así fallaremos. Lo sentimos). La perspectiva que da alejarse de cada situación concreta hace que se pierdan los matices que podrían explicarla e incluso harían perfectamente comprensible para la mayoría una actuación que de lejos pareciera absurda. Entrevistar en una habitación prácticamente a oscuras a una usuaria puede parecer un disparate pero si la usuaria



delira desde hace años con hadas que viajan por la luz y le muerden los ojos puede entenderse que se le proporcione un ambiente lo más confortable posible. Imágenes así abundan en cualquier espacio en el que se trabaje con personas cuyo sufrimiento trasciende los límites de la “realidad compartida”. Pero en la dinámica del “si conocieras todos los datos lo entenderías” se genera otro tipo de monstruo. “Todo vale con tal de cuidar”. La frontera entre lo que resulta inadmisibles, con y sin contexto, y lo que con contexto resulta mayoritariamente asumible se desdibuja. Casi todo el mundo entiende que se sujete a un ciego que va a caer a una zanja que no ha advertido, y casi todo el mundo entiende que no se fuerce la alimentación a un preso político en huelga de hambre. Al acercarnos a nuestro campo las obviedades se van disolviendo aunque no por ello deja de haber líneas directrices claras en cómo se ha entendido el trabajo en las redes de salud mental. Acerca de qué es coerción y qué es cuidado han corrido y correrán ríos de tinta, porque es una discusión imprescindible en cada sociedad. Gran parte de esta discusión se está (y seguirá) centrando en medidas concretas como la restricción de movimientos (sea con correas o sea con aislamientos/sedación allá donde están prohibidas las correas), las incapacitaciones judiciales, los internamientos involuntarios, etc. En estas medidas la coerción comparece de forma explícita y es en sus contextos donde entra la discusión coerción-cuidado. Pero no sólo existen formas explícitas de coerción. La coerción explícita es imposible de ignorar, pero las formas blandas de coerción se camuflan en el cuidado con mucha facilidad. Asimismo la coerción blanda y el paternalismo se entrecruzan de tal forma que es muy difícil marcar dónde acaba una y empieza otra.

Hay otro hecho incuestionable, rehabilitación es un mundo con unas características muy particulares; por una parte tenemos trabajadores/as en condiciones muy precarias, fundamentalmente salariales, pero también poco reconocidos/as en su trabajo. En el imaginario del colectivo profesional está muy extendido alabar la función de “acompañamiento” de los/as profesionales de rehabilitación a la vez que se ignora su papel terapéutico, papel terapéutico que parece reservado a los dispositivos clínicos y particularmente a los facultativos/as. Por otra parte encontramos, de forma mucho más explícita que en ninguna otra parte de la red, las contradicciones que plantea el modelo comunitario en una sociedad capitalista. La propia interacción de las empresas concesionarias, más o menos especializadas en salud mental, con las instituciones públicas, los usuarios y las comunidades donde se ubican trae conflictos que no son propios de la rehabilitación psicosocial sino de la sociedad del s. XXI. Que las incongruencias del sistema comparezcan de una forma más visible en esta sección de la red no significa que surjan de ella, sólo que obliga a mirarlas a la cara.

La conversación en el pasillo continúa. Más allá de la anécdota truculenta del cigarro roto filosofamos acerca de con qué derecho un, por ejemplo, educador que se fuma dos paquetes de tabaco al día le dice a una usuaria cuántos cigarrillos puede o no puede fumar, por muy malo que sea el tabaco para los dos. “Intentamos construir *ciudadanos modélicos* que ninguno de los que trabajamos allí somos”, dice otra. Los que estamos presentes en la conversación y no trabajamos en ese circuito sugerimos organizar algún coloquio sobre este tema y la respuesta es unánime: es difícil hablar de esto en público. Es difícil criticar métodos más que extendidos, es difícil criticar a quien te

contrata y puede prescindir fácilmente de ti, es difícil cuestionar un modelo que, aunque no siempre es así, suele estar aplicado por empresas que han de *demostrar resultados* para mantenerse. En línea con el párrafo anterior, un colectivo cuya labor es poco reconocida lo tiene difícil para hacer críticas a su funcionamiento habitual. En los meses siguientes replanteamos esta cuestión entre más trabajadores/as de rehabilitación y la respuesta se repite. Así surge la idea de hacer este texto; recoger de forma anónima testimonios de trabajadores/as donde relaten “luces y sombras” de su día a día; tanto reflexiones como viñetas de situaciones que consideren éticamente cuestionables, o por el contrario prácticas que consideren desaprovechadas. La intención es una “toma de pulso” de con qué no se encuentran conformes en su trabajo diario, ora porque se malgastan oportunidades, ora porque comparecen conflictos éticos. La idea es que el anonimato permita prescindir de las buenas intenciones que se recogen en los planes, los convenios, y los manuales y se apeguen a esa parte de la realidad de la que es más difícil hablar. De cara a poder debatir de una forma lo más generalizable posible no se recogen ni los organismos para los que trabaja quien envía el testimonio, ni su lugar de trabajo, ni datos de filiación de los usuarios que puedan mencionar en sus ejemplos de prácticas a debatir. Qué se hace en estos dispositivos vs qué querríamos que se hiciera. Enviamos un mail con esta demanda y petición de difusión y en los días siguientes llegan múltiples testimonios de aprox. 30 personas que se identifican como trabajadores/as de esta red desde diferentes lugares del estado. En el resumen de estos testimonios se basa este texto. Dado que desconocemos el origen no verificamos dichos testimonios; no es el propósito de este texto que se tome ninguna medida concreta, ni tampoco considerar dichos testimonios una realidad absoluta e incuestionable sino que se incluyan voces que habitualmente no son oídas en un espacio de reflexión. ¿Qué es la rehabilitación psicosocial? ¿Qué es lícito y qué no lo es dentro de ella? ¿Quién tiene que responder a estas preguntas? ¿Las consejerías, los profesionales, los usuarios/as? ¿Quién lo está haciendo?'



1. Aprovechamos la pregunta para señalar que somos conscientes de que este texto implica múltiples contradicciones y una doble apropiación, por una parte por estar redactado por profesionales que no trabajan en el circuito específico de rehabilitación, por otra parte por abrir debate acerca de dispositivos asistenciales sin incluir los testimonios de quienes hacen uso de esos dispositivos y en torno a cuyos derechos versa la discusión. Trataremos de salvar la contradicción considerando esto la apertura del debate y no el debate en sí.



Constantes

En las muchas aportaciones hay varias ideas que se repiten con frecuencia, recogemos aquí las predominantes.

- sensación de trabajar en un entorno en el que a menudo se imponen normas innecesarias, más intensas cuanto más tiempo pasan los usuarios/as en el dispositivo, creándose dinámicas que infantilizan a los sujetos y cronifican las dificultades por las que teóricamente han sido derivados a esos recursos.
- tendencia frecuente a rigidificar normas que en un momento concreto pudieron tener sentido pero lo pierden al hacerse sistemáticas, recortando paulatinamente el margen de lo autorizado dentro de los dispositivos, creando espacios artificiales escasamente representativos de aquellos donde los usuarios/as, como objetivo, han de poder desenvolverse. Un ejemplo muy repetido es la realización sistemática de registros que vulneran la intimidad del individuo, sin que haya causas de riesgo inminente que puedan justificarlos.
- la dictadura de los resultados, más patente (aunque no exclusivamente) en los dispositivos concertados, condicionado ingresos, altas y el curso de procesos que debieran estar regidos por otros criterios. La limitación de recursos es una constante inevitable en cualquier atención, pero aun contando con este aspecto, los trabajadores coinciden en que está extendido que esto se haga de forma opaca y en muchas ocasiones iatrógena. Los criterios de absentismo chocan frontalmente con la realidad vital de los usuarios/as, boicoteando los procesos e ignorando sus circunstancias vitales. En los distintos ámbitos, fundamentalmente los que tienen un objetivo final concreto (laboral, cambio de residencia, etc) se priorizan procesos lineales que se adaptan mal a las necesidades y tiempos de los usuarios. En ocasiones describen también negativa por parte de los responsables a que se mantenga contacto durante un tiempo con usuarios/as dados de alta aunque les suponga un beneficio terapéutico importante ya que esa prestación no se remunera.
- consideran que hay una tendencia en las redes de salud mental (no solo RPS) a negar que existen usuarios/as en situación de dependencia completa que necesitan cuidados profesionales continuos, a los que se deriva a recursos donde también van usuarios/as con quienes se apuesta por que a la larga se responsabilicen por completo de su autocuidado. Al coexistir, fundamentalmente en recursos residenciales, se generalizan dinámicas incongruentes, que desprotegen al que precisa cuidado continuo e infantilizan a aquellos a los que se está lanzando el mensaje “tienes que cuidarte tú sólo/a”.
- como aspecto positivo los profesionales suelen poder hacer recogidas biográficas amplias y tienen la ocasión de conocer en profundidad a los usuarios/as lo que a priori permite que las distintas medidas se adapten a cada caso; en muchas ocasiones, sobre todo si depende de un sólo profesional esto se hace; ahora bien, las dinámicas-cada-vez-más-rígidas descritas previamente chocan frontalmente contra esta capacidad, anulando en muchas ocasiones uno de los aspectos más valiosos del recurso.



- otro aspecto positivo señalado desde varias fuentes es que algunos aspectos concretos que a priori parecerían más vulnerables suelen ser respetados, por ejemplo las relaciones de pareja en los recursos residenciales. Aunque alguno de los testimonios habla, con razonable alarma, de recursos en los que se prohíben las mismas, muchos de quienes nos han contactado describen que en sus entornos laborales el respeto a este aspecto de la vida sexoafectiva de los usuarios/as tiende a ser absoluto; y describen esto como una grata sorpresa respecto a la expectativa que tenían antes de empezar a trabajar en esos centros.
- describen una tendencia muy generalizada a denominar “*difíciles*” a usuarios que tienden a protestar y reclamar por lo que les sucede en el dispositivo, aunque esas quejas y protestas sean razonables y compartibles por otros usuarios/as e incluso los profesionales; en casos en los que las protestas pueden ser menos extensibles y obedecer a la sintomatología del usuario/a pero implican una ruptura de su tendencia a la inhibición o un principio de empoderamiento con frecuencia no se recoge esto sino que se tiende a buscar la extinción de dichas quejas. En general describen que se premia explícita e implícitamente la sumisión, incluso en casos en los que uno de los objetivos a trabajar es precisamente el empoderamiento.
- muchos de los testimonios señalan como habitual la tendencia a “jugar a poli bueno/poli malo” (utilizan varias veces esta expresión, que respetamos) con los CSMs/USMs o figuras equivalentes. Si bien desde los dispositivos de rehabilitación habitualmente no se realizan ingresos involuntarios, o se gestionan TAls, sí se utiliza con frecuencia su amenaza; también refieren que es común que en caso de empeoramiento sintomático del usuario/a por iniciativa de los trabajadores del recurso (residencial o ambulatorio) se organicen ingresos involuntarios a espaldas del usuario/a y posteriormente se le diga que ha sido una iniciativa del centro/unidad de salud mental. Esta dinámica genera espacios confusos, en los que las funciones de los profesionales quedan desdibujadas y se traiciona la confianza del usuario/a.
- indefectiblemente en **todos** los testimonios desde centros de rehabilitación laboral se habla de la incongruencia de ofrecer un servicio destinado a la ocupación de unas plazas laborales que rara vez se encuentran, o si lo hacen son en unas condiciones muy precarias, tanto en remuneración como en condiciones, como que, frecuentemente y pese a múltiples coordinaciones con atención primaria y las empresas, el usuario/a sea despedido de su empleo en cuanto precisa una ILT. Las remuneraciones descritas llegan a salarios de 25€ mensuales por jornadas de 3 ó 4 horas diarias (no, no es una errata, veinticinco) bajo el epígrafe “la empresa no va a pagar más, así que eso o nada”.
- frecuente aplicación de criterios personales de los trabajadores/as, fundamentalmente en recursos residenciales pero no exclusivamente, en asuntos en los que la sociedad presenta un abanico muy amplio de opciones, como pueda ser el estilo de ropa/estética, los hábitos de limpieza del hogar (diaria/periódica), la rutina de aseo (matinal/vespertina), etc.
- diferencia patente en el nivel de hincapié que hacen las empresas concesionarias en realizar coordinaciones con los servicios de salud mental que pertenecen al sistema sanitario. Si bien



describen empresas, habitualmente más generalistas, en las que este esfuerzo no se aprecia, en las empresas más focalizadas en atender a personas con trastorno mental grave es habitual que la coordinación ágil sea una prioridad, con una buena repercusión terapéutica.

- como aspecto positivo varios testimonios hablan también de una tendencia cada vez mayor a trabajar en proyectos de participación ciudadana.
- dificultad para plantear una limitación a lo que se podría llamar “encarnizamiento rehabilitador”, que en los testimonios describen con la frase “te rehabilitarás quieras o no”.
- indefensión de los usuarios en los pisos tutelados. Habitualmente éstos son cedidos por ayuntamientos o gobiernos autonómicos, pero frecuentemente ceden la gestión a entidades concertadas, que adquieren un gran poder sobre el usuario, desde la situación implícita (o explícita) de que si éste no respeta las normas del programa puede ser expulsado del piso. El programa se vuelve por tanto algo radicalmente distinto de otros dispositivos. Si un usuario/a no está contento con el trato en un centro de día o en un centro de inserción laboral, puede dejar de ir, si hace eso en un programa de pisos se queda sin casa.
- tendencia habitual a que si en la acogida de cada dispositivo el usuario/a va acompañado por su familia de forma sistemática de le da credibilidad a los segundos frente al primero. Asimismo describen como habitual comunicar a los familiares hechos o pensamientos relatados por el usuario/a habiendo hecho explícito éste que deseaba que esa información no fuera transmitida a su familia.
- deriva “publicitaria” de algunas iniciativas, perdiendo su intención y utilidad originales. Varios testimonios, de origen bastante diverso coinciden en describir este fenómeno: se pone en marcha una iniciativa, generalmente artística/creativa, frecuentemente propuesta por un trabajador/a. Comienza a dar buen resultado, los usuarios/as disfrutan de ella, le sacan partido y les permite desarrollar más habilidades. Esos resultados resultan fácilmente relatables en prensa/congresos/instituciones. La empresa donde se ha desarrollado la iniciativa la utiliza como escaparate de los servicios que ofrecen. De cara a que este escaparate resulte más efectivo se selecciona a los usuarios que pueden desempeñar la actividad con un resultado más vistoso, independientemente de que sean los que más se van a beneficiar de ella. Se mantienen estas iniciativas todo el tiempo que puedan desarrollar esta función “escaparate” incluso aunque esto distorsione los objetivos y resultados originales. Algunos testimonios relatan que se difiere el alta de los recursos de los usuarios/as que proporcionan resultados vistosos aun en contra de los criterios terapéuticos.
- algunos testimonios hablan de que cuando se cuestionan, en coordinaciones, reuniones de equipo, etc, algunos de los aspectos arriba recogidos con frecuencia el profesional que cuestiona es denostado, ridiculizado y en ocasiones amenazado en su posición de trabajador. A raíz de esto aspectos que serían fácilmente debatibles y mejorables (la rigidificación de normas, la pérdida de sentido original de algunas iniciativas, etc) se quedan estancados.



Fogonazos

Reproducimos a continuación algunas de las muchas viñetas aportadas. Si bien en algunas de ellas unas circunstancias extraordinarias podrían explicar las medidas tomadas, los/as profesionales que las relatan nos insisten en se trata de situaciones que implican usuarios en su estado basal, sin una coyuntura de por ejemplo riesgo vital inminente que pueda justificar el exceso de celo. Asimismo es asumible que en los dispositivos, fundamentalmente en los residenciales, son precisas unas normas mínimas de convivencia; quienes aportan los testimonios incluyen que los ejemplos reflejados se encontraban fuera de los acuerdos de convivencia que consideran razonables. Algunas de las viñetas, las más repetidas, han sido recogidas en la parte anterior del texto; otras son más excepcionales y generaron rechazo explícito en los centros donde se produjeron pero nos han sido relatadas como ejemplo de la vulnerabilidad que se puede presentar en esos espacios. La idea de los ejemplos siguientes no es entonces hablar de las actuaciones concretas, que hechas están, sino de la dificultad que parece haber para crear espacios donde se puedan cuestionar y mejorar.

- una usuaria en un recurso residencial abierto presenta conductas autolesivas utilizando un mechero. Se toma la decisión de retirárselo así como al resto de usuarios que permanecen en el recurso mientras dura su ingreso. Una vez dada de alta se mantiene la norma de que no pueda haber mecheros en el centro y que los pacientes tengan que encender los cigarros en un punto en concreto, con un único mechero vigilado por un educador, aun cuando no ha vuelto a haber incidentes de ese tipo.
- varios profesionales manifiestan preocupación en torno a los pisos supervisados concertados. Por una parte describen normas de funcionamiento diseñadas más para comodidad de la entidad que para el usuario, con limitación de visitas de familiares o amigos, exigencia de avisos previos, etc; incluyendo un caso en el que al usuario se le prohíbe (so pena de perder el recurso) mantener ningún tipo de contacto con su familia de origen durante los dos primeros meses de ingreso. En el modelo de pisos supervisados de gestión concertada describen también la facilidad con la que se generan abuso debido a que las tarifas que las entidades cobran no están bien definidas y no diferencian el apoyo residencial y el asistencial; de este modo cuanto menos gaste la entidad en el coste y mantenimiento de la casa más beneficio empresarial tiene. Se insta por tanto a los usuarios a usar poco la calefacción, a asumir la limpieza de la casa, por ellos o pagando empresas de limpieza. Lo que sería una apuesta razonable por una mayor autonomía de los usuarios/as se pervierte convirtiéndose en una cuestión en la que lo que importa es que hagan el menor gasto posible, o que asuman ese gasto si lo hacen. En otros casos varios profesionales han sido testigos de copagos desregulados.
- persona a la que se le expulsa de un recurso residencial por dos faltas graves, siendo una de ellas que le hayan robado alguna de sus pertenencias de su habitación por no haberlas tenido guardadas bajo llave.
- usuaria recuperada de violencia de género y abuso infantil. Le resulta difícil mantener la asistencia al centro para acudir a los talleres pero acude regularmente a las citas con una de las terapeutas,

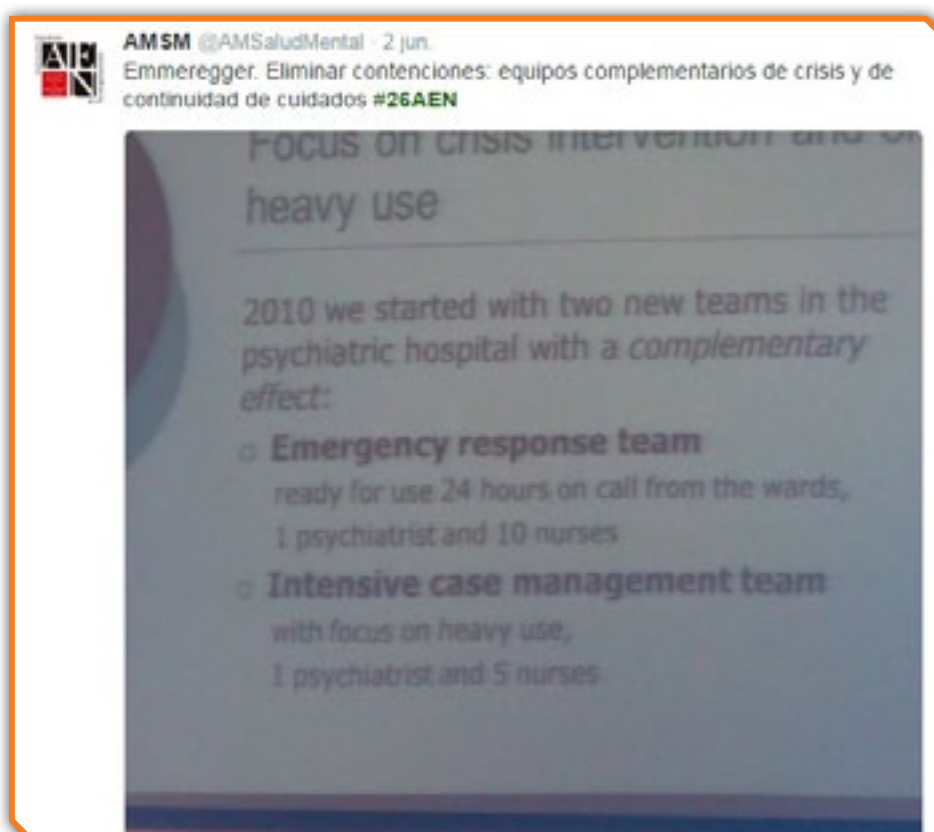


con la que mantiene muy buen vínculo. Se le da la baja por absentismo justo en el momento en que muere el único familiar que la creyó y defendió en el tema del abuso.

- persona que, tras años en un dispositivo, considera que el personal que allí trabaja es de su confianza y les revela ideación delirante de larga evolución, que habitualmente no se atreve a relatar por temor a ser ingresada contra su voluntad. Esta revelación no se asocia a mayor repercusión afectiva ni a ninguna conducta de riesgo, siendo congruente a su discurso de hallarse en un espacio seguro. Ante la alarma de alguno de los profesionales y en contra del criterio de otros de ellos, se transmite al CSM un empeoramiento clínico y se acaba realizando un ingreso involuntario.
- recurso residencial en el que se aplica como castigo hacer limpiar todos los baños a una persona por su supuesto mal comportamiento, que tenía que ver con no estar de acuerdo con algunas de las normas o con el trato recibido.
- CRL que detecta que en un centro especial de empleo que no acepta incursión de preparadores laborales (al tener propios) es sistemático el maltrato a los trabajadores (gritos, insultos, mala planificación de las tareas...). El CRL decide dejar de colaborar pero no denuncia, siendo posteriormente presionado para reanudar la colaboración.
- acompañar a una persona a la compra y exigirle que no compre chocolate y sólo compre alimentos saludables, en la cantidad y proporción impuesta por los profesionales.
- recursos residenciales en los que el incumplimiento de horarios en las comidas supone quedarse sin comer ni acceder a ningún alimento, incluso en casos en los que implique un riesgo añadido como una persona diabética.
- acompañar a comprar ropa a una usuaria con antecedentes de mendicidad, que mantiene hábitos de higiene deficientes, comprar la ropa, y guardarla en el centro hasta que la persona no se duche. Se le dan las prendas una a una como recompensa al aseo, permitiendo mientras tanto que hasta que no se duche siga con ropa sucia y rota pese a tener ropa nueva recién comprada.
- usuaria que ha estado en un recurso residencial mucho tiempo y tiene buena relación con los compañeros, y que actualmente vive sola, pide pasar la noche del 24 de diciembre en el recurso para no pasarla sola, ya que es muy triste para ella. Durante la discusión entre los profesionales para tomar la decisión (sin la persona delante) se llega a la conclusión de que lo más normalizado es que se le permita ir a cenar, que se pueda quedar después hasta las 2-3 de la mañana, y que después se coja un taxi para volver a su domicilio que está a más de 30 km a pesar de que en el recurso hay camas libres para que pueda pasar la noche.
- usuaria de vivienda supervisada a la que se impone un cuadrante de limpieza en el que cada día tiene una tarea asignada, impidiéndosele realizar su propuesta de limpieza general semanal.

Traed café y sillas

Hasta aquí la recogida de testimonios. Como primera conclusión vemos que los trabajadores/as han referido más casos de conflictos éticos que de aspectos desaprovechados, probablemente porque habitualmente dispongan de más espacio para hablar de los segundos que de los primeros. De hecho consideramos que el cuadro descrito no es representativo del día a día de los recursos, sino sólo de sus problemas, muchos de ellos, insistimos, más fruto de la sociedad en que vivimos que de las propias características de RPS. Tal vez sea el momento de replantearse las prácticas en RPS, no sólo de los modelos, sino también cuestionar a quién corresponde trazarlos; por una parte la participación alude indiscutiblemente (aunque por ahora esté muy poco extendido) a los usuarios/as, pero entendemos que también ha de incluir a los/as profesionales que construyen esa rehabilitación psicosocial. Así pues, si un método (conductual, de acompañamiento, psicodinámico o integrador, no importa) plantea dudas éticas a la hora de ser administrado, ¿a quién corresponde decidir si ha de ser mejorado o reemplazado? ¿A los usuarios/as, a los trabajadores/as, a los directivos/as, a los académicos/as? ¿Qué espacios tiene una trabajadora escasamente protegida ante el despido que cobra 900€ al mes para criticar las prácticas asumidas como normales en su empresa/institución? ¿Cómo podemos replantear todo esto? En este debate que empieza esperamos que también aparezcan las mil y una maneras imaginativas y respetuosas en las que estos dilemas puedan ser resueltos. Y también a las propuestas organizativas que ofrezcan "espacios de posibilidad" a otro trato.





AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

EL MARCO EUROPEO DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL Y LA ACCIÓN CONJUNTA

Maria Jesús San Pío Tendero

A veces resulta complejo entender y valorar la influencia de las políticas europeas. Como ciudadanos y ciudadanas en ocasiones nos incomodan y enfadan algunas decisiones a este nivel, tan alejado de nuestro día a día, de nuestro sentir, tan enfocado al desarrollo económico y la productividad. Sin embargo en algunos ámbitos, nos ha permitido hacer grandes avances. Y este es el caso de la salud mental.

Atribuir todos los avances acaecidos en nuestro sector a las entidades supranacionales sería además de ingenuo, incorrecto. Pero sí me atrevo a considerar que los últimos 11 años han supuesto un indudable impulso a la salud mental, al estímulo de políticas e iniciativas mejor orientadas y particularmente un refuerzo al modelo comunitario de atención, a la defensa de los derechos y el empoderamiento, el enfoque transversal de la salud mental en todas las políticas, la prevención del suicidio, la promoción de la salud mental... Aspectos que tantas veces profesionales, movimientos asociativos en primera persona y de familiares, y algunos gestores, nos vemos impulsando con escasos apoyos y herramientas y con la sensación de estar proponiendo cosas inverosímiles. Pero no, están ahí, recogidos como prioridades en los documentos de la comisión europea.

En el mes de enero de este año, se publicaba como resultado directo de la [Acción Europea por la Salud Mental y el Bienestar](#), el [Marco Europeo de Acción por la Salud Mental y el Bienestar](#), pero este documento ha pasado desapercibido. Entre otras razones seguramente consta el no tener clara la utilidad de un manual de este tipo, y la complejidad y distancia de las instituciones europeas.

El propósito de estas líneas es por tanto poder describir brevemente de dónde viene la Acción Europea, en qué ha consistido, cuál ha sido la implicación del Estado Español y de qué nos puede servir este nuevo Marco Europeo. Por último, me permitiré añadir alguna reflexión a título más personal.



De Helsinki a Lisboa

El gran cambio en política de salud mental en la Unión Europea comienza con la [Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud - Región Europea](#), donde numerosos estados, entre



ellos, el español, suscriben la [declaración²](#) y [plan de acción³](#) de Helsinki de 2005. Como consecuencia de la misma, la Comisión Europea publica el [Libro Verde de la salud mental](#), y con él abre un proceso de consulta. Le sigue el [Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar](#), aprobado por el parlamento europeo en 2009, sus [cinco conferencias temáticas](#) y sus correspondientes documentos de consenso: la salud mental entre los jóvenes y en la educación, prevención del suicidio y de la depresión, la salud mental en el entorno laboral, la salud mental de las personas mayores y luchar contra el estigma y la exclusión social.

A muchos estas conferencias y documentos supieron a poco. Se había fomentado en gran manera el intercambio de experiencias, se habían destacado ejemplos de buenas prácticas, identificado recomendaciones, pero los documentos resultantes no era vinculantes y la participación de las administraciones de los diferentes estados era muy desigual. Era necesario ir un paso más allá, con mayor implicación de los estados miembros. La Comisión Europea conjuntamente con un grupo de expertos gubernamentales, a petición del Consejo Europeo, comienzan entonces, en 2011, a diseñar una Acción Conjunta.

En 2013, comienza la [Acción Conjunta en Salud Mental y Bienestar](#), coordinada desde Lisboa por la Universidade Nova de Lisboa y en la que participan finalmente 51 entidades socias representativas de 28 estados miembro, entre ellos el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Mientras se van sucediendo estos pasos en la Comisión Europea, van publicándose también distintas iniciativas por parte de la Organización Mundial de la Salud- Región Europea para evaluar los compromisos adquiridos en Helsinki ([Policies and Practices for Mental Health in Europe](#)), para profundizar en algunos aspectos como el empoderamiento ([Declaración de empoderamiento de la Comisión Europea y la OMS-EURO⁴](#)) y la promoción de la salud mental en la infancia ([Promoción de la salud Mental en personas jóvenes: una inversión para el futuro](#)), y para proponer líneas estratégicas: [Plan de acción Europeo en Salud Mental](#) (2013), y el [Plan de acción Europeo en Salud Mental](#) (2015).

La Acción Conjunta por la Salud Mental y el Bienestar

Este proyecto que comienza en 2013 y culmina en enero de 2016, tiene como objetivo general contribuir a la promoción de la salud mental y el bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la mejora de la atención e inclusión social de las personas con trastornos mentales en Europa.

Este objetivo se articula a través del trabajo en 5 áreas, que se corresponden con lo que en lenguaje de proyectos europeos se denominan paquetes de trabajo o work packages (WP). Para cada una de ellas, se establecieron grupos de trabajo en cada estado miembro implicado, se hizo un análisis de

2. Traducción al castellano del Ministerio de Sanidad. www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

3. Traducción al castellano de la Asociación Balear de la Salud Mental. www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf

4. Traducción al castellano por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: consaludmental.org/publicaciones/Empoderamientosaludmental.pdf



la situación y se consensuaron recomendaciones, que quedan recogidas en un informe para cada una de estas áreas:

Acciones contra la depresión y el suicidio e implementación de iniciativas de e-salud (WP4). Ver [informe](#).

Atención en salud mental basada en la comunidad y socialmente inclusiva para personas con trastornos mentales severos (WP5). Ver [informe](#).

Promoción de la salud mental en los lugares de trabajo (WP6). Ver [informe global](#) y [anexo con informes por países](#).

Promoción de la salud mental en las escuelas (WP7). Ver [informe](#) y [anexo de las revisiones científicas](#).

Integración de la salud mental en todas las políticas (WP8). Ver [informe](#).

El proyecto contó con la participación de 28 estados miembros entre sus distintos paquetes de trabajo y fue financiado por la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea (DG SANCO) y la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (CHAFEA).

Acciones y conclusiones en España

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, participó como socio en el WP 5 dedicado a analizar el proceso de transito del modelo institucional hospitalocéntrico a la atención comunitaria y establecer recomendaciones. Los resultados de todo el trabajo quedan agrupados con los de los otros socios en el informe global del paquete de trabajo pero además hubo algunos resultados propios para España.

El análisis de situación consistió por una parte en obtener datos cuantitativos que no estuvieran recogidos en informes precedentes de la OMS-EURO, realizar un análisis DAFO (dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades) con diferentes entidades y personas expertas sobre el proceso de transición posterior a la reforma psiquiátrica. Posteriormente el informe resultante se llevó a una jornada-taller participativa y donde se identificaron recomendaciones de manera consensuada con los diferentes grupos de interés (stakeholders).

Estudio para el análisis de situación

El resultado del análisis cuantitativo y del DAFO así como el detalle de cómo se obtuvo la información quedan recogidos en el informe [Evaluación de la Transición de la Atención Centrada en la Hospitalización a la Atención Comunitaria. Informe para España](#). El Ministerio realizó este trabajo con la implicación de numerosas comunidades autónomas a través del Comité Institucional de la Estrategia en Salud Mental y de diferentes entidades representadas en el Comité Técnico de la Estrategia de Salud Mental.

Para este análisis, se utilizó el cuestionario de la OMS referente al cumplimiento de los hitos de Helsinki, cuyos resultados en relación a 2008 se publicaron en el estudio [Políticas y Prácticas en Salud Mental en Europa-afrentando los retos](#), complementado con preguntas de otros estudios europeos.

Se describen, entre otras cuestiones, la evolución normativa y política, el número de unidades de ingreso, de altas, de profesionales, de plazas en centros de día, el porcentaje de presupuesto destinado a cada partida relacionada con la salud mental, la legislación existente en materia de protección de derechos, las iniciativas de participación, los planes de inclusión...

Este informe refleja en sus conclusiones los grandes avances que se hicieron en España con la reforma psiquiátrica pero también cómo la implementación del modelo ha sido incompleta, y por ello los resultados aún son insuficientes en materia de derechos (las leyes amparan pero no se cumplen), de atención domiciliaria, residencial, programas de empleo, o la coordinación socio sanitaria...

Sesión participativa para la identificación de recomendaciones

Para la elaboración de recomendaciones, se celebró el 24 de noviembre de 2015 una sesión de trabajo conjunta en el Ministerio a la que se invitó además de a los representantes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas, a las sociedades científicas y a representantes de movimientos de personas con problemas de salud mental y familiares. Se trabajó en sesiones plenarias y en grupos de trabajo.

La participación de familiares (7) y personas usuarias de los servicios de salud mental (12) fue la más extensa. Este encuentro fue calificado de “histórico” por varios de los asistentes, porque se pudo reflexionar conjuntamente entre los tres colectivos (gestores, sociedades, y usuarios de los servicios) en la sede ministerial sobre el estado de la atención en España.

Como puede leerse en el [resumen del desarrollo de la jornada](#), se hizo hincapié en varias cuestiones que ampliaban y concretaban las conclusiones del informe anterior. Las recomendaciones surgidas de este taller destacaban como acciones a emprender: la defensa de los derechos humanos (ej. Establecer mecanismos independientes de inspección), el aumento y mejor estructuración de los recursos humanos, la necesidad de un observatorio en Salud Mental, el fomento de la participación en los servicios a todos los niveles de las personas usuarias y familiares, la potenciación de los grupos de ayuda mutua y la inclusión de la figura del paciente experto, como miembro de equipo multidisciplinar de salud mental.

Se acordó intentar promover un encuentro similar el año siguiente.





El marco Europeo de acción para la Salud Mental y el Bienestar

Con el resultado del trabajo de todas las entidades participantes en todos los paquetes de trabajo de la Acción Conjunta, se realizó una conferencia final en enero de 2016, en Bruselas, donde se presentó el [Marco Europeo de acción para la Salud Mental y el Bienestar](#), así como la actualización del [Compás de la salud mental](#).

El primero de estos documentos, pretende marcar, como su nombre indica, el enfoque de actuación futura para los Estados Miembro y la UE, en base a las conclusiones de la Acción Conjunta. De momento, el documento no está disponible en castellano, pero el Ministerio espera poder traducir pronto sus conclusiones.

Recoge de manera resumida las principales conclusiones de cada paquete de trabajo, identifica prioridades de actuación, propone objetivos y acciones en cada objetivo para los que ofrece ejemplos reales de algunos países, y métodos para compartir la información. Promueve también el uso del Compás de la salud mental (brújula de la salud mental).

El [Compás de la salud mental](#) es un mecanismo para difundir el Marco Europeo y recoger, intercambiar y difundir información sobre políticas y buenas prácticas y dará apoyo al Grupo de Expertos en Salud Mental de Entidades Europeas y de los Estados Miembro.

A lo largo de tres años, vehiculizará el desarrollo de documentos de consenso de manera participativa, informes anuales, y tres foros (jornadas). La interfaz para consultar políticas y buenas prácticas está en proceso de diseño pero el compás va informando de sus noticias a través de una newsletter en la que puede inscribirse cualquiera [aquí](#).

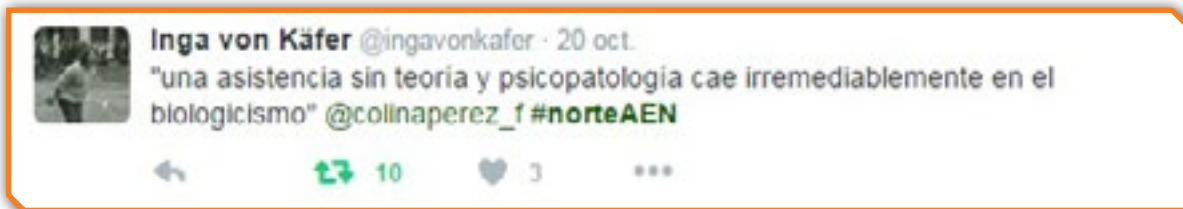
El compás centra su acción en 7 ámbitos: prevenir la depresión, promover la resiliencia, mejor acceso a los servicios de salud mental, proveer servicios de salud mental comunitarios, prevenir el suicidio, salud mental en el trabajo, salud mental en las escuelas y desarrollar modelos de gestión integrados.

La acogida que han tenido estos documentos por parte de entidades de las que la AEN es miembro ha sido positiva. En el mes de junio publicamos en el boletín de la AEN un par de documentos elaborados por la entidad europea de la que somos miembro Mental Health Europe- Santé Mentale Europe (MHE-SME). Estos documentos resumen tanto el Marco Europeo como el Compás, y promueven su uso, principalmente como herramienta de incidencia política.

[Guía informativa de Mental Health Europe para el uso del Marco Europeo para acciones en Salud Mental y Bienestar.](#)

[Infografía de la acción conjunta en Salud mental y Bienestar.](#)

MHE-SME destaca entre las ventajas del Marco Europeo su enfoque de derechos, la amplitud de temas que abarca, la multitud de ejemplos de actuación que propone y el papel que puede tener para ayudar a la incidencia política.



A modo de reflexión personal

No habrá sido fácil llegar con la lectura hasta aquí, entre documentos, instituciones, pactos, promociones, libros verdes, guías... Aprovecho para invitar a la lectura de este [pequeño folleto](#) elaborado también por MHE-SME, para entender mejor las instituciones europeas y su papel y competencias.

El gran dilema que surge con estos macro procesos y documentos de consenso políticos, a este nivel que para muchos resulta estratosférico, es que los resultados, toda la inversión de tiempo, y el dinero de arcas públicas utilizado no sirvan para todo lo que deberían.

Lo primero a tener en cuenta es que la Unión Europea no dispone de competencias en materia de atención sanitaria, sino de salud pública y de protección de derechos, entre otras. Por otra parte, los consensos europeos recogen las perspectivas de países con realidades muy distintas y a través de reuniones donde acuden mayoritariamente personas que se dedican de manera casi exclusiva a la gestión, y sólo algunas desarrollan procesos participativos en paralelo. Es realmente complejo que los documentos recojan las especificidades de cada sector, y colectivo, de cada temática y lugar.

Sin embargo, desde mi punto de vista, hay mucho que poder aprovechar y, de momento, creo que el esfuerzo ha valido la pena. Se pueden utilizar estos materiales para recordar a los diseñadores y diseñadoras de políticas, a gestores de los servicios, el compromiso que ha adquirido en Europa el Estado, y esto lo han hecho con diferentes colores políticos en sus gobiernos. El principal aspecto a destacar de entre los que citan es la necesidad inaplazable de una dotación presupuestaria coherente para la salud mental, aunque independientemente de la cuantía, hay prioridades y propuestas de reorganización presupuestaria que no se pueden escapar.

Desde mi punto de vista otro aspecto clave para avanzar en el modelo comunitario es la creación de espacios de participación a todos los niveles para las personas con problemas de salud mental y aquellas que les acompañan desde la familia: en los lugares de decisión política y de gestión de los servicios, y también espacios para poder encontrarse, y acompañarse. Los documentos de la OMS y de la Comisión Europea, hablan con claridad de empoderamiento y de la participación en la evaluación e inspección de los servicios y en poder velar por el cumplimiento de los derechos recogidos en la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Algunas otras cuestiones que a mi parecer pueden resaltarse en el Marco Europeo, son:

- La necesidad de seguir avanzando en el modelo de atención comunitaria, no lo hemos acabado



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

de desarrollar en el estado español, aún disponemos de una financiación demasiado alta en hospitalización en proporción a la atención en la comunidad y particularmente la atención domiciliaria (o fuera de los despachos) es altamente infrecuente así como el acceso a terapias.



- La necesidad de coordinar mejor el sector social y sanitario
- Promover la salud mental positiva en los espacios de trabajo y las escuelas es algo que revierte en toda la ciudadanía, evidentemente incluidas las personas con problemas de salud mental.
- No trabajamos lo suficiente en cuestión de prevención de los trastornos y especialmente del suicidio.

Ciertamente he tenido la suerte de poder participar en primera persona en todo este proceso. En la época en que trabajaba en la Confederación Salud Mental España (entonces FEAFES) ya fuimos participando inicialmente a través de Mental Health Europe y de EUFAMI (federación europea de asociaciones de familiares) en las aportaciones al Libro Verde. En el proceso que siguió, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad fue de los pocos representantes de estados miembro en incluir en el equipo que enviaba a los diferentes eventos relaciones con el Pacto Europeo a una representante del movimiento asociativo.

Posteriormente en otra etapa personal, participé como técnico de apoyo en la recogida de información y elaboración del informe para España de la Joint Action, y tuve la oportunidad de dinamizar uno de los grupos de trabajo del espacio de participación de noviembre de 2015.

Todo esto me hace sentirme afortunada y agradecida al MSSSI, a FEAFES (sus voluntarios/as y sus profesionales) y particularmente, a Manuel Gómez Beneyto, a José Rodríguez Escobar, a Isabel Saiz, a José María Sánchez Monge y a muchas personas más por permitirme participar de esos espacios y acoger mis constantes dudas, reflexiones y propuestas, en ese deseo de hacer las políticas europeas más terrenales y la realidad de España más europea.

Puede que mi subjetividad esté sesgada, pero a pesar de (o a razón de) mi implicación directa también tengo una lectura crítica de todo el proceso.

Al inicio del pacto teníamos muchos la sensación de que se centraba en la población general y quedaban de lado las personas con mayores dificultades relacionadas con la salud mental y sus familias. Ya había quedado claro en las conclusiones de la Conferencia del Pacto sobre lucha contra el estigma y la discriminación, que no lograríamos cambiar la imagen que se tiene de las personas con trastornos mentales si no mejoraba la atención y se hacía realmente comunitaria. Eso ya cambió



en la Acción Conjunta puesto que se dedicó un WP entero a la atención a la Salud Mental. Pero sigue sabiendo a poco. No se trata sólo de pasar del encierro del hospital, al paso del día a día en otro tipo de centros sólo de día, junto a la biblioteca del barrio. Se trata de tener unos servicios mejor dotados, que puedan salir de los despachos, que permitan el buen trato y no sólo el buen tratamiento, y que acompañen a las personas en sus proyectos de vida y a su entorno le faciliten saber ayudar y cuidarse.

Otra cuestión que percibo es que los planteamientos de estos documentos europeos, no casan siempre con los discursos que se tienen en los locales de las asociaciones, en los encuentros entre profesionales, personas con diagnóstico o familias. A veces puede parecer más “anticuado” el lenguaje europeo, y aleja a los más vanguardistas. En ocasiones la diferencia con los discursos a pie de calle es de años luz de evolución, y no se entiende. O lo que es peor, se entiende como conviene, se cambia el discurso para que sea “políticamente correcto” pero no cambian los servicios, ni los planes, ni los programas, ni las acciones. ¿Cómo acercar las políticas europeas a la realidad en la que nos movemos? ¿Cómo evitar que el papel aguante todo? Sería interesante ampliar los métodos de participación, que por algún tipo de proceso participativo se pudiera conocer mejor de primera mano lo que opinan los ciudadanos y ciudadanas que utilizan los servicios de salud mental (sanitarios, sociales, laborales, de ocio...) bien porque los usan como usuarios, como profesionales o como familiares. Ciertamente han contado en todo momento con las entidades representativas de todas (o la mayoría) de las voces, pero tal vez podría darse algún paso más, siguiendo de ejemplo la promesa del ministerio de repetir el espacio de encuentro entre sociedades, gestores, usuarios/as y familias.

Echo de menos también en el marco europeo una alusión a la atención a las familias acompañantes-cuidadoras, se cuenta con su participación no con el hecho de que necesiten espacios de apoyo, de acompañamiento, cuando muchas están asumiendo la mayor parte de la atención que necesitan muchas personas. Ciertamente no todas las personas con problemas de salud mental necesitan las mismas atenciones y cuidados, pero para las que lo necesitan, a menudo, en el mejor de los casos, hay una familia detrás intentando sostener, confusa y sin formación ni apoyos, renunciando a aspectos importantes de su vida, intentando hacer lo mejor posible pero equivocándose a veces, y preocupada por el futuro. Para ellas también hay que pensar apoyos y la Comisión Europea puede jugar un papel.

Por último, me hubiera gustado leer un compromiso más claro con el reconocimiento de la figura del experto/a por experiencia y que este rol pueda ser remunerado. Tienen un valor incomparable para facilitar la mejoría entre iguales, ya sean personas con diagnósticos psiquiátricos o familias, por ejemplo en el acompañamiento en los ingresos, las altas o salidas, o precisamente para prevenir ingresos. También tienen un curriculum vital -nunca mejor dicho- valiosísimo para participar, con la capacitación adecuada, como docentes de los profesionales, en tareas de investigación, ofrecer sus testimonios en las actividades de sensibilización, de promoción y de prevención, o emprender actividades autogestionadas como clubhouses o grupos de ayuda mutua.

Esto enlaza con las dificultades que tienen, aquellas personas que cobran una pensión, de poder compatibilizar las prestaciones con actividades remuneradas de manera puntual. Me ha sorprendido



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

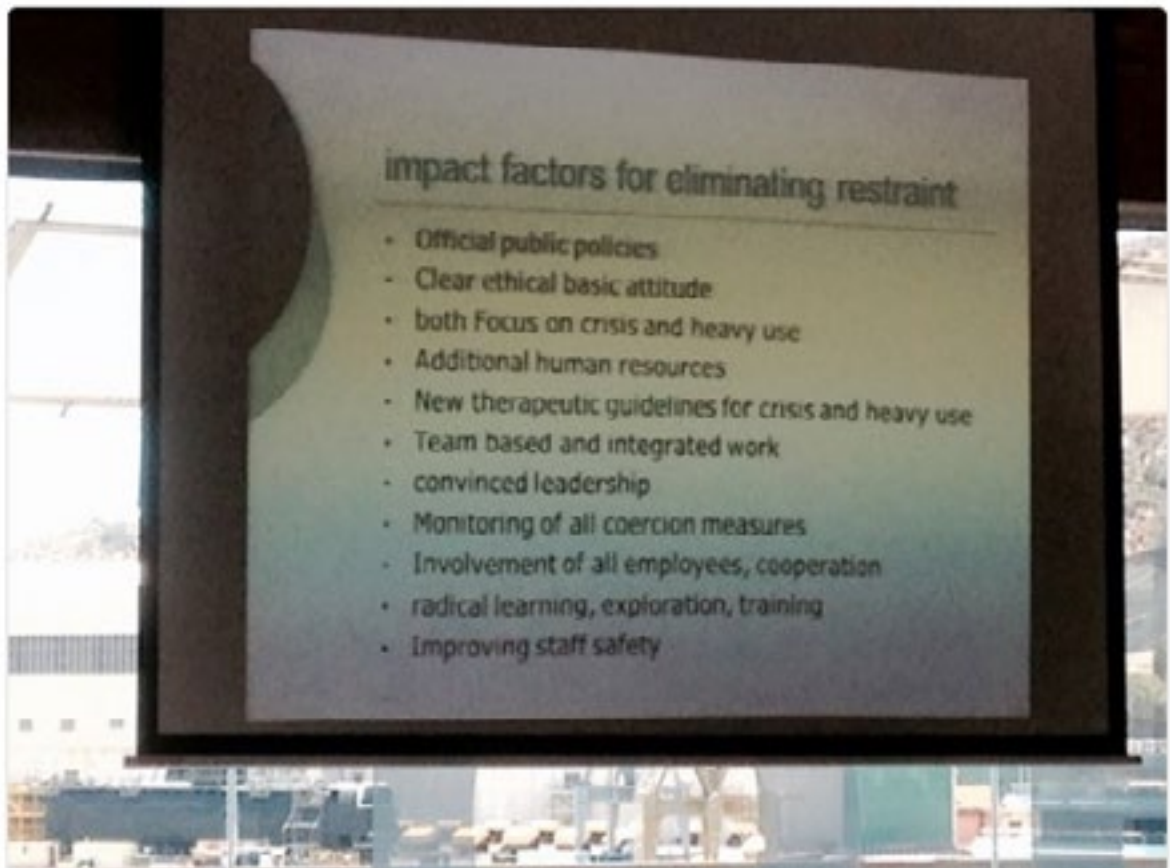
que no se insistiera en el Marco Europeo en la calidad las pensiones a personas con discapacidad por trastorno mental y cómo la incompatibilidad de las mismas, merma el acceso a procesos de inclusión laboral. Unos ingresos mínimos dignos son imprescindibles para poder vivir una vida autónoma saludable.

No se trata de seguir alargando este artículo con la infinita lista de necesidades existentes en salud mental y para las que el Marco Europeo no nos servirá... El propósito de artículo es poder dar a conocer y aprovechar el trabajo que ya se ha desarrollado en el ámbito europeo y poderlo utilizar para seguir avanzando. Creo francamente que puede resultar de utilidad para que gestores, profesionales de la salud mental de cualquier profesión, personas que utilizan los servicios de salud mental y que acompañan a otros como familiares, sepamos que nuestras necesidades también se hablan en Europa y podamos aprovecharnos de estas herramientas.



AEN @AENEUROPSI - 2 jun.

Factores de Impacto para la eliminación de las contenciones mecánicas.
Emmcenegger #26AEN



INTRODUCCIÓN AL DOCUMENTO “SOBRE LA REFORMA DE LA LEGISLACIÓN CIVIL EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

Comisión de Ética y Legislación de la AEN

La protección y defensa de los derechos de las personas que tienen algún tipo de sufrimiento psíquico forma parte de las señas de identidad de la AEN a lo largo de su historia.

Los debates y esfuerzos en el desarrollo de la actividad asistencial han de ser acompañados por la permanente reflexión sobre el cuidado, preservación y promoción de los derechos de las personas que atendemos.

La Convención de la ONU sobre derechos de las Personas con Discapacidad (2006) ha hecho surgir otra mirada sobre la discapacidad que pone el acento en las barreras a las que se enfrentan las personas y la pérdida, intolerable, de derechos que supone no contar con los apoyos necesarios para superarlas. Esto lleva a plantear un nuevo sistema de apoyos con instrumentos jurídicos no judiciales y, entre los judiciales, la posibilidad de acudir a procedimientos simples, flexibles y poco onerosos, relegando al último lugar, como opción extrema, el procedimiento de incapacitación.

Los desarrollos legislativos en materia de protección de los derechos no son siempre conocidos por los profesionales que trabajan en estos ámbitos, ni forman parte frecuente de las preocupaciones de los mismos, a pesar de ser una pieza fundamental en cada uno de los espacios de asistencia y cuidado. La incapacitación de las personas con discapacidad se expresa, en muchas ocasiones y desde la buena voluntad, como una forma de protección de los derechos aunque tenemos razones sobradas para pensar que no siempre tiene dicho efecto.

El documento que puedes leer [aquí](#), dirigido tanto a profesionales que trabajan con personas con sufrimiento o alteración psíquica, como a los propios afectados y sus familiares y allegados tiene como objeto añadir luz sobre estos sistemas de apoyo desde el punto de vista jurídico.





EN TORNO AL CENTRO ESTATAL DE REFERENCIA

De una manera enlentecida y con una mezcla de desmoralización e indignación, los colectivos vinculados al mundo de la rehabilitación hemos intentado articular una respuesta a la puesta en marcha del Centro Estatal de Referencia para la atención psicosocial a personas con trastorno mental grave. ([Aquí](#) puedes leer el posicionamiento de la FEARP).

La apabullante presencia del edificio que lo contiene, la culminación del proceso administrativo de concesión a la entidad adjudicataria y su inminente puesta en marcha, nos ha despertado del letargo en el que dormitábamos en el convencimiento de que el cambio de los balances políticos y la crisis acabarían con el proyecto original y dejarían la edificación lista para cualquier uso alternativo o desmoronándose como tantos palacios de congresos, auditorios y ciudades de... que caracterizaron el periodo de la burbuja.

No se trata ahora de repetir los argumentos de orden conceptual, técnico y económico que desaconsejan la traslación del modelo de centros estatales al terreno de la rehabilitación psicosocial sino de relanzar una plataforma capaz de mitigar los inconvenientes, racionalizar las intervenciones y facilitar la transición a otro modelo de centro de referencia donde el ladrillo ceda su prioridad al conocimiento: a su génesis compartida, a su difusión amplia y a su capacidad de transformación.

A lo largo de estos años de gestación del proyecto, tenemos la impresión de que no hemos sido capaces de alzar la voz con suficiente fuerza y, además, no se nos ha escuchado a pesar de la participación activa de muchos de nosotros en plataformas y grupos de trabajo articulados en torno al tema. Por eso es grande la tentación de una respuesta airada de hostigamiento y negativa a cualquier colaboración. Pero nuestro compromiso vocacional y la necesidad de mantener la inmensa inversión realizada dentro del campo al que se pensaba dedicar, nos lo impide.



El desarrollo de una acción conjunta a favor de otra orientación en la posición del IMSERSO de ha de mover en tres ámbitos

El del debate teórico o incluso ideológico. En este sentido el modelo de gestión elegido para el centro, cuya titularidad y financiación es pública y estatal pero contratada con una empresa privada, es un debate abierto. El carácter universal y basada en derechos fundamentales de la prestación no está en cuestión, pero si la manera más eficaz de garantizarla. Dos desafíos se nos abren: en primer lugar como decidir que es mejor, combinando el respeto a los valores con los datos empíricos y, el segundo, y mucho menos trabajado, cómo ser capaces de hacerlo desde una concepción 100 por 100

pública sin los anquilosamientos y riesgos que se le atribuyen. Incorporando además- y este es otro reto inaplazable- la presencia activa en todos los procesos de las personas afectadas.

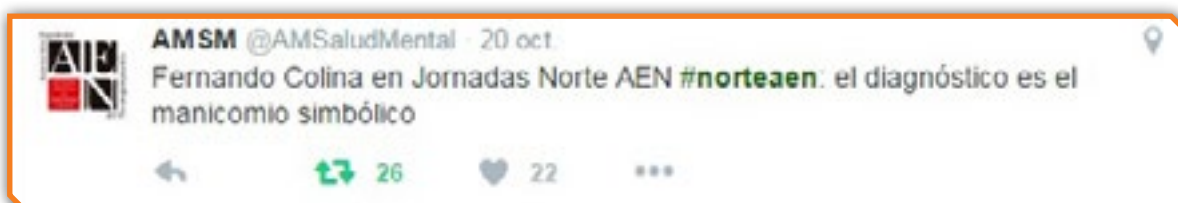
El otro punto del debate, relacionado con el anterior, se refiere al ámbito de esto que llamamos rehabilitación. No es lo mismo que se plantee desde el campo sanitario y que se rija por la lógica de éste o se considere como un terreno de encuentro de otros ámbitos del Estado de Bienestar. Esto es complicado porque las argumentaciones que mueven unos u otros polos de la cuestión provienen, en proporción variable de la ideología, las consideraciones estratégicas, las presiones del mercado (o si se prefiere del marco neoliberal en el que nos movemos), los intereses corporativos y, menos de lo deseable, de los datos empíricos.

Avanzar en los puntos en los que ya hay un acuerdo amplio acerca de las necesidades de una “referencia” estatal. Nos referimos a la función que se define como de “referencia de información y documentación” y a la que se dedica en el pliego de contratación apenas dos profesionales. La capacitación de los profesionales, el apoyo al activismo de usuarios y familiares, la creación de redes de investigación serias, independientes y colaborativas, la actualización continua de recomendaciones y propuestas de nuevas prácticas, la recogida y organización de bases documentales y su uso como sede para encuentros de todos los involucrados serían una excelente manera de utilizar los 11 millones de euros presupuestados manteniendo el alcance estatal, aunque físicamente el mamotreto siga en Valencia.

El aspecto asistencial sigue siendo la cuestión más irresoluble. Hay un acuerdo en que su alcance no debe exceder la comunidad geográficamente cercana al centro. Respetando las condiciones del contrato y los compromisos con la entidad adjudicataria, y transcurridos los plazos legales requeridos, este aspecto debería ser redimensionado en términos económicos y transferido a la Generalitat Valenciana. Hay abiertas otras posibilidades como la posibilidad de focalizar en colectivos especialmente complejos como los penados pero posiblemente sería un aprovechamiento forzoso.

En este sentido, nos proponemos

1. Mantener abiertos grupos de trabajo y reflexión sobre los temas de debate planteados.
2. Instar una reunión con los responsables del IMSERSO para desarrollar los aspectos de referencia en información y documentación en las líneas señaladas.
3. Instar una reunión con la Administración competente de la Generalitat Valenciana para preparar la incorporación de la parte asistencial a la red pública valenciana.
4. Estar vigilantes del desarrollo del actual proyecto para detectar e intentar paliar los problemas que su desmesura pueda causar.





POSICIONAMIENTO EN TORNO AL CER DE LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN

**Posición de la Sección de Rehabilitación de la AEN
ante el Centro de Referencia Estatal (CRE)
de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave
en Valencia (regulado por Orden SSI/2416/2014, 17 de diciembre)
ante su puesta de funcionamiento.**

Desde la Sección de Rehabilitación de la AEN, ponderamos y damos valor a los esfuerzos y empeños del Imsero en dar respuesta y apoyo a las necesidades de las personas con discapacidad, ocasionada por diferentes patologías - Alzheimer, daño cerebral, enfermedades raras ... Ante estas patologías, la respuesta del Imsero se canaliza, en gran medida y habitualmente, a través de los Centros Estatales de Referencia. Estos Centros, que están integrados en la Red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, son dispositivos de Servicios Sociales de carácter supracomunitario, que podrán disponer de Servicios de Atención Directa y/o de gestión del conocimiento.

Pero esta Sección de Rehabilitación de la AEN, establece y se posiciona en una “distancia crítica” con la equiparación que hace el Imsero de la discapacidad ocasionada por el Trastorno Mental Grave con las discapacidades de otras patologías y, sobre todo, con su respuesta de un Centro Estatal de Referencia (CLE) con su configuración de un Centro de Día (25 plazas) y un Centro Residencial (24 plazas).

Esta “ distancia critica “ se fundamenta en la lejanía que existe entre esta propuesta del Imsero, y la que, cada vez con mayor nitidez, se considera como el núcleo básico de rehabilitación recogido en numerosos informes técnicos :

- a. La rehabilitación es comunitaria :Entendida como espacio de encuentro entre las diferentes agencias comunitarias - salud, educación, servicios sociales, sistema judicialque promueven y garantizan los derechos de las personas y atienden a sus necesidades, que en muchas ocasiones son de trabajo y vivienda.
- b. Comunitaria también, porque el crecimiento y el cambio descansan en la comunidad debido a las interacciones y apoyos naturales que desprende. Por eso, es notoria la contribución, junto con los profesionales de los distintos Servicios, la propia de los amigos, vecinos, la familia y la de la propia persona.
- c. Propone una consideración ecológica de la salud y sus estrategias hablan a favor del empoderamiento de los contactos, objetivos y programas conjuntos de los sistemas comunitarios, alejando a la rehabilitación de la ubicación en uno de ellos - sanitario o social.



d. Desde este modelo comunitario y estas estrategias; los niveles de intervención abarcan el fortalecimiento, competencia, el abandono progresivo del rol de enfermo, la participación en la comunicación y relación con otras personas y la recuperación progresiva de la ciudadanía y la subjetividad.

Estos elementos nucleares de la rehabilitación se apoyan en unas líneas base:

Se encuentran contextualizados, ya que, están ubicados en diferentes contextos de una comunidad determinada.

No son patrimonio de un Servicio Comunitario determinado.

Al no estar insertado en ninguno de ellos, disminuyen considerablemente los riesgos de institucionalización. Manifiesta su confianza en la persona, profundizando en un modelo de crecimiento y no de déficit.

Estos núcleos de la rehabilitación, proporcionan un modelo de la misma y permite a los miembros de la Sección, establecer “ esa distancia crítica “ que se plasma de un modo más concreto en los siguientes puntos :

- a. El modelo de CER se aleja del modelo comunitario en salud mental y basado en principios de salud pública.
- b. El principal recurso es la propia comunidad (la comunidad de referencia) y los equipos asistenciales son sólo instrumentos al servicio de ella.
- c. La necesidad de que la rehabilitación se de en los núcleos de convivencia del sujeto (Principio de sectorización).
- d. La rehabilitación como un complejo quehacer en el que participan instituciones sanitarias, sociales y la propia comunidad en coordinación, garantizando la continuidad de cuidados y el trabajo en red.
- e. Se considera una valoración débil de la discapacidad ocasionada por el Trastorno Mental Severo el hecho de considerar sólo su realidad y no prestar atención a su etiología, características y manifestaciones.
- f. No parece que sea una respuesta científica y adecuada situar su respuesta en un único servicio comunitario - servicios sociales -si su etiología es plural.
- g. La ineptitud de la respuesta adquiere más entidad si este servicio comunitario se canaliza sobre todo a través de un Centro Estatal de Referencia.
- h. Se posterga el modelo comunitario y el objetivo básico de adquisición de la ciudadanía de las personas con Trastorno Mental Grave.
- i. No se entiende que la adquisición de las diferentes destrezas y habilidades y la correspondiente



generalización de los aprendizajes se puedan alcanzar en un Centro aislado de la comunidad de referencia.

- j. La vivencia de lo cotidiano como ocasión de conocimiento y crecimiento gira sobre todo, en torno a normas, horarios, programas y relaciones.
- k. La oferta de rehabilitación por medio de un Centro, aumenta notablemente los riesgos de institucionalización, y el carácter estatal del mismo, favorece la presencia de variables espúreas, sobre todo, de tipo político y de juego de grupos de presión.
- l. Su modelo de Referencia Estatal no se propone como una red de relaciones funcionales a lo largo del Estado, que sería una concepción más enriquecedora e innovadora facilitadora de intercambios entre comunidades autónomas.

Ante la existencia de este Centro y su próxima apertura; la Sección de Rehabilitación de la AEN no tiene vocación de demolición, pero sí, junto con las consideraciones anteriores, de efectuar propuestas que cambien su modelo de gestión participativa por las administración pública y sociedades científicas y mejoren sus prestaciones dirigidas básicamente a:

- a. Servicio de Información: Creación de un Servicio de Información sobre rehabilitación para que los profesionales dispongan de las aportaciones que se vayan presentando.
- b. Servicio de Formación: Realización de cursos propios en colaboración con la Universidad y asociaciones como la AEN.
- c. Servicio de Coordinación : Favorecer y hacer posible los encuentros entre los diferentes servicios comunitarios para diseñar intervenciones conjuntas o contrastar experiencias.
- d. Servicio de Investigación: Siguiendo el paradigma de investigación en la acción, se analizará la atención directa y las intervenciones de coordinación.
- e. Servicio de Atención: Las plazas de la zona residencial del Centro Estatal de Referencia estarían destinadas a las personas que proceden de este centro penitenciario de Fontcalet. La atención directa consistiría en promover interacciones y contactos con la comunidad para favorecer la asimilación de valores, normas y procedimientos, y así, incorporar el sentido psicológico de la comunidad, al mismo tiempo que se actualizan sus capacidades y recursos para favorecer procesos integradores en la comunidad y en sus lugares de origen.

Por último, señalar que la propuesta de un Centro Estatal y la encomienda de su gestión a una fundación, reabre el debate sobre la participación de iniciativas privadas en servicios públicos. Nosotros nos posicionamos por los servicios públicos, pero entendemos, que esta opción tiene que ser perfilada y completada por una concepción comunitaria de la rehabilitación. Si esto no es así, en muchas ocasiones los servicios públicos contribuyen a dar respuestas y anquilosadas y parciales y buscar refugio exclusivamente en un modelo médico.

La AEN y su sección de Rehabilitación muestran su disposición y colaboración para trabajar en la dirección señalada en este documento.



REFLEXIONES Y COMENTARIOS SOBRE LAS VI JORNADAS DE LA REVOLUCIÓN DELIRANTE

Durante los días 14 y 15 de octubre tuvieron lugar las VI Jornadas de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental en Valladolid. “La Revolución Delirante” nació en el año 2011, como un proyecto fundado entre varios jóvenes que se formaron en los servicios de Salud Mental de Valladolid, con el fin de cuestionarse y replantear alternativas formativas y asistenciales en la práctica clínica. Así, desde su primera edición de las Jornadas, año tras año, hemos ido creando un espacio abierto en el que compartir experiencias, a través del desarrollo de varias mesas de debate, donde se da cabida a la reflexión, la denuncia y nuevas propuestas asistenciales.

Este año, las Jornadas llevan por tema “**Coerción y violencia en Salud Mental**”. La elección de este contenido parte de la idea de que tanto la coerción como la violencia están muy presentes en nuestra asistencia clínica diaria. Estas pueden mostrarse desde prácticas abiertamente visibles hasta otras formas más sibilinas, como una imposición de poder y saber a los pacientes. Por ello, nos pareció fundamental plantear este tema por la defensa de los derechos y la libertad de las personas.

Ya desde la primera mesa de las Jornadas, “*De la coerción a la vinculación*”, las ponentes nos invitaron a hacer un ejercicio de autocrítica de nuestra cotidianidad, y reflexionar sobre las inercias que nos llevan a proceder en nuestra práctica diaria y dan lugar a la violencia, ya que muchas veces la ejercemos de una forma sutil y discreta, lo que hace que se vuelva más peligroso para el propio paciente.

Las ponentes hicieron un interesante recorrido donde se nos plantea que ya desde nuestra formación académica, nos enseñan y forman de manera rígida y deshumanizada imponiendo un discurso del saber como el único y válido, excluyendo de forma radical otros saberes y otras formas de hacer y hablar con el paciente. El lenguaje profesional coloniza las historias de las personas y sus familias, se intelectualiza el dolor a través de nuestros modelos en vez de escucharlo y comprenderlo.

Nos presentaron un impactante audiovisual, “*De la coerción a la Vinculación*” idea de Gely Guirau Valero y Rebeca González Ibáñez, disponible [aquí](#), donde dan voz a personas que han sufrido agresiones de varias formas por su sufrimiento psíquico y nos plantean otras alternativas posibles de estar con el paciente. Desde esta mesa proponen “el vínculo como la clave para hacer palanca”, planteándonos el acompañamiento, la escucha y el compartir como una nueva forma de trabajar.

En la segunda mesa de la mañana, “*Objetividad, normalización, violencia y resistencias de la subjetividad*”, los ponentes realizaron una interesante reflexión sobre cómo el cientificismo, “doctrina por la que los métodos científicos deben extenderse a todos los dominios de la vida intelectual y moral sin excepción” se trata en verdad de “una exageración esencial basada en creer que la Ciencia es la única posibilidad de conocimiento”⁵. Nos explicaron cómo la disciplina es un tipo de

5. Peteiro, J. *El autoritarismo científico*, p. 50. [Esta definición está tomada del diccionario de la RAE]



poder, discreto y que funciona en red, y que “su existencia sólo se hace evidente en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio”⁶, en nuestro caso, las personas que atendemos. Remarcaron que el cientificismo es especialmente grave en la salud mental porque se hermana con la disciplina, cosificando a las personas, y dividiendo entre lo normal y lo anormal según el criterio de cada profesional.

Nos plantearon cómo la subjetividad, lo más propio del individuo, sería la única que es capaz de romper la brecha dentro del propio sistema imperante, y terminaron plasmando diferentes ejemplos de profesionales de salud mental que, a pesar de estar sometidos también a la objetividad y la disciplina, intentan maniobrar para respetar y alentar la subjetividad.

Antes de continuar con las siguientes mesas, Mikel Munarriz Ferrandis, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental, leyó el “*Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*”, un documento donde el pasado mes de junio, en el Congreso Nacional de la AEN en Cartagena, la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, junto con Federación En Primera Persona, Federación Veus y Confederación Salud Mental España, se comprometieron a dar comienzo a un proceso encaminado a terminar con las medidas coercitivas en nuestro campo. Animamos a unirse a todo el que no se haya adherido ya a esta importante declaración de intenciones en www.aen.es.

Al igual que en ediciones anteriores, tuvo lugar la *Mesa en Espejo*, donde hablaron los verdaderos protagonistas, los expertos del malestar psíquico. Nos hicieron pensar que además de las agresiones más comunes, como pueden ser los ingresos involuntarios, la contención mecánica, el electro-shock y la sobremedicación, hay otras formas coercitivas que están normalizadas, como pueden ser “el paternalismo”, “el descrédito de la palabra del loco” y “la condena de los diagnósticos”. Además, el impresionante testimonio de “una superviviente del sistema de salud mental”, nos explicó que precisamente su supervivencia consistió en “mantenerse lo más lejos posible del sistema de salud mental” tras señalar como la única opción terapéutica que se le ofreció era el ingreso hospitalario.

Podéis leer su sincero y valiente testimonio [aquí](#).

Después de un día intenso de debates y plantearnos diversas cuestiones sobre nuestro quehacer diario, y como viene siendo ya una tradición, pudimos disfrutar por la noche de los conciertos gratuitos en la Plaza Universidad, donde bailamos y seguimos compartiendo experiencias gracias a [Hijos del tercer acorde](#), [Blue Dreams](#) y [Pedradas](#).

La cuarta mesa de las jornadas, “*Violencias (in-visibles)*”, dio paso a los debates del sábado por la mañana, donde nos hicieron reflexionar sobre cómo, desde la sociedad, existe la “violencia visible y directa”, la “violencia cultural” -violencia simbólica que legitima la violencia directa y la “violencia estructural”. Todas se retroalimentan entre sí y siguen estando vigentes y aceptadas en las prácticas clínicas. Además, se mencionaron prácticas violentas visibles, como puede ser el uso de la contención

6. Foucault, M. *El poder psiquiátrico*, p. 34.

mecánica, tan normalizada en muchas unidades de hospitalización que hasta podemos encontrar la prescripción del médico que indica: “si agitación psicomotriz contención mecánica”. Otra agresión aceptada puede ser realizar un diagnóstico, ya que genera un lugar de exclusión que puede llegar a convertirse en un arma arrojadiza. Por último, hay que nombrar formas de violencia más invisibles, cómo pueden ser “los consejos”, que salen naturalmente del profesional al paciente, que pueden hacer mucho daño y limitan la capacidad de elección del paciente con respecto a cómo llevar su vida. A continuación agradecemos a su autora Ana Carralero Montero por dejarnos disponible su texto [aquí](#).

La quinta y última mesa, “Ecos Murcia. La coerción en salud mental, mirada desde el usuario y el profesional”, explicaron que Ecos es una asociación cuyos objetivos son fomentar el derecho de un ocio libre e inclusivo fuera de las instituciones, promoviendo, entre otras cosas, diversión, entretenimiento y la creación de una red de apoyo donde realizar encuentros. Además de compartir el tiempo libre cuentan con grupos con quien compartir sus experiencias y malestars. La asociación está abierta a toda la sociedad, donde se reúnen profesionales, personas con sufrimiento psíquico y otros integrantes sin relación alguna con este mundo de diagnósticos.



La clausura de las Jornadas corrió a cargo D. [Fernando Santos Urbaneja](#), Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba y coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental, persona comprometida y activista por la lucha de los derechos en Salud Mental. Su testimonio acerca de la vulneración continua de derechos de todo el que lleve una etiqueta diagnóstica nos llevó a todos a la reflexión. Por un lado, la idea de que un fiscal defienda a las personas debe parecer de “sentido común”, pensábamos, pero qué poco habitual es esta posición en las instituciones de justicia, como cada día comprobamos en nuestra práctica diaria. La falta de respeto a las decisiones propias, la consideración de la palabra del médico “por encima de todas las cosas”, la utilización de la contención mecánica como práctica común, el desprecio a la escucha, la idea de que el loco “no razona” o de que debe ser declarado “incapaz” -con el pretexto, además, de “protegerle”-, nos llevan a pensar que el sentido común no solo falta en la Salud Mental, sino en todas las instituciones, que se protegen de la locura.

Para finalizar, no podemos olvidar la importancia que han tenido durante toda la Jornada los espacios de diálogo abierto que se abrían después de cada mesa y que sin duda, han sido enormemente interesantes y tremendamente enriquecedores, en los cuales los asistentes debatían, compartían experiencias personales, opiniones y proponían iniciativas. Sólo de esta forma, escuchando diferentes puntos de vista podemos replantearnos y luchar contra ciertas creencias y prácticas tan arraigadas y normalizadas en nosotros en nuestra labor asistencial, lo que nos convoca a un cuestionamiento



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

constante en el día a día del quehacer cotidiano y a la difícil aceptación de nuestra responsabilidad en la dinámica de la violencia.

Agradecemos a todos los asistentes su participación y entusiasmo para debatir sobre este mundo de contradicciones que es la clínica psiquiátrica. No hay mejor manera de concluir este resumen que con sus testimonios a través de la recopilación de los *tweets* que se generaron en #VIRD durante estos dos intensos días. Gentileza de [@MAntonioRaya](#).

Hay que seguir luchando para arreglar lo que cada día destrozamos.



MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA CIE-CER

El Ayuntamiento de Barcelona ha instado al cierre del Centro de Internamiento de Extranjeros de la Zona Franca de Barcelona porque carece de la correspondiente licencia de apertura. Aprovecha así una prerrogativa municipal para impulsar una política respetuosa con los derechos humanos.

Curiosamente el Centro Estatal de Referencia para la Atención Psicosocial de personas con trastorno mental grave (CER) está en la misma situación. Tenía su apertura prevista este verano pero no tiene aún los permisos municipales.

No se trata de entrar a considerar las similitudes entre los objetivos de ambos centros, que no son directamente comparables, aunque sí que comparten en su remoto origen la opción por la exclusión y el encierro para solventar los problemas de la diversidad.

Pero si para pensar como ciertas políticas estatales, del Ministerio del Interior o del IMSERSO, se hacen a espaldas de las necesidades de los ciudadanos a nivel local. En vez de dotar a los ayuntamientos de los medios necesarios para atender, desde la cercanía y el respeto, los problemas que puedan padecer los vecinos que tienen dificultades para vivir en la comunidad, se imponen medidas autoritarias desde la administración central.

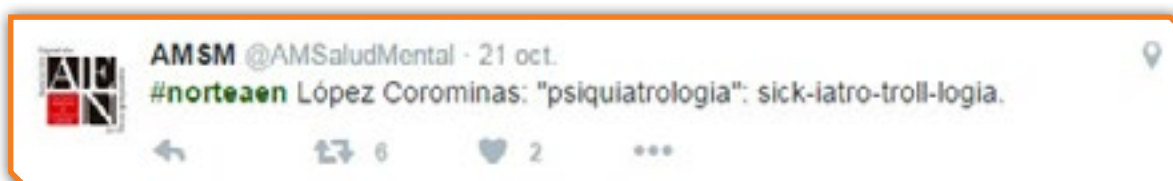
La autonomía municipal ha sido fuertemente cuestionada por su conexión con los casos de corrupción urbanística, por los escandalosos salarios de los regidores y sus asesores, y por su descarado clientelismo.

Por eso es una buena noticia que haya corporaciones locales valientes que usen su ámbito de competencias para hacer políticas inclusivas. ¿Cuántas cosas podrían hacer los ayuntamientos, aparte de impedir indignidades en sus términos municipales?

En el nivel de la atención, fomentando el ocio inclusivo, facilitando viviendas para la emancipación, ofertando empleo digno, rescatando los que quedan fuera de la educación reglada, apoyando los movimientos de afectados, ... Y todo basado en las necesidades de los vecinos y no en sus diagnósticos como suele ocurrir en la red asistencial “formal”.

Y en el nivel de la promoción, tejiendo ciudades acogedoras y espacios para el encuentro y el juego. Ofreciendo sus servicios de manera universal y accesible. Cuidando a los vecinos más a que a los turistas o a los “inversores”. Fomentando el asociacionismo y el activismo cívico. Celebrando la diversidad.

Y recordando así aquellas ciudades de la utopía, hoy tan machacadas: Atenas, Damasco, Tombuctú, Samarcanda, Sarajevo, ...





MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: CANDIDATOS PRESIDENCIALES ¿LOCOS?

Traemos una nueva entrega de *Mientras tanto en la prensa*, aunque en esta ocasión la llamaremos *Mientras tanto en internet*, porque no viene sólo de comentarios leídos/escuchados en medios de difusión (que también) sino a las conversaciones de a pie que nos llegan. Aunque no sucedan en nuestro país las próximas elecciones estadounidenses copan nuestros telediarios y son objeto de múltiples comentarios. Y en el caso concreto de esta campaña resulta que uno de los candidatos tiene a bien haber prodigado múltiples comentarios fuera de tono, extravagantes en forma y agresivos de contenido por los que en reiteradas ocasiones se le ha definido como “loco”, “enfermo mental” o se ha elucubrado acerca de posibles diagnósticos: “trastorno narcisista de personalidad”, “psicopatía”, etc. Tras la aparición de problemas de salud física en su oponente en las elecciones hemos observado también discusiones en torno a si es peor tener como presidente del país más poderoso del mundo “a un loco o a una enferma”.

Más allá de lo anecdótico, de las elecciones, de ambos candidatos, de la eterna falacia de falso dilema y de entender que internet está lleno de discusiones vacuas que se pierden como lágrimas en la lluvia, aprovechamos esta ocasión para repetir el mensaje de siempre. Entendemos que hagan falta palabras para definir lo extravagante, lo anómalo, lo desconcertante; y palabras que puedan expresar esa faceta añadida a la de amenaza, y al miedo que genera alguien ebrio de poder con un comportamiento impredecible. Las reivindicaciones de un lenguaje respetuoso y no capacitista suelen ser interpretadas como una censura grosera que pretende que no se hable de los desmanes de un Nerón contemporáneo. Nada más lejos. Tiene que haber palabras para describir las sensaciones generadas por alguien así.

Lo que nos cuestionamos y cuestionaremos siempre es si de verdad la única forma de describir esos comportamientos es asimilándolos a la locura, al constructo de enfermedades/trastornos mentales desde los que se hace la clínica; cuando son conceptos que describen a gente vulnerable, a gente que sufre, a gente que es una y otra vez expulsada simbólica y literalmente de sus comunidades. Muy muy lejos de tener la opción de colocarse en el lugar de Nerón y hacer Roma arder. Si no encontramos palabras para distinguir opresores de oprimidos, vulnerables de peligrosos, repulsivos de repudiados nos veremos eternamente enfangados en campañas anti-estigma inútiles. Porque nuestra propia concepción de lo normal versus lo loco, lo bueno versus lo malo, se cimentarán en estigma. Y destejeremos de noche lo que tejemos de día.



MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: PELIGROSIDAD, SENSACIONALISMO Y MENTIRAS

Vuelve a sorprendernos e indignarnos el enfoque periodístico en una “supuesta” noticia relacionada con las necesidades de las personas que sufren problemas de salud mental. Nos referimos a la publicada el pasado 22 de abril en el diario digital salamanca24horas.com bajo el titular: *“Las familias con enfermos mentales reclaman más psiquiatras para atenderlos”*.

Tras este encabezamiento, podríamos esperar encontrar recogidas algunas de las frecuentes reivindicaciones de los familiares de personas diagnosticadas de enfermedad mental, a saber, más recursos y más profesionales y tal vez una queja sobre la situación deficitaria de la asistencia en este ámbito. No podemos estar más de acuerdo en peticiones como ésta, que desde nuestra asociación planteamos y apoyamos permanentemente, pero no a cualquier precio ni apoyadas en cualquier discurso. Y de esto va nuestro comentario de hoy.

Consideramos que fundamentar la reclamación a las administraciones en la *falsa idea de la especial peligrosidad de las personas con sufrimiento psíquico*, contribuye de modo notable a reforzar el estigma social asociado a los diagnósticos psiquiátricos, y además no promueve la puesta en marcha de recursos de ayuda o apoyo, ni a los afectados en primera persona, ni a sus familiares o allegados. Recopilar, con un enfoque sensacionalista, algunos sucesos en los que presumiblemente se han visto implicadas personas con problemas de salud mental, puede resultar comercial, pero es una grave distorsión de la realidad que ignora que éstas (en las estadísticas más pesimistas) están implicadas como actores en menos del 5% de los delitos violentos, pero *son al menos 5 veces más propensos a ser víctimas si no se distingue el género, y hasta 8 veces más en el caso de las mujeres*, que la población supuestamente sana.

Además, de esta construcción falaz sólo puede derivarse un tipo de reclamación, la que refleja este diario: resucitar los manicomios.

Y así leemos por ejemplo que:

El hecho de que no haya suficientes hospitales psiquiátricos ha provocado que la responsabilidad recaiga exclusivamente en las familias. Su vida es un continuo peregrinar por los servicios sociales y hospitalarios pidiendo infructuosamente que se ingrese y trate a los enfermos clínicamente. En la actualidad no existe un lugar concreto donde internar a los enfermos mentales, de ahí que cuando surge un caso de alguno que genera problemas en la sociedad, se abre el debate sobre cómo atender a estas personas.

Sólo vamos a recordar aquí brevemente que la desinstitucionalización fue un proceso que se inició hace más de 30 años en España como una cuestión de derechos humanos básicos, y que desde entonces se plantea que el enfoque adecuado dirigido a aliviar el sufrimiento y promover la recuperación de las personas con problemas de salud mental es aquel que se da en la comunidad de la que todos



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

formamos parte, tanto si somos felices como si sufrimos dolor emocional. Y esto no excluye que, ocasionalmente, se pueda requerir de un entorno más protegido para atravesar una crisis, servicio que prestan ahora las salas/plantas de psiquiatría de los hospitales generales en la mayor parte del país, y sobre cuya adecuación también tendríamos mucho que decir, pero en un sentido completamente diferente al que sugiere esta publicación.



Inga von Käfer @ingavonkafer · 21 oct.

El perfil de incapacitado: varón, que vive solo, esquizofrenia, sin ingresos ni urg en el último año. Hay que poner fin a ésto. [#norteAEN](#)



1



4



1





MIENTRAS TANTO EN LA AEN ■

A continuación os informamos de algunas de las actividades abiertas dentro de la asociación.

Desde la sección de psicoterapia de grupo nos informan de su reunión a nivel nacional, el 5 de noviembre, en la que continúan con los espacios dedicados al encuentro, las tareas organizativas y las actividades clínicas con el objetivo de intercambio de sus experiencias terapéuticas, en el espacio que han denominado “Pensando en común lo grupal”. Las dos anteriores estuvieron a cargo de Juan González Rojas y Adolfo García de Sola-, y la próxima de la reunión del 5 de noviembre a cargo de Rosa Gómez Esteban con el título de “La Psicoterapia de Grupo psicoanalítica en la formación de los psiquiatras y psicólogos. Asimismo ya están planteados los temas para las I Jornadas de la Sección de Psicoterapia de Grupo, que tendrán lugar a mediados de octubre de 2017 y de las que os iremos informando en el boletín y en la web. Las mesas redondas girarán en torno a los Factores Terapéuticos Grupales, El Equipo como grupo, La Psicoterapia de Grupo familiar y

los Grupos Multifamiliares. Dedicarán un espacio significativo para que los interesados puedan presentar Comunicaciones libres. Ya se ha constituido los Comités Organizador y Científico, para los que invitan a participar a un vocal de cada Grupo Territorial. Además de las actividades clínicas están tratando de recabar datos para conocer la situación actual de la Psicoterapia de Grupo, siendo los del Grupo de Barcelona los primeros que están estudiando el tema en su territorio. Refieren además que el objetivo para las próximas reuniones son las Jornadas de la Sección, pero también trataremos de impulsar los Grupos Territoriales, e ir delimitando la tarea de las Áreas Temáticas. En la Sección Nacional tienen también el objetivo a medio plazo de reflexionar acerca de la formación en psicoterapia de grupo, la acreditación, y supervisión.

Desde otra de nuestras asociaciones más activas, la [AGSM](#) (Asociación Galega de Saúde Mental) nos informan de sus actividades del año: en marzo nos trajeron las xornadas psicopatoloxía e cultura “loucura e cidade”, en abril un seminario de orientación de casos clínicos, en mayo las Xornadas de Trasalba “Galicia style”, en octubre su colaboración en las jornadas interautonómicas de salud mental “tiempo de cambio, tiempo de reflexión”, en noviembre las xornadas da agsm “[as declinacións da loucura](#)”. Además han publicado los números 56 y 57 de la revista [Siso Saúde](#) y han mantenido participación periódica en el grupo de trabajo del concello de Santiago en relación a la población sin techo.

Desde la sección de Historia nos comentan que en los últimos meses se han recopilado los trabajos presentados en Donostia, el 19-21 de noviembre de 2015, en las X Jornadas Nacionales de de la sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN. Está en proyecto publicarlo en un libro de la Colección Estudios de la AEN y lleva por título HISTORIAS DE LA SALUD MENTAL PARA UN NUEVO TIEMPO. Por



otra parte, la sección, a través de varios de sus miembros, participará en el [VI Encuentro de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría](#) que se celebrará en la Universidad de Santiago de Chile, 1, 2 y 3 de diciembre de 2016.

Mientras, la [AMSM](#) Asociación Madrileña de Salud Mental se halla enfrascada en la preparación de las próximas Jornadas Nacionales de la AEN, que tendrán lugar entre el 1 y 3 de junio de 2017 en el Colegio de Médicos de Madrid, y llevarán por título “Sujetxs a lo social”. Además están preparando un ciclo de conferencias sobre salud mental y género, han organizado un coloquio con Peter Gøtzsche que puedes ver [aquí](#), la presentación del último libro de Manuel Desviat, [“Cohabitar la diferencia”](#) y han apoyado la [I Conferencia de Centros de Salud Mental en Madrid](#). Y por supuesto, os recomendaros no perderos la última entrega del siempre desternillante [Panóptico](#).

Desde la sección de psicoanálisis nos comunican que se hallan inmersos en la preparación de sus XIV jornadas, que tendrán lugar el 5 y 6 de mayo de 2017, en el Colegio de Médicos de Madrid, esta vez dedicadas al tema de “La angustia”. Como introducción de la misma nos comparten este texto: “hemos elegido a la angustia el objeto de la reflexión de las Jornadas por distintos motivos; en 1^{er} lugar porque en nuestros días la angustia constituye el motivo de consulta más frecuente en los servicios de salud mental y en la clínica hospitalaria y de urgencias. También porque en los circuitos asistenciales se ha ido deslizando en los últimos años un criterio de banalización de las patologías de la angustia como patologías menores y fácilmente tratables y corregibles, en gran medida porque la industria farmacéutica se ha hecho cargo de la impotencia de los agentes sanitarios para enfrentar esta señal inequívoca de la desestabilización subjetiva. Por otro lado, la angustia es un afecto universal y proteico capaz de mutar y expresarse en distintos síndromes psicopatológicos: las adicciones, las patologías del acto y del objeto, la hiperactividad...

Y por último, porque la angustia constituye el afecto primordial en la subjetividad contemporánea, extiende sus efectos en el malestar de la familia y la sociedad. Durante las XIV Jornadas se recorrerá el lugar de la angustia en el ámbito del pensamiento y la filosofía, su importancia en la clínica y los síntomas contemporáneos, en las distintas estructuras y en el campo de la familia y lo social. Próximamente se hará público el programa definitivo de las Jornadas, que incluirá mesas redondas, conferencias y un espacio de casos clínicos, abierto a la participación y las propuestas que se reciban”.

Mientras tanto en la sección Infanto-juvenil mantienen dos grupos de trabajo en colaboración con Sepypna sobre Perinatalidad y Hospitales de Día para niños y adolescentes con una perspectiva de tratamientos a medio y largo plazo de patología mental grave en la infancia y la adolescencia. También continúan con el trabajo de la ponencia central del Congreso Nacional de Córdoba del 2018 y estamos colaborando con la AEPEA, Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente para la celebración del Congreso Europeo que se celebrará en Bilbao en abril del 2018 y donde la Sección de Infantojuvenil tenga una mesa.

Por otra parte es un gran motivo de alegría anunciar que tras unos años de escasa actividad la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental se planteó volver a reactivarse tanto en el

plano administrativo, como en el científico y en el profesional. Han actualizado a nivel administrativo la asociación y han recuperado el material de la asociación tras la desaparición de la sede al haber sido demolido el Hospital Psiquiátrico de Oviedo. En el ámbito asociativo han realizado elecciones el a la Junta Directiva el 21 de octubre, saliendo elegida una nueva Junta presidida por Cesar Sanz, a los que damos una calurosa bienvenida. Han realizado dos asambleas extraordinarias y una ordinaria en las que han nombrado miembros de honor de la asociación a Federico Menéndez (marzo) y a Iñaki Márkez (octubre). Han generado además una campaña de afiliación de socios que hasta octubre supo un aumento en 13 nuevos socios. Además han programado los Coloquios de Salud Mental en Mieres y en Oviedo y han desarrollado las excelentes IV Jornadas Inter-autonómicas de Salud Mental del Norte bajo el lema “Tiempo de Cambio, Tiempo de Reflexión” (Octubre). También han puesto en marcha un nuevo número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria dedicado a “Crítica de la Psiquiatría”. En cuanto a la cooperación con otras asociaciones en la semana de la salud mental (Octubre) y participaron en una Jornada programada por AFESA (Asociación de familiares) en Avilés; participaron en un seminario de la asociación Hierbabuena (asociación de usuarios). También han participado en el debate de la Junta General del Principado de Asturias sobre el Plan de Salud Mental.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA