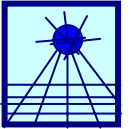


ASSOCIACIÓ CATALANA DE PROFESSIONALS EN SALUT MENTAL – AEN

Hotel d'entitats c/Providencia,42 (08024) Barcelona Fax: **93 213 08 90** C: **AENCatalunya@comb.es**



CONCLUSIONES DE LAS XIX JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Barcelona, 20 a 22 de Mayo de 2004

PREÁMBULO

La *Associació Catalana de Professionals en Salut Mental* (Asociación Autónoma de la AEN) Torganizó las XIX Jornadas Estatales de la AEN en Barcelona, bajo el lema *Salut Mental, Diversitat i Cultura* (*Salud Mental, Diversidad y Cultura*). La AEN, sucesora de la *Societat Catalana de Neurologia i Psiquiatria* (*Sociedad Catalana de Neurología y Psiquiatría*) fundada en 1911, y fundada también en Barcelona en 1924 es hoy la sociedad científica más antigua vinculada a la Salud Mental del Estado. Si el término “neuropsiquiatría” corresponde al período histórico fundacional, hoy en día, la AEN es, en el Estado, una asociación interdisciplinar en la cual están representados *todos* los colectivos de trabajadores del ámbito de la salud mental; y no exclusivamente personas con formación médica y psicológica.

Desde la Transición Española la AEN, estructurada en asociaciones autonómicas, ha intervenido activamente en la discusión de la reforma de la salud mental y de sus dispositivos en el conjunto del Estado y en algunas Comunidades Autónomas. Sus miembros han participado activamente en los debates relativos al despliegue de servicios, así como en la discusión teórica sobre los retos de la salud mental hoy en el Estado. Ponemos como referencia la colección de los veinticinco años de la revista AEN (*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*), así como los numerosos libros editados desde nuestra Asociación.¹

La *Associació Catalana de Professionals en Salut Mental* (Asociación Autónoma de la AEN) se constituyó hace casi cuatro años, a partir de la fusión de los socios de la ACPAPSM (*Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental - Asociación Catalana de Profesionales de la Asistencia Pública en Salud Mental*) con un núcleo de socios catalanes de la AEN. En el período actual la Asociación Autónoma cuenta con más de 220 socios representativos de la pluralidad de intereses intelectuales y profesionales de los trabajadores de la Salud Mental en Cataluña.

De la misma manera como la AEN ha participado activamente en la discusión de la reforma en la salud mental y el despliegue de dispositivos en el ámbito estatal, la ACPAPSM lo hizo a nivel del territorio catalán, defendiendo un modelo de atención en salud mental público y de calidad, compromiso que queda reiterado después de la fusión de ambas, tal como queda reflejado en diferentes documentos².

¹ Ved su web <http://www.asoc-aen.es/aAW/web/cas/index.jsp> .

² Verbigracia: CAPELLÀ, A. y otros (2000): La reforma en Salut Mental a Catalunya: el model català. Documento interno (publicado en español en la Revista de la AEN); o Varios (2003): Document bàsic per a un model en salut mental a Catalunya (no publicado)

Para la primera organización de unas *Jornadas Estatales* de la AEN, *L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (Asociación Autonómica de la AEN)*, escogió como lema de las jornadas "*Salud mental, diversidad y cultura*". Respondía a la conciencia de los socios, que en la circunstancia presente - la población catalana ha incorporado casi un millón de inmigrantes - era evidente la necesidad de discutir los problemas que plantea la atención a la diversidad cultural y social, la necesidad de luchar contra los eventuales peligros de discriminación y de marginación de los colectivos más vulnerables y la necesidad de proponer soluciones para el diseño de políticas públicas de salud mental equitativas y no discriminatorias, el despliegue local de los dispositivos, orientar cambios en las culturas organizacionales de los servicios y en los programas de formación básica y continuada de los profesionales.

Con este propósito la estructura de las *Jornadas* se basaba en un hilo conductor que desde una discusión conceptual inicial sobre nociones como *cultura* y *diversidad cultural*, pasaba por presentar investigación empírica, resultados y evaluaciones de experiencias singulares, y aportaciones teóricas, concluyendo con una discusión sobre los problemas de formación básica y continuada de los profesionales implicados (ver programa adjunto).

Las Jornadas tuvieron una inscripción de más de seiscientas personas que incluían profesionales del Estado y del extranjero, una cifra que debe considerarse muy importante ya que esta asociación cuenta con unos dos mil socios en el Estado. Evidencia, en nuestra opinión, el interés del lema y la evidente toma de conciencia de los profesionales sobre esta problemática.

LAS CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS

A pesar de que el objeto tanto en las dos conferencias inaugurales como en la primera mesa giraba en torno a una discusión conceptual donde participaron antropólogos y trabajadores de la salud mental, se evidenciaron numerosas dificultades por parte de éstos últimos, para utilizar adecuadamente los conceptos de *cultura* y *diversidad cultural*. Existía un conflicto entre concepciones enraizadas de la cultura y la diversidad de matiz taxonómico y administrativo frente a propuestas, vinculadas a las corrientes predominantes en las Ciencias Sociales actuales, que conciben la cultura como un producto dialéctico de *hibridaciones y mestizajes permanentes*, que no pueden reducirse a categorías del tipo "magrebi", "senegalés", "inuit". Pensar en cultura como en un proceso de permanente hibridación cultural incorpora la idea de un mestizaje no sólo basado en los indicadores identitarios clásicos, sino también en el producto de transacciones entre variables como el género, la clase social, las culturas laborales, las culturas institucionales, incluso las derivadas del ocio.

En síntesis: las cuestiones humanas exceden los razonamientos puramente técnicos o económicos. El conflicto y el malestar son inherentes a las relaciones humanas. Tratarlos no supone eliminarlos. Querer extinguirlos sugiere desconfianza de la naturaleza humana o una confianza excesiva en ilusiones tecnificadas. Por tanto, la acción social no puede ser ingenua y por eso ésta no puede reducirse, en el campo de la salud mental - ni en general en el campo de lo sanitario - a las categorías y los modelos producidos por la biomedicina o las disciplinas biológicas. Debe nutrirse de un concierto de disciplinas, desde las puramente biológicas a las Ciencias Sociales y Humanas que se ocupan y participan en acompañar las existencias humanas desequilibradas, trastornadas o decididamente enfermas. Por tanto, la política en Salud Mental es cosa de todos, es una coproducción en la que participan los profesionales, los pacientes, los familiares y los grupos primarios, la sociedad. Esto significa que en el despliegue del dispositivo en salud mental deben hacerse esfuerzos para:

- Incrementar la capacidad de comprensión de los profesionales sobre *la diversidad cultural en las demandas de ayuda de toda la ciudadanía (y no exclusivamente orientado a los inmigrantes)*.
- Desarrollar programas de formación básica y continuada para los profesionales con el objetivo de *reformular culturas organizacionales e institucionales poco sensibles a la diversidad cultural*.

- Desarrollar *buenas prácticas* que eviten los riesgos de *discriminación y exclusión*.
- Desarrollar estrategias interdisciplinarias – no únicamente clínicas –, tanto en el campo de la *promoción de la salud mental* como en el de la *intervención* que no puede *reducirse únicamente a la práctica clínica y terapéutica convencional*.
- Incrementar el diálogo transdisciplinar entre las profesiones asistenciales y las ciencias sociales.

Desde la perspectiva de *la ética profesional* de los trabajadores de la salud mental, la mesa correspondiente planteó problemas que tienen también relación con los puntos anteriores, en la medida que ponen a debate las relaciones entre los derechos fundamentales de la persona, la legislación vigente, la práctica forense y la organización y el despliegue de los dispositivos de salud mental. La articulación entre la práctica en salud mental y la práctica jurídica y forense es en sí misma motivo permanente de debate y de discusión, tanto en la esfera académica, jurídica o científico-médica como en la práctica diaria. También intervienen los problemas relativos a las limitaciones de las libertades individuales y de la tutela y cuáles deben ser las instancias que han de regularlas. *Hace falta pues un diálogo permanente entre todos los trabajadores de la salud mental y el mundo jurídico y político*. Algunos de los problemas detectados son:

- El respeto al *derecho a la diversidad cultural, lingüística o religiosa*, y por esta vía a lo que se denominan *derechos de las minorías*, como un instrumento de lucha contra la discriminación y la exclusión, y contra la aparición de reacciones y actitudes racistas o intolerantes entre los profesionales.
- El respeto al *derecho a la diversidad individual*, que es la más perceptible desde un escenario clínico, y que conduce a establecer cuáles son los límites del intervencionismo. A menudo se observa una *falta de respeto, prácticas defensivas y faltas de tacto* respecto a las decisiones y los derechos de las personas con enfermedad mental – con lo que comporta de paternalismo implícito – que constituyen un obstáculo al diálogo intercultural en los temas que pensamos.
- La falta de *diálogo intercultural* implica *discriminación* en la medida que estas actitudes llevan a *identificar al otro como un menor de edad, desprovisto de derechos fundamentales y por tanto se les niega la posibilidad que sean o puedan llegar a ser ciudadanos de pleno derecho*. Desde esta posición una persona con un trastorno mental grave, por el solo hecho de estar diagnosticada, se convierte en un ciudadano de segunda. Una persona con un trastorno mental procedente de otro contexto cultural podría asimilarse al caso anterior.
- La conclusión principal, que es también válida para las conclusiones precedentes es que *la falta de recursos humanos, de despliegue de dispositivos, de voluntad política y el reduccionismo de algunas posturas clínicas* – derivado de las lagunas ya mencionadas en la formación de los profesionales – hacen difícil avanzar en este terreno a menos que haya una implicación colectiva muy fuerte apoyada por los poderes públicos.

La mesa en la que se planteó la problemática de *cambios en los grupos primarios*, esencialmente en *la familia*, y esta en una concepción muy abierta del significado que se le da al concepto, propuso las siguientes conclusiones en una serie de ámbitos.

En primer lugar el *concepto estereotipado de familia está sometido a un profundo proceso de cambio* tanto en su estructura, organización y funciones que afectan:

- a sus miembros y a sus relaciones con los dispositivos sanitarios y de servicios sociales.
- a *la organización de la vida diaria*, a la cobertura de necesidades básicas de sus miembros, en particular de los que por razones de edad o de salud son más vulnerables y dependientes.
- a la autonomía de la familia y a la imposibilidad de responder a las funciones de reproducción, educación y a la gestión doméstica de los problemas de salud.
- a las relaciones de pareja sometidas a los procesos permanentes de cambio en las estructuras familiares.

- es cada vez más frecuente para muchas familias la dificultad de compatibilizar la vida profesional o laboral de ambos miembros de las parejas y la posibilidad de acceder a la paternidad/maternidad. La precariedad de apoyo económico y de políticas sociales en nuestro país retrasa la función reproductora, la encarece (FIV, baja fecundidad, etc...) y hace disminuir la tasa de fecundidad.

En algunos aspectos, la familia actual ha de priorizar el desarrollo de las funciones operativas en detrimento de las funciones afectivas, de apoyo, y de ayuda mutua. La limitada disponibilidad de una red social y familiar estable e integrada en el entorno, tiende a desarrollar formas de relación mercenaria; vínculos afectivos precarios, y pérdida de referentes durante el proceso de crecimiento de los hijos.

La actual situación de las familias plantea problemas extremadamente serios en los aspectos referentes a la atención y al cuidado de las personas de la tercera edad. Un problema que además tiene una importante carga afectiva y recae primordialmente sobre las mujeres.

Los resultados de estos procesos son el desarrollo de malestares sociales (*social suffering* es decir, malestares engendrados por la interacción en contextos sociales específicos) los cuales en la medida que se canalizan de manera inadecuada en los grupos primarios (familia, red social) tienden a adoptar formas (sintomatologías) compatibles con los discursos dominantes dentro de los dispositivos sanitarios: somatizaciones, *stress*, síndromes psicósomáticos, y más recientemente incorporación (*embodiment*) de trastornos engendrados dentro del ámbito de desarrollo de las tecnologías biomédicas (fibromialgia, fobia social, etc...). *La incidencia de estos fenómenos está fuertemente sesgada por criterios de género y afecta primordialmente (pero no exclusivamente) a las mujeres de cualquier edad. En consecuencia:*

- *Los dispositivos de atención primaria y los dispositivos de salud mental tienen que atender conjuntamente esta demanda. No puede segregarse al manifestarse el malestar en forma de sintomatología somática; el ámbito natural de referencia debe ser el dispositivo de atención primaria.*
- *Hay un riesgo, señalado en otras mesas, de que esta demanda se intente resolver exclusivamente por procedimientos farmacológicos.*
- *Existe el riesgo de que la aparente mayor vulnerabilidad de las mujeres en este tipo de demanda favorezca interpretaciones puramente biologicistas de su causalidad que escondan las verdaderas causas de los problemas.*

La mesa que debatió las problemáticas propias de las denominadas "poblaciones de riesgo" - una manera de designar, a menudo eufemísticamente, ámbitos de *marginación social, discriminación o exclusión* - quiso centrar sus conclusiones en jóvenes y adolescentes, como una etapa de la vida en la cual hoy numerosos indicadores hacen evidente la crisis. Es una etapa donde corresponde ensayar una diversidad de juicios para concluir sobre el pasado y aventurar proyectos sobre el futuro. Esto implica que el malestar tiene una dimensión subjetiva en la que están comprometidas las expectativas y los afectos. La Salud Mental tiene el reto de investigar qué supone acompañar a los jóvenes en nuestros tiempos.

Los malestares de los adolescentes adaptan su fenomenología a un entorno de constante producción, reconstrucción y re-producción cultural de una enorme riqueza, pero a la vez de una enorme inestabilidad como consecuencia de la propia naturaleza de la sociedad contemporánea: más libre, más abierta y más fluida. En ella la indeterminación, el riesgo, la creación, la incertidumbre, el individualismo son fenómenos que a la vez se articulan con una enorme creatividad social, cultural y grupal. En la Postmodernidad la sustitución de la confianza en la Razón por la creencia en la Ciencia facilita pasar de una sociedad prohibitiva basada en el esfuerzo a una sociedad permisiva confiada en el funcionamiento. El sufrimiento de los jóvenes ahora presenta algunas novedades congruentes con estos cambios.

La diversidad de formas de convivencia surgidas de la reconstrucción de la familia conyugal y la fragmentación de los espacios de formación y trabajo generan nuevos retos cuando pensamos en las

necesidades asistenciales y en la promoción personal y laboral de los jóvenes. El apoyo de sus familias precisa también de atrevimiento e innovación. Muchas fórmulas de las utilizadas hasta ahora han caducado.

La Salud Mental debe ponerse al día cuando discierna, diferencie y agrupe los malestares de los adolescentes y jóvenes. El discurso psiquiátrico y psicológico y las taxonomías de malestares de finales del siglo XX están desfasados por los extraordinarios cambios observables en la conducta social, la producción cultural de los adolescentes, por cambios fundamentales en los procesos de socialización. Hace falta este *update* para no sumarnos a los catastrofismos apocalípticos del pensamiento fundamentalista o a los técnicos de los higienistas. Ambas opciones promueven políticas de segregación y rehuyen las realidades sociales.

Hace falta poder diferenciar:

- Los sufrimientos propios de la edad
- Los malestares de la dimensión psicosocial
- Los trastornos de la construcción de la identidad
- Los sufrimientos neuróticos
- Los trastornos mentales graves

Estas agrupaciones tienen mucho de convencionales pero conservarlas orienta las terapéuticas y los acompañamientos. Esta ordenación conviene sostenerla a partir de la diversidad de respuestas subjetivas y personales. No debemos dejarnos seducir por los objetos o los consumos que suelen dar la calidad accidental del sufrimiento y que no aportan lo sustancial de la disposición mental del joven.

Tal diversidad de malestares precisa una pluralidad de programas de prevención y un mosaico de recursos asistenciales conectados a partir de los cuales las políticas de transversalidad del Gobierno puedan avanzar en el camino iniciado por la CETIC y liderado por la Secretaría de la Familia.

En casi todas las mesas hubo unanimidad al considerar que la cobertura general de servicios es insuficiente por el retraso en el despliegue de un dispositivo de servicios sociales digno de un país europeo desarrollado y por las trabas a la generalización de los servicios, a menudo aún impregnada de una concepción benéfica de la prestación. Además, el peso de las instituciones (CAPS, etc...) en nuestro sistema no ha favorecido en absoluto el desarrollo de *políticas de apoyo y atención domiciliaria de largo plazo* (quizás con la excepción del PADES, pero que es a corto plazo...) que impliquen:

- Apoyo para el cuidado personal, alimentación, higiene, condiciones mínimas de habitabilidad y supresión de barreras arquitectónicas.
- Seguridad personal y garantías para recibir atención cuando sea necesario.
- Apoyo a las necesidades psico-afectivas, relacionales, sociales y de vinculación con el entorno social y cultural.
- Promoción y prevención de la salud con políticas que impliquen el *empowerment* de los ciudadanos.

Un grupo muy importante de mesas y de espacios paralelos dieron lugar a la presentación de unas cincuenta aportaciones. Se describían experiencias singulares tanto del sector público como privado, de grupos de ayuda mutua o de ONGs muchas centradas en colectivos vulnerables: emigrantes, clases sociales desfavorecidas, colectivos de enfermos, familiares de enfermos. En la medida que la mayor parte de estas aportaciones tienen un nivel científico y académico muy alto no podemos sintetizar en brevedad los contenidos, pero sí queremos destacar algunos puntos recurrentes en el conjunto. El hecho que una parte importante, y a menudo la más imaginativa, de las aportaciones procedan de experiencias de *buenas prácticas*

desde entidades privadas, ONG, grupos de ayuda mutua y asociaciones de afectados o familiares, obliga reflexionar sobre los siguientes puntos:

- La necesidad de ofrecer ágoras públicas e instancias para que estas experiencias puedan ser visualizadas, debatidas y participen en la discusión de las políticas públicas.
- Reconocer el papel fundamental en estos desarrollos de profesiones u ocupaciones no siempre reconocidas académica y políticamente como interlocutores de los poderes públicos y de los ámbitos de toma de decisiones en salud mental.
- La necesidad de ofrecer apoyo económico y académico (formación) a estas experiencias como auténticos viveros de puestos de trabajo precisamente en la circunstancia actual de Convergencia académica europea (Proceso de Bolonia) que exige de los diplomados superiores una buena adaptación al mercado de trabajo.
- La constatación del cuestionamiento del modelo biomédico en el sentido de su reduccionismo a conductas estereotipadas en la relación paciente - terapeuta: la medicación - demasiado y mal- o las psicoterapias sin criterios serios de indicación.
- La constatación de que la respuesta a la demanda de ayuda en el ámbito de la salud mental no puede reducirse a la persona afectada, sino que debe contemplar - necesariamente - la *participación de los grupos primarios a los cuales pertenece* y la comprensión del medio y del entorno social, cultural en el cual deberá insertarse el proceso asistencial, tanto en su vertiente terapéutica como de continuidad y seguimiento de la atención.
- La constatación de que el punto precedente sólo es posible aprovechando la riqueza de los equipos interdisciplinarios sin "a priori" basados exclusivamente en el nivel funcional o en la formación académica recibida.
- La constatación de que el uso de ciertos protocolos opera como un factor de reduccionismo que no favorece la búsqueda de soluciones creativas para la comprensión de la diversidad social y cultural fruto de una dialéctica permanente entre las personas, los entornos sociales y el medio.
- La falta de criterios de evaluación, la ausencia de discusión sobre los instrumentos técnicos y metodológicos utilizados en la evaluación y la falta de agencias que puedan regular y apoyar los procesos evaluativos de los dispositivos.
- La no reducción de los criterios de evaluación a parámetros cuantitativos y económicos y la necesidad de introducir metodologías cualitativas para definir y analizar criterios de calidad y de satisfacción que no sean únicamente opiniones.

En la mesa final, relativa a la *formación* actual y a la deseable se pusieron de manifiesto una serie de problemáticas sectoriales diferentes y específicas según las formaciones básicas de los principales colectivos con formación universitaria presentes en el trabajo en salud mental. A pesar de ello algunas conclusiones que conviene señalar:

- La no apertura de este debate a algunas profesiones como la terapia ocupacional o la fisioterapia.
- La ausencia de reflexión sobre los colectivos ocupacionales en salud mental: auxiliares de clínica, cuidadores, personal administrativo, etc..., trabajadores con un papel decisivo en la lucha para mejorar la atención a la diversidad cultural y luchar contra la discriminación. Trabajadores, por otro lado, tenidos a menos u olvidados pero que son hoy la primera línea de los dispositivos asistenciales y deben ver reconocido y apoyado su trabajo.
- La necesidad de reforma en la formación básica y continuada de los trabajadores de la salud mental resolviendo los déficits en formación en ciencias sociales y humanas, y revisando el uso de concepciones obsoletas sobre el hecho social y el cultural.

CONCLUSIÓN FINAL

Como conclusión final, el proceso de globalización, y con él los procesos migratorios internacionales y el desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación, implica una profunda revisión del papel de nociones provenientes de la sociología clásica como la de *comunidad (Gemeinschaft)* o de la antropología como la de *cultura como taxonomía*. La nueva arena implica pensar en las relaciones sociales en términos de red- a menudo virtual- y en la cultura como mestizaje cultural- a menudo también virtual-, lo cual comporta una revisión y un debate muy a fondo sobre cual deberá ser la adaptación, la reforma, o los cambios a introducir en las políticas de salud mental de este país. *L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental* (Asociación Autonómica de l'AEN) está plenamente dispuesta a colaborar en este camino por recorrer.