

# AEN

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA  
DE NEUROPSIQUIATRÍA



PROFESIONALES  
DE LA SALUD MENTAL





## ÍNDICE

**EDITORIAL “TIEMPOS INTERESANTES”**

**REFLEXIONES EN TORNO AL 7º CONGRESO MUNDIAL DE HEARING VOICES**

**SEIS ESTRATEGIAS CLAVE PARA REDUCIR EL USO DE CONTENCIONES FÍSICAS Y EL AISLAMIENTO**

**REFLEXIONES EN TORNO A LA COERCIÓN**

**RECURSOS DE INTERÉS EN TORNO A ALTERNATIVAS A LA COERCIÓN**

**REACCIONES A LAS XXI JORNADA AMSM**

**INFORME SOBRE EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN MADRID 2000-2014**

**MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: ES COMO LA DIABETES**

**MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: TDAH**

**MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: PSIQUIATRÍA SÍ PERO CRÍTICA**

**DESDE AUTONÓMICAS, SECCIONES Y COMISIONES**

**PRÓXIMAMENTE EN LA WEB**



## EDITORIAL

### TIEMPOS INTERESANTES

Arrancamos el primer boletín de la nueva línea editorial de la AEN. Este primer número recoge actividades próximas de la asociación, la actividad más destacada de las asociaciones autonómicas y parte del trabajo que la junta directiva ha generado en estos meses. También os traemos varios artículos que consideramos de enorme interés en torno a alternativas a la coerción, reflexiones de varios profesionales asistentes al 7º congreso mundial de Hearing Voices y un exhaustivo análisis acerca de la evolución de la red de salud mental en Madrid, que si bien se limita a un solo territorio puede aportar datos extrapolables a los servicios de todo el Estado. Traemos además múltiples voces, a través de redes sociales, de lo que suscitó a los asistentes el contenido de las XXI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental “Espacios de locura y participación”. Hemos escogido estos artículos para este primer número con la intención de reflejar la situación de la salud mental en nuestro entorno, con sus múltiples contradicciones.

Por una parte existe un movimiento floreciente de asociaciones, movimientos y plataformas de usuarixs, diagnósticadx y supervivientes de la psiquiatría (cada denominación con sus matices y razones, sin ser plenamente intercambiables) que están aportando testimonios y materiales de altísimo interés. Un saber basado en experiencias personales y también en experiencias colectivas que muestran que hay muchas más formas de atender, acompañar, aliviar y promover la salud de las que el sistema plantea actualmente. Así encontramos iniciativas como la **Red Icaria**, que recoge el espíritu del **proyecto Ícaro norteamericano** y pretende construir comunidad y un espacio donde compartir experiencias en primera persona; **Entrevoces**, que además de organizar el congreso mundial de Hearing Voices y servir de revulsivo y punto de arranque a múltiples iniciativas locales, en el momento actual trabajan para la creación de la red española de escuchadores de voces fomentando la creación de grupos, formación y difusión. En Andalucía encontramos a **En primera persona**, primera federación en el Estado español en aunar asociaciones de usuarixs, pero no la única, ya que también está **Federació Veus** en territorio catalán (¡ojalá este texto quede pronto obsoleto porque surjan muchas más!). También en Cataluña encontramos iniciativas como **Activament**, o **Xarxa GAM**, una red de grupos de apoyo mutuo en la zona de Barcelona. Como fuente impagable de información es de ley mencionar a **Primera Vo-**

**cal**, que ha vuelto accesibles textos y materiales de gran interés y difíciles de encontrar hasta la fecha. Como dicen con frecuencia en el más-que-recomendable programa de radio **Fuera de la Jaula** “mi psiquiatra está mucho mejor desde que escucha Fuera de la Jaula”; el acceso a todos estos materiales, todas estas iniciativas (y muchas más que nos dejamos en el tintero, como **Radio Nikosia**, la **Fundación Mundo bipolar**, **Radio prometea**, la **red de club houses**, **ram-a.net** ...), todo este saber, hace que los profesionales podamos estar mucho mejor. Por disponer de una fuente de conocimiento y una forma de entender la profesión que quizá no sean nuevas, pero sí parecen más al alcance que nunca.

Por otra parte ejercemos nuestro trabajo en un paradigma en el que el sistema privatiza lo público, mercantiliza la asistencia y desmantela los pilares básicos de una comunidad sin la cual no puede existir una salud mental comunitaria. Una salud mental comunitaria que camina a trompicones, creciendo (y mucho) en algunas áreas a base de la precariedad laboral que traen los conciertos; que crea espacios terapéuticos que en demasiadas ocasiones no consiguen librarse de lo manicomial pese a sus nuevos diseños; que se articula en torno a unos centros de salud mental anegados de presión asistencial en un contexto socioeconómico en el que no se hace un espacio nuevo a la locura pero sí se cataloga como locura el malestar social. No todo es malo, por supuesto. Cada vez más profesionales, movimientos, más ciudadanía, apuestan por unos servicios de salud mental respetuosos y constructivos.

En la tensión que surge entre lo que deseamos y lo que encontramos en cada jornada laboral brota la que quizá sea nuestra aportación más relevante como asociación de profesionales: necesitamos propuestas concretas a corto, medio y largo plazo para transformar esos servicios que conocemos bien, de forma que se parezcan cada vez más a esos que soñamos. Los próximos 2 y 3 de junio, en el **congreso de la AEN** en Cartagena “Construyendo ciudadanía” tenemos una oportunidad espléndida para ello. Pero no será la única.

En la novela de Terry Pratchett cuyo título robamos para este número el autor dice “Hay una vieja maldición: ojalá vivas tiempos interesantes”. Por una vez tenemos que contradecir al maestro, no podemos estar más en desacuerdo. La salud mental está cambiando y, lejos de una maldición, es un Honor poder ser testigos y partícipes.

## REFLEXIONES

# EN TORNO AL 7º CONGRESO MUNDIAL DE HEARING VOICES.

### » JUNTA DIRECTIVA DE LA AMSM

El pasado 6 y 7 de noviembre, se celebró el séptimo congreso mundial de Hearing Voices en Alcalá de Henares, y algunos miembros de la junta directiva de la AMSM tuvimos la fortuna de poder asistir. Nos gustaría escribir al respecto de todo lo que allí se vivió durante esos días, asumiendo que cualquier cosa que podamos escribir no va a poder dar cuenta de la cantidad de emociones, ideas, propuestas, críticas, alternativas, testimonios, etc. que experimentamos y compartimos todos los que allí estuvimos. Han pasado varios meses, pero no queríamos dejar pasar la oportunidad de escribir sobre ello.

Nos pareció muy interesante la diversidad de profesiones, ocupaciones, experiencias y procedencias de los ponentes que intervinieron, ya que transmitía la idea de que el sufrimiento psíquico y los problemas de salud mental no son una cuestión meramente “sanitaria”, sino que son algo más complejo y más amplio. La participación de filósofos, antropólogos, periodistas, activistas o “supervivientes de la psiquiatría”, entre otros, aportó una riqueza de matices, una amplitud de miras y una variedad de enfoques muy interesante, que nos parecen un antídoto fundamental frente al pensamiento único que puebla los distintos lugares de lo “psi”. Creemos que para los profesionales comprometidos con su trabajo, es imprescindible escuchar otros discursos procedentes de otras disciplinas no sanitarias, ya que de lo contrario se pierden una información muy valiosa para su práctica diaria.

Otro aspecto interesante fue la heterogeneidad de los asistentes. Compartiendo espacios había profesionales de la salud mental de distintos ámbitos, personas diagnosticadas, familiares, periodistas, etc., lo que permitía una gran riqueza en los comentarios y aportaciones que se realizaron en todos los espacios de debate. Parece que los estudios demuestran que la mejor manera de combatir el estigma y los prejuicios es el contacto directo entre las personas, y eso fue lo que sucedió. Todos los que acudimos nos enriquecimos del contacto entre personas, sin importar mucho la procedencia de cada cual. De hecho, la experiencia de poder hablar con alguien sin saber en calidad de qué estaba allí, fue tremendamente satisfactoria y enriquecedora. Si la mayoría de ponencias y de talleres fueron muy interesantes, los espacios de diálogo abierto y de debate que se daban tras los mismos, tanto dentro como fuera de la sala, fueron tremendamente interesantes. En cada grupo o corrillo se debatía, se compartían experiencias, se realizaban propuestas, se intercambiaban opiniones... Fruto de estos espacios seguramente irán surgiendo distintas iniciativas que enriquecerán el panorama de la salud mental durante los próximos años (de hecho ya hay algunas funcionando), algo que lleva años sucediendo en otros países de nuestro entorno.

Somos conscientes que este tipo de eventos e iniciativas generan opiniones muy diversas entre los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud mental, lo que nos parece positivo ya que de la diferencia de pareceres surge el debate y la creatividad, algo muy necesario. Entendemos que para algunos de nosotros resulte más fácil compartir algunas de las ideas que se plantearon durante el congreso, mientras que quizá otros se sientan atacados, cuestionados o infravalorados en su rol profesional. Desde nuestro punto de vista, y como profesionales con espíritu crítico, no nos sentimos atacados ni cuestionados, ya que compartimos gran parte de las críticas que se expresaron a lo largo del congreso. Podemos discrepar en algunos aspectos, pero no en el fondo. Consideramos que es necesario replantearnos ciertas creencias, prácticas y actitudes que impregnan nuestros servicios y nuestra labor profesional, y que en muchos casos no somos conscientes del impacto tan negativo que pueden llegar a tener en las personas a las que atendemos. Para ello nos parece fundamental contar con la opinión de las personas que son o han sido atendidas en nuestros servicios, en especial aquellas que son más críticas, ya que ponen el foco justo allí donde muchas veces no queremos mirar o encontramos los más diversos argumentos para justificar que, aunque miremos y veamos, no hagamos nada.



Escuchando muchos de los testimonios de las personas con sufrimiento psíquico que intervinieron en el congreso, quedó claro que no podemos seguir mirando para otro lado. Es algo que a los profesionales nos cuesta mucho aceptar, y siempre encontramos formas de mantener nuestras convicciones a pesar de que cada vez más evidencias las pongan en cuestión (ya sabemos que la teoría de la disonancia cognitiva opera en todos nosotros). Aunque este tema daría para una reflexión mucho más profunda, pensamos que como profesionales tenemos mucho que aprender de las personas que han pasado por situaciones de sufrimiento psíquico extremo, han sido diagnosticadas como “esquizofrénicas”, y se han recuperado muchas veces “en contra” de la opinión y “a pesar” de la ayuda de algunos profesionales. La primera reacción que tenemos muchas veces en estos casos no es la curiosidad, sino que es el cuestionamiento, la crítica y la desconfianza, pronunciando las palabras mágicas “ese no es como los pacientes que yo veo en mi consulta” o “ese no es un esquizofrénico de verdad”. Dando la vuelta al argumento, intuimos que muchos de nuestros pacientes que lean los trabajos de Marius Romme o de Joanna Moncrieff también podrán decir “esos no son como los profesionales que me atienden en la consulta”.

Sin lugar a dudas, lo más destacable y lo que diferenció este congreso de cualquier otro congreso del ámbito de la salud mental, fue la parte emocional y el contenido afectivo que impregnó cada rincón y a cada persona que allí estaba. Apenas se habló de datos “objetivos”, de protocolos, de estadísticas, de técnicas o de teorías, y cuando se hizo fue siempre en relación a cómo podían ayudar a las personas. En su lugar, el congreso transcurrió guiado por lo vivencial, lo experiencial y lo emocional, aspectos que son descalificados en los foros supuestamente “científicos” y catalogados como cierta enajenación que emerge naturalmente de los grupos. Pareciera que se invalida sistemáticamente lo que para los seres humanos constituyen evidencias de primer orden de lo que es útil o no en su recuperación. Creemos que todos los que allí estuvimos experimentamos cosas difíciles de explicar para los que no estuvieron. Muchos de nosotros sentimos la posibilidad de ser realmente honestos con nuestras vulnerabilidades y nuestra fragilidad, pudimos estar cómodos en nuestra verdadera piel, despojarnos de la exigencia del rol profesional y sentirnos algo más humanos, en definitiva.

Siguiendo el título de congreso, nos parece que es necesario seguir construyendo en común. Pensamos que es normal que surjan desconfianzas y reticencias entre profesionales y usuarios de los servicios de salud mental en ambas direcciones, ya que estamos muy poco acostumbrados a compartir espacios de reflexión y de debate críticos y horizontales. Fruto de estos espacios compartidos, pueden surgir ideas y propuestas que permitan avanzar hacia una atención más humanizada, más respetuosa y más útil para las personas que experimentan sufrimiento psíquico y hacen uso de nuestros servicios.

# SEIS ESTRATEGIAS CLAVE PARA REDUCIR EL USO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS Y EL AISLAMIENTO <sup>1</sup>

## » HERRAMIENTA DE PLANIFICACIÓN (KEVIN ANN HUCKSHORN, REVISED 2008)

Objetivo: esta herramienta de planificación está diseñada para ser usada como una lista de verificación (checklist) que guíe el diseño de un plan de reducción de la contención física o el aislamiento (CF/A) e incorpore el uso de un enfoque preventivo. Incluye las seis estrategias clave para reducir el uso de CF/A descritas en el currículum NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors), <sup>2</sup> e incorpora los principios de la mejora continua de la calidad.

También puede ser utilizada como una herramienta de seguimiento para supervisar la implementación de un plan de reducción e identificar problemas, obstáculos y logros. Es mejor usarla como una guía de trabajo por un equipo asignado ad hoc para la mejora del desempeño y/o reducción de CF/A.

Nota: Las palabras usuario/a, persona o paciente se utilizan en este documento para incluir a adultos, menores y familias.

## PLANTILLA DEL PLAN DE CONTENCIÓN O HERRAMIENTA DE MONITORIZACIÓN

(Cada elemento tiene que ser demostrado a través de documentación, actividades de liderazgo, entrevistas con el personal, revisión de políticas, u otras formas pertinentes)

## ESTRATEGIA UNO: LIDERAZGO HACIA UN CAMBIO ORGANIZACIONAL

OBJETIVO UNO: reducir el uso de CF/A mediante la definición de la misión, filosofía de atención, valores y garantía del desarrollo del plan de reducción así como su implementación. La orientación, dirección, participación y revisión continua de liderazgo ejecutivo se manifiesta claramente en todo el proyecto de reducción de CF/A.

1. El centro o unidad ha revisado la declaración de su misión, filosofía y valores para asegurar la congruencia con la iniciativa de reducción de CF/A. Por ejemplo, ha comprobado que la reducción de CF/A es congruente con los principios del enfoque de recuperación; se desarrolla un modelo de atención sensible a las experiencias traumáticas; se fomenta un ambiente libre de violencia y coerción; se garantiza un ambiente seguro para el personal y los/as usuarios/as; se facilita la reincorporación a la comunidad. Este paso debe incluir un ejercicio de revisión para conocer en qué medida los valores están integrados de forma transversal con las prácticas clínicas y administrativas reales para asegurar así la congruencia.
2. El centro o unidad ¿ha realizado una declaración sobre su política respecto a la CF/A que incluya sus convicciones para guiar un uso congruente con su misión, visión, valores y principios de recuperación? Esto supone declarar que la CF/A no es un tratamiento, sino una medida de seguridad de último recurso; que el uso de CF/A indica el fracaso del tratamiento; y que existe un compromiso para reducir su uso o eliminarlo, etc. Hay ejemplos de declaraciones disponibles (para realizar la declaración respecto a la política de CF/A).

1.- Nota sobre la Traducción: Este documento ha sido traducido por la Escuela Andaluza de Salud Pública para que resulte de utilidad al diseño de la Estrategia para la prevención del uso de las contenciones físicas en Andalucía. En algunas ocasiones se han dejado entre paréntesis algunos términos originales del documento en inglés, para facilitar así la interpretación cuando se ha considerado que no existe un vocablo con el mismo significado en castellano.

Ha sido traducido por Aguila Bono del Trigo y María Isabel Tamayo Velázquez, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y por Vicente Ibáñez Rojo, de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Torrecárdenas de Almería (España).

2.- Nota de los/as traductores/as: Asociación de EEUU que representa a los gestores estatales del sistema público de salud mental de los 50 estados dando servicio a unas 7.1 millones de personas.



3. La dirección del centro o unidad ¿ha desarrollado un plan de acción individualizado para la reducción de CF/A basado en la mejora del desempeño y en un enfoque preventivo, como marco general, que incluya la asignación de un equipo de reducción de la contención o de mejora del desempeño, con metas, objetivos y medidas, asignadas a personas responsables y calendarizadas? ¿Se somete a revisiones constantes con supervisión ejecutiva?
4. ¿Ha revisado y analizado la Dirección los datos sobre CF/A para descubrir los detalles críticos de los episodios tales como el momento del día, lugar o puntos de conflicto? ¿Ha determinado objetivos de reducción de las CF/A basados en los datos? Este objetivo refleja el compromiso de la dirección y su intención de utilizar y controlar los datos en tiempo real en los esfuerzos de reducción de las contenciones.
5. ¿Se ha comprometido la Dirección a crear un entorno de colaboración, no punitivo, para identificar y trabajar a través de los problemas, comunicando las expectativas al personal sobre esta estrategia? Esto debería incluir una declaración que aluda a que, si bien los trabajadores pueden actuar con la mejor intención, se puede determinar más tarde que había otras vías o intervenciones que se podrían haber realizado. Solo a través de la confianza del personal en la dirección se podrán tratar abiertamente las circunstancias que condujeron a un episodio de CF/A, podrá ser cuidadosamente analizado y se podrá aprender de lo sucedido. A pesar de todo, las reglas que definen el abuso y la negligencia están claramente formuladas y esta declaración previa no libera de la responsabilidad de haber realizado actuaciones negligentes.
6. ¿Todo el personal es consciente del papel del/la responsable/director-a/gerente para dirigir la iniciativa de reducción de CF/A? Esto requerirá una implicación de alto nivel para motivar al personal, incluyendo la implicación y compromiso del/la coordinador/a de la unidad. Se recomienda una actividad concreta de presentación para la puesta en marcha de esta iniciativa, explicitando el esfuerzo que requiere por parte de todos/as la reducción de las CF/A. Este paso implica actividades rutinarias y observables del/la director/administrador/a incluyendo informes sobre la situación en todas las reuniones de gestión.
7. ¿Ha evaluado la Dirección el impacto de la reducción de CF/A en todo el entorno? Esto incluye temas como el aumento de daños a mobiliario y otros materiales, incremento del tiempo dedicado a intentos de desescalada, realizar preguntas adicionales durante la evaluación en el momento del ingreso en la unidad, actividades informativas y procesos para documentar episodios, etc.
8. ¿Ha establecido la Dirección un proyecto de reconocimiento del personal para recompensar a cada trabajador/a y equipo/turno con los mejores resultados en términos de disminución de CF/A?
9. ¿Ha aprobado la Dirección la delegación de tareas del plan de reducción y ha asignado responsabilidades a las personas a través de informes de rutina y revisiones?
10. ¿Ha abordado la Dirección cuestiones sobre la cultura, necesidades formativas y actitudes de los y las profesionales? La dirección debe garantizar la formación del personal y el desarrollo de conocimiento, habilidades y capacidades, incluyendo la elección del programa formativo para la aplicación de técnicas de prevención de CF/A y la inclusión de Recursos Humanos.
11. ¿Ha revisado la Dirección el plan asistencial del centro en un esfuerzo para garantizar que a todos los/as usuarios/as se les ofrecen actividades de tratamiento activas, diarias, centradas en la persona y efectivas? Dichas actividades ¿se ofrecen preferiblemente fuera de los servicios de salud mental, y las personas pueden elegir de alguna manera a qué actividades asisten? (Los criterios mínimos para cumplir con este objetivo son asegurar que los destinatarios de los servicios no están pasando sus días en áreas cerradas sin rehabilitación psicosocial eficaz en la enseñanza de habilidades de la vida diaria, de aprendizaje, recreativas y laborales).
12. ¿La Dirección ha asegurado la rendición de cuentas mediante la supervisión y aumento de la visibilidad de todos los

episodios durante las 24 horas del día / 7 días a la semana, a través de la asignación de tareas y responsabilidades a diferentes niveles del personal, incluyendo personal de la dirección de guardia, supervisores de enfermería, personal de atención directa, defensores de los intereses de las personas usuarias?

Nota: *crear responsabilidades para la supervisión de episodios* incluye las siguientes funciones:

**A. El papel del personal directivo de guardia (miembro del equipo ejecutivo)**

1. 24 horas al día / 7 días a la semana de supervisión de guardia para el análisis de episodios.
2. Uso del conocimiento adquirido mediante el análisis de episodios para identificar problemas organizacionales, potenciales soluciones y asegurar un seguimiento oportuno.
3. Hacer de la CF/A un tema permanente en la agenda durante todas las reuniones a todos los niveles.
4. Garantizar que los datos se recogen, se usan y se comparten.
5. Garantizar la responsabilidad del personal y el reconocimiento de su trabajo.

**B. El papel del supervisor in situ**

1. Respuesta in-situ 24 horas, supervisión y asistencia a todos los incidentes y cuasi-incidentes de seguridad cuando sea posible (observar lo que ha funcionado y por qué).
2. Asumir el liderazgo sobre el episodio de CF/A mediante reuniones informativas dirigidas a todo el personal implicado, usuario/a que ha sido contenido, testigos del episodio, recopilación de los tiempos, revisión de documentación, y realización de un informe (verbal o escrito) para el siguiente supervisor.

**C. Profesionales de Atención directa**

1. Comprender y ser capaz de describir el enfoque organizacional de reducción de CF/A.
2. Comprender el proyecto y su filosofía mediante su incorporación en:
  - Nuevas solicitudes de contratación y entrevista
  - Nueva orientación de competencias a los/as profesionales
  - Descripciones del puesto de trabajo
  - Revisión de las competencias
  - Criterios de evaluación del desempeño
  - Demostrar una actitud positiva respecto a este proyecto

**D. Rol del usuario/a**

1. Contar con usuarios/as internos/as contratados/as o con usuarios/as consultores/as externos/as para realizar entrevistas, reunir datos, investigar y proporcionar una perspectiva crítica.
2. Representación de usuarios/as en todos los comités relacionados con CF/A y grupos de trabajo.



## ESTRATEGIA DOS: UTILIZAR DATOS PARA INFORMAR SOBRE LA PRÁCTICA

**OBJETIVO DOS:** reducir la utilización de CF/A mediante el uso de datos de una manera empírica y no punitiva. Esto incluye la utilización de datos para analizar la utilización de la CF/A por unidad/servicio, turnos y profesionales; identificar el estándar del centro; establecer objetivos de mejora y realizar un seguimiento a lo largo del tiempo en todas las áreas, unidades y/o servicios.

1. ¿El centro ha recogido datos y elaborado gráficas sobre los sucesos de CF/A, incluyendo información sobre los incidentes, duración, uso de medicación involuntaria, lesiones...?
2. ¿Ha establecido el centro objetivos realistas de mejora? ¿Los ha comunicado a los/as profesionales? ¿Ha creado el centro sistemas saludables y no punitivos de competición entre las unidades o centros? Por ejemplo mediante actividades de transparencia como mostrar los datos en áreas terapéuticas, con acuerdos con otros centros o unidades, o bien mediante la realización de otras medidas.
3. ¿El centro ha elegido datos clave y complementarios, incluyendo incidentes y horas de CF/A por turnos, días, unidades; uso involuntario de medicación IM; tasas de lesiones en profesionales y usuarios/as; tipos de contención, implicación de los/as usuarios/as en las sesiones informativas; reclamaciones, datos demográficos de los/as usuarios/as como sexo, edad, raza, etc.?
4. ¿La Dirección tiene acceso a datos sobre la implicación de los miembros del personal en los sucesos de CF/A? ¿Esta información se guarda confidencialmente (sólo con acceso a supervisores) y se usa únicamente para identificar necesidades de formación de profesionales?
5. ¿El centro/unidad tiene capacidad para observar y registrar los incidentes de seguridad?, ¿Qué se ha realizado durante los episodios exitosos que pueda servir a la Dirección y a los y las profesionales para poner en marcha las mejores prácticas para la reducción de CF/A?

## ESTRATEGIA TRES: DESARROLLO PROFESIONAL

**OBJETIVO TRES:** crear un ambiente terapéutico en el que las normas, los procedimientos y las prácticas estén basadas y dirigidas por un conocimiento y comprensión de los efectos neurológicos, biológicos, psicológicos y sociales de la experiencia del trauma y la violencia, así como en la prevalencia de estas experiencias tanto en usuarios/as como en profesionales. Esto incluye una comprensión de las características y principios de un enfoque de atención que tenga en cuenta las experiencias individuales del trauma. También incluye los principios de los sistemas de atención orientados a la recuperación, tales como atención centrada en la persona, elección, respeto, dignidad, colaboración, autogestión e inclusión completa. También incluye la promoción de un ambiente de mínima coerción y conflicto. Se manifiesta, principalmente, a través de la formación de profesionales y actividades del departamento de Recursos Humanos, como formación en actividades de prevención de la CF/A, realización de CF/A de forma segura e inclusión de competencias técnicas y actitudinales en las descripciones de los puestos de trabajo y en la evaluación del desempeño. También supone la prestación de actividades de rehabilitación psicosocial eficaces y centradas en la persona, de forma diaria y diseñadas para enseñar habilidades para la vida (Ver el Objetivo Uno).

1. El departamento de desarrollo de personal ¿tiene incorporada la teoría y la lógica de la recuperación/resiliencia, la prevención y la mejora del rendimiento?
2. ¿El centro ha revisado la misión, filosofía y políticas organizacionales y los procedimientos para abordar la teoría y los principios nombrados anteriormente?

3. ¿El centro ha designado un comité (y un/a responsable del mismo) para dirigir la agenda del equipo de trabajo y dirigir este cambio organizacional?
4. ¿El centro ha garantizado la formación de los y las profesionales a todos los niveles? incluyendo:
  - a. Experiencias de usuarios/as y profesionales
  - b. Prejuicios comunes y mitos
  - c. Sistemas de atención que tienen en cuenta las vivencias traumáticas (*trauma informed care*)
  - d. Efectos Neurobiológicos del Trauma
  - e. Modelo de Prevención de Salud Pública
  - f. Principios para la mejora del rendimiento
  - g. Estrategias clave de reducción de CF/A
  - h. Riesgo de violencia
  - i. Factores de riesgo médicos/físicos de lesiones o muerte
  - j. Uso de herramientas de planificación de seguridad o voluntades anticipadas
  - k. Habilidades clave para la construcción de relaciones terapéuticas y basadas en la persona
  - l. Aplicación de procedimientos seguros de contención, incluyendo un continuo seguimiento cara a cara mientras la persona se encuentra contenida
  - m. Establecimiento de límites sin confrontación
5. ¿El centro ha animado a sus profesionales a explorar las “normas” de la unidad con el objetivo de analizar su lógica y su necesidad? La mayoría de las unidades de hospitalización tienen reglas que son hábitos o patrones de comportamiento que no son congruentes con un entorno no coercitivo y de recuperación, como por ejemplo la norma de contener a personas que se autolesionan de forma no letal.
6. ¿El centro ha abordado cuestiones sobre el empoderamiento de los y las profesionales? por ejemplo, ¿participan en el establecimiento de normas o tienen capacidad para suspender su aplicación dentro de unos límites para evitar incidentes de seguridad?
7. ¿El centro empodera a sus profesionales? Por ejemplo dejando que establezcan sus propios turnos de trabajo, turnos flexibles, intercambio de tareas...
8. ¿El centro asume que todos/as los/as profesionales, de todos los niveles, son adultos/as capaces y responsables, a pesar de que hayan podido sufrir alguna lesión, y esto es aceptado por todos/as?
9. El Centro ¿ha contado con el departamento de Recursos Humanos para incorporar conocimientos, destrezas y habilidades consideradas obligatorias en las descripciones de los puestos de trabajo, así como en las competencias laborales, para todo el personal en todos los niveles de la organización? ¿Se toman en consideración competencias técnicas, de actitud y las evidencias que las demuestran?

**ESTRATEGIA CUATRO: USO DE TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN DE CF/A**

OBJETIVO CUATRO: Reducir el uso de la CF/A mediante la utilización de diferentes técnicas y valoraciones integradas en el tratamiento de cada usuario. Incluye el uso de instrumentos de evaluación para identificar los factores de riesgo de violencia



y CF/A; evaluación del trauma; herramientas para identificar personas con riesgo de muerte o lesión; uso de técnicas de desescalada; cambios ambientales para incluir habitaciones de confort y sensoriales, así como otras intervenciones clínicas significativas para ayudar a las personas en la autogestión emocional.

1. ¿Ha implementado el centro herramientas de evaluación para identificar factores de riesgo de incidentes de agresión o violencia? La investigación señala que los mejores predictores son haber mostrado comportamiento violento en el pasado así como haber sido sometido a CF/A con anterioridad.
2. ¿El centro ha implementado herramientas de evaluación sobre los factores de riesgo más comunes de muerte o lesiones graves causadas por el uso de la contención? Esto incluye la obesidad, historia de problemas respiratorios (como el asma), ingesta reciente de alimentos, ciertas medicaciones, historia de problemas cardiovasculares, trastorno por estrés agudo o estrés post-traumático.
3. ¿El centro ha puesto en marcha una evaluación que identifique personas en riesgo de revivir experiencias traumáticas o personas con síntomas y secuelas de traumas no tratados?
4. ¿El centro ha puesto en marcha una herramienta de desescalada o de evaluación de planes de seguridad, que incluya la identificación de detonantes individuales, así como de intervenciones elegidas personalmente y efectivas en autogestión emocional?
5. ¿Se ha realizado lo siguiente por parte del Centro?:
  - a. Implementado técnicas de comunicación /procedimientos de mediación de conflictos.
  - b. Reducido señales ambientales de coerción manifiesta o encubierta.
  - c. Realizado cambios ambientales (como el uso de habitaciones de confort o habitaciones sensoriales)
6. ¿El centro ha utilizado una escala de control de la conducta agresiva que ayude a los y las profesionales a discriminar entre comportamientos agitados, disruptivos, destructivos, peligrosos o letales, y que disminuya el uso prematuro de CF/A?
7. ¿El centro ha redactado y difundido entre los y las profesionales, políticas y procedimientos para el uso de las intervenciones nombradas anteriormente?
8. ¿El centro ha facilitado, de algún modo, que la información sobre el plan de seguridad individual o las técnicas de desescalada puedan consultarse durante una crisis, y que estén integradas en el plan de tratamiento?
9. ¿Ha puesto el centro a disposición de los y las profesionales, personas expertas o consultoras en CF/A para asesorar sobre intervenciones que tienen en cuenta las experiencias traumáticas (*trauma informed care*), de apoyo general y de apoyo conductual para los/as usuarios/as que manifiestan conductas desafiantes constantemente?

#### ESTRATEGIA CINCO: EL PAPEL DE LOS/AS USUARIOS/AS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVO CINCO: garantizar la participación plena y formal de usuarios/as en diferentes roles de la unidad o centro para contribuir a la reducción de CF/A.

1. ¿El centro permite la participación a usuarios/a en cada oportunidad que es posible? Para los programas con menores, esto sería aplicable también a la familia.
2. ¿El centro contrata a usuarios/as como?

- a. Director/a de servicios de asesoramiento para usuarios/as
  - b. Especialistas o trabajadores/as de apoyo mutuo
  - c. Profesionales de acogida en las unidades de hospitalización
3. ¿El centro ha formado a sus profesionales sobre la importancia y necesidad de implicar a los/as usuarios/as en todos los niveles operativos?
  4. ¿El centro ha incluido a usuarios/as en los comités y grupos de trabajo clave de la organización?
  5. ¿El centro ha empoderado a los/as usuarios/as para desempeñar su trabajo en el centro o unidad? ¿Les apoya para el desempeño de este trabajo (nuevas labores de los/as usuarios/as) mediante sistemas apropiados de supervisión?
  6. ¿El centro ha puesto en marcha encuestas sobre la satisfacción de los/as usuarios/as? ¿Ha discutido los resultados con los/as profesionales? ¿Ha utilizado estos resultados para revisar los servicios que se proporcionan?
  7. ¿El centro ha invitado a usuarios/as como personas defensoras/abogadas externas que hagan sugerencias o recomendaciones y se impliquen en los procedimientos?

#### ESTRATEGIA SEIS: TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INFORMATIVAS "DEBRIEFING"

Debriefing: *a partir de aquí, se utilizará el término debriefing para hacer referencia a las reuniones destinadas al análisis y a compartir información tras un episodio de CF/A.*

OBJETIVO SEIS: reducir el uso de CF/A mediante un análisis riguroso de los episodios de CF/A, y el uso de este conocimiento derivado de este análisis para evitar que estas prácticas se repitan en el futuro. Un objetivo secundario de esta intervención es intentar mitigar, en la medida de lo posible, los efectos adversos y potencialmente traumáticos de la CF/A tanto para los y las profesionales como para los/as usuarios/as y testigos de estos episodios.

Es imprescindible que el personal clínico y médico, incluida la Dirección Médica, participen en estas actividades.

1. ¿El centro ha revisado las normas y procedimientos para incluir dos actividades informativas (debriefing) para cada suceso? Tal y como se describe a continuación:
  - a. Sesión de debriefing in situ inmediatamente después del episodio, realizada por la persona supervisora de turno. Los objetivos son garantizar que todo el mundo esté seguro, que la documentación sea suficiente para ayudar en el análisis posterior, hacer una breve revisión con los/as profesionales implicados/as, usuarios/as y testigos del episodio para recopilar información, identificar posibles necesidades de cambio y garantizar que el/la usuario/a contenido está seguro/a y con un seguimiento apropiado.
  - b. Sesión de debriefing formal que incluya un análisis riguroso, uno o pocos días después del episodio, y que incluya la asistencia de los/as trabajadores/as implicados/as, del equipo de tratamiento y de una persona representante de la administración del centro. Se recomienda que dicha sesión de debriefing tenga una metodología rigurosa como la de Análisis de Causa Raíz (RCA - *Root Cause Analysis* -) u otra metodología de resolución de problemas, para identificar qué ha fallado, qué información ha faltado, qué podría haberse hecho de forma diferente y cómo evitarse en el futuro. También se recomienda que se utilice un análisis por pasos como el RCA en situaciones en las que alguna persona resulte lesionada; en las que la CF/A se haya utilizado más de dos veces en un mes; y en cualquier momento donde un evento de CF/A dure más de ocho horas.
  - c. ¿Ha garantizado el centro que en todas las sesiones informativas haya un/a usuario/a implicado/a, o bien un/a representante de éste/a? Es muy importante incluir la experiencia o la voz de los/as usuarios/as en esta actividad y si esta persona no puede o no quiere participar, se recomienda que otro/a usuario/a, o alguien del personal, actúe como



defensora o representante de los intereses de esa persona en la reunión. También se recomienda que la persona que dirige la reunión esté bien versada en metodología de resolución de problemas objetivos y no haya participado en el evento desencadenante.

2. ¿Las normas y procedimientos de estas sesiones especifican?:
  - d. Los objetivos del debriefing
  - e. Quién debe participar
  - f. Responsabilidades/roles
  - g. Proceso de la sesión
  - h. Documentación necesaria
  - i. Seguimiento
3. ¿El centro ha puesto en marcha la política y los procedimientos de debriefing para conseguir las respuestas de los/as profesionales sobre el episodio de CF/A, las de el/la usuario/a, y las de otras personas observadoras?
4. ¿Ha facilitado el centro formación sobre la utilidad del debriefing para modificar los planes de tratamiento?
5. ¿El centro ha intentado apoyar a los/as profesionales en sus respuestas individuales a los episodios de CF/A, hasta el punto de incluir servicios de apoyo al/a la trabajador/a u otro tipo de recursos de apoyo?

## EJEMPLO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE DEBRIEFING PARA LA REDUCCIÓN DEL USO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA Y/O AISLAMIENTO

(KEVIN ANN HUCKSHORN, REVISED 2008)

El uso de CF/A implica intervenciones de alto riesgo, susceptibles de generar problemas a usuarios/as y a profesionales, por lo que deben evitarse siempre que sea posible. La CF/A solo debe usarse en aquellas situaciones en las que hay peligro inminente e inevitable. El uso de CF/A puede causar traumas y/o retraumatización en personas que ya son vulnerables, además de causar traumas, estrés o lesiones a profesionales. Prevenir el uso de CF/A es el objetivo organizacional, y supone la obligatoriedad del uso de procedimientos de análisis e información (debriefing) siempre que ocurra un episodio de CF/A.

Los procedimientos de Debriefing (Sesiones de Informativas y de Análisis) en esta estrategia se dividen en 3:

El primero se denomina “Análisis inmediatamente posterior al episodio” y tiene lugar inmediatamente después de un episodio de CF/A con todas las partes implicadas, incluidos los testigos.

El segundo se denomina “Testimoniar y/o dar cuenta de lo ocurrido” lo que implica que la persona responsable a cargo de la Unidad llame a un/a responsable de la dirección para relatar lo ocurrido 24 horas al día, 7 días a la semana.

El Tercero es una “Sesión de análisis formal riguroso del episodio” que tiene lugar durante las 24 -48 horas de trabajo que siguen a la CF/A y que incluye la participación de profesionales clave, y profesionales de la organización y de apoyo, así como de usuarios/as.

### Análisis inmediatamente posterior al episodio

Procedimiento:

1. El/la supervisor/a clínico/a designado/a en la unidad (*onsite clinical supervisor or administrator/designee*) actuará inmediatamente cuando ocurra el episodio. Deberá ser un/a profesional clínico con formación en la política de CF/A y nunca alguna de las personas involucradas en el episodio que se va a analizar.

2. Al llegar a la unidad, este/a profesional estudiará inmediatamente el ambiente terapéutico para tratar de mantener la seguridad de todas las personas y asegurarse que los procedimientos se han llevado a cabo correctamente. A menos que ocurra una emergencia que requiera la intervención directa, su papel será documentar lo que ocurrió, quién participó, los antecedentes del caso, las alternativas menos coercitivas que se llevaron a cabo y los resultados, los comportamientos peligrosos específicos que obligaron al uso de la CF/A y la respuesta que se dio por parte del personal. Además, deberá valorar la seguridad física y emocional del/la usuario/a y otros testigos durante la CF/A.
3. Este/a profesional documentará sus hallazgos e informará de inmediato al/a la directivo/a de guardia (o a quien deba ser informado). Apoyará al personal de la unidad para que el ambiente retorne a la situación anterior a la crisis y asegurará que toda la documentación necesaria se cumplimente adecuadamente.
4. Cuando sea posible, este/a profesional participará en el debriefing. Si eso no es posible, el/la profesional, sea el/la enfermero/a responsable, u otra persona tendrá que comunicar lo ocurrido mediante documentación escrita, informe del turno o por teléfono, para la realización del debriefing formal. La idea es que la información sea valorada durante el debriefing formal que se efectuará con posterioridad, y que, finalmente, toda la información sea comunicada y compartida con todo el equipo.
5. En los centros donde no hay un profesional designado para estas funciones, será la persona supervisora de enfermería responsable quién tendrá que asumir la responsabilidad de estas actividades. Siempre es mejor que haya un/a profesional extra formado/a para actuar en este tipo de episodios, pero cuando no sea posible será la persona con más experiencia quién tendrá que hacerlo.

#### Testimoniar y/o dar cuenta de lo ocurrido

##### Procedimiento:

1. Este procedimiento supone que es el/la profesional clínico, responsable de pacientes (*senior clinical person responsible for patient*) quien comunica toda la información relativa a la CF/A al/a la profesional designado/a por la dirección en tiempo real (24 horas / 7 días a la semana). Este procedimiento supone que ha sido designado personal específico para recibir estas comunicaciones.
2. El/la profesional clínico responsable, miembro del equipo de la unidad, mejor capacitado/a para proporcionar la información clave a la dirección es quien deberá suministrarla mediante llamada telefónica. La información comunicada es crítica y puede incluir los siguientes aspectos (aunque no tiene por qué limitarse ellos):
  - A. Una descripción del episodio (qué ocurrió)
  - B. ¿Cuál fue el resultado (aislamiento, contención física, medicación involuntaria, lesiones al personal, a sí mismo/a o a otros/as pacientes)?
  - C. ¿Quién estuvo involucrado/a en los hechos que condujeron a la contención física, aislamiento u otro procedimiento involuntario?
  - D. ¿Cuáles eran los antecedentes? (historia clínica del/la paciente, episodios pasados, comportamiento inmediatamente antes del episodio)
  - E. ¿Hubo algún signo de aviso o cambios en la conducta del/la paciente antes del episodio y cómo reaccionó el personal a los mismos?
  - F. ¿Se sabía que era una persona con alto riesgo de conducta violenta? Si es así, ¿qué se hizo para prevenir este riesgo?
  - G. ¿Cuál fue el origen del conflicto, si lo hubo?
  - H. ¿Qué hizo el personal?



- I. Cuando se observó el comportamiento en escalada, ¿qué intervenciones se llevaron a cabo? Y si así fue, ¿cuál fue la respuesta de la persona?
  - J. ¿Se estaba relacionando la persona con alguien del personal en ese momento, y trató ese profesional de intervenir? ¿Se estaba realizando algún acto u intervención con el/la paciente en ese momento? ¿Trató de intervenir el/la profesional que la realizaba?
  - K. ¿Se le ofrecieron alternativas a la persona antes de la CF/A? ¿Cuál fue la respuesta?
  - L. ¿Disponía la persona de un plan de seguridad?, y si así era, ¿fue utilizado?
  - M. ¿Qué personal estuvo directamente involucrado? ¿Se encuentra bien?
  - N. ¿Está la persona en situación segura? ¿Dónde se encuentra ahora?
  - O. ¿Qué ha hecho el personal para evitar otro episodio?
  - P. Si la persona está hablando ¿qué está diciendo ahora mismo?
  - Q: ¿Han sido entrevistadas las personas que presenciaron el episodio? ¿Cómo están en este momento?
  - R. ¿Se ha preguntado y valorado el caso con el personal involucrado? ¿Cómo se siente ahora?
  - S. ¿Hay algo, en este momento, que se pueda añadir sobre cómo podría haberse evitado la CF/A?
  - T. ¿Puedes participar en el proceso de debriefing formal? si no fuera posible, ¿cómo podemos hacer llegar la información a los miembros del equipo que van a analizar el episodio?
  - U. ¿Hay algo que se pueda hacer ahora para evitar que esto vuelva a suceder?
3. Se espera que la persona de la dirección “de guardia” responda a la llamada o la devuelva rápidamente. Se recomienda que la persona de la dirección “de guardia” tome notas informales respecto a lo que pasó junto con las notas que indican la necesidad de hacer seguimiento al día siguiente. Estas notas deberán ser discutidas con otros clínicos responsables de pacientes (*other senior clinical staff*) el siguiente día hábil, y las cuestiones que requieran seguimiento deberán haber sido transmitidas a la persona adecuada.
4. En general, este procedimiento está destinado a proporcionar tres resultados. En primer lugar, que el equipo de dirección esté informado oportuna y adecuadamente de lo que ocurre en las unidades y que conozca las condiciones de trabajo a las que se enfrenta el personal de atención directa. En segundo lugar, que el personal de atención directa sea consciente de que la organización también se ve afectada por estos episodios de CF/A, que su papel es apoyarles y que se encuentra disponible. Y en tercer lugar, para que el equipo de dirección, con poder formal, conozca las políticas, los procedimientos y las cuestiones operativas que pueden crear conflictos en las unidades, y que ayuden a reunir información útil para la formación y entrenamiento del personal.
5. Es muy importante que, a menos que exista una conducta negligente (o un trato vejatorio o inhumano) durante un episodio, no se determinen culpables y que la respuesta global no sea de naturaleza punitiva.
6. Por último, se recomienda que la responsabilidad de la persona que asuma el papel de “de guardia” en la dirección no sea siempre la misma. Esta responsabilidad puede ser perjudicial a veces, y estas funciones deben ser compartidas por más de una persona.

## Sesión de análisis formal riguroso del episodio

Procedimiento:

1. Un análisis riguroso de la CF/A deberá realizarse en un plazo de 24 a 48 horas inmediatamente después del episodio.
2. El/la coordinador/a de la unidad, o persona designado por él o ella, programará el debriefing formal e informará a todas las personas que deberán participar, incluyendo a los miembros del equipo, el/la paciente y/o su apoderado, representante, igual o defensor/a, y todas las demás partes involucradas, así como otra persona de la organización que proceda convocar. Se pondrá el máximo de cuidado y atención en la comodidad y seguridad del/la paciente implicado/a, en que ésta se realice con su consentimiento, y en que no se sienta excesivamente estresado, coaccionado, o abrumado por esta actividad.  

En ciertas situaciones, donde el/la usuario/a no quiera o no puede participar, se harán todos los esfuerzos para entrevistar al/la usuario/a por anticipado, con el objetivo de recoger su punto de vista sobre lo ocurrido y su opinión de lo que podría haber evitado la CF/A. Esta entrevista adicional será documentada y llevada al debriefing formal por parte de un/a representante formal del/la usuario/a. El/la profesional de apoyo mutuo, si está disponible, será la persona ideal para recopilar este tipo de información.
3. El debriefing formal se iniciará con el proceso de PDCA (del inglés *Plan, Do, Check, Act*: planificar-hacer-verificar-actuar-). El PDCA es un proceso de mejora continua de la calidad que ofrece un mapa con el que analizar paso a paso y rigurosamente un problema así como implementar soluciones efectivas. “Planificar” (“*Plan*”) hace referencia a la definición del problema (el episodio); analizar a fondo el problema y sus causas subyacentes; hacer una tormenta de ideas de posibles soluciones a las cuestiones subyacentes y causas que originan el desenlace; decidir sobre las soluciones, analizando aquellas que sean posibles, y crear un plan para implementar una solución al problema. “Hacer” (“*Do*”), se centra en la implementación de los esfuerzos basados en el primer paso. “Verificar” (“*Check*”) se centra en la comprobación del proceso general mediante la evaluación de lo que funcionó y lo que no a través de indicadores medibles, haciendo ajustes o volviendo al banco de ideas si la solución fallara en el futuro, y revisando de nuevo las etapas de planificación, si lo ya planificado no funcionó o sólo funcionó parcialmente. “Actuar” (“*Act*”) es el establecimiento de un nuevo sistema, políticas, procedimiento, protocolo o programa basado en resultados positivos, determinando cómo sostener y mantener la mejora en el futuro. La actividad formal de debriefing se apoya en el proceso PDCA y proporciona un circuito de retroalimentación entre la Actuación y la Planificación.
4. El debriefing debe incluir un análisis de: 1) desencadenantes, 2) conductas antecedentes, 3) conductas alternativas, 4) intervenciones o alternativas menos coercitivas que se intentaron, 5) preferencias de desescalada o medidas de seguridad identificadas y 6) estrategias del plan de tratamiento.
5. La persona moderadora que conduce el debriefing debe ser clínicamente experta en el análisis de las causas raíz y debe ser una persona que no haya participado directamente en la CF/A. Las preguntas formuladas por esta persona se orientarán por las características individuales inherentes al episodio de CF/A, aunque también por las características comunes de estos episodios, preguntando por el mínimo común denominador de todos los episodios. La persona moderadora tendrá que ser experta y conocedora de los pasos comunes que ocurren en una escalada de comportamiento, que desemboca en la utilización de una contención física o aislamiento, y en las oportunidades de intervenciones efectivas que se pueden emplear para evitar la CF/A, en técnicas de desescalada, y en cuando la CF/A realmente es el último recurso para evitar lesiones y minimizar el trauma. El proceso de debriefing conduce a obtener recomendaciones tanto para el personal administrativo y clínico como para el desarrollo del equipo clínico y del personal de atención directa. Los pasos que se describen a continuación incluyen ejemplos de preguntas que pueden estimular la reflexión y el debate.

Árbol para la Prevención de la Contención Física y el Aislamiento, oportunidades de intervención del personal y preguntas para el Debriefing

Paso 1: ¿Se ha creado un ambiente terapéutico en el que se minimiza el conflicto (o no)?

Se pide al personal que considere si la dirección ha hecho todo lo posible para crear un entorno que evite el conflicto y la



agresión. Las intervenciones preventivas potenciales incluyen el uso del lenguaje sin etiquetas (“*person-first language*”); adopción de una filosofía de la atención sensible a las vivencias traumáticas y enfocada a la recuperación; contrastar la práctica real, las políticas y los procedimientos con los valores de la recuperación y de una práctica sensible a las experiencias del trauma; asegurar que el personal tiene conocimientos, destrezas y habilidades para establecer relaciones terapéuticas desde el momento en que la persona ingresa en la unidad; hacer que el ambiente terapéutico sea de acogida y no estresante; utilizar herramientas de prevención, como evaluaciones en la admisión, que tengan en cuenta experiencias de trauma, evaluación de riesgos, planificación de la seguridad, las salas sensoriales y de confort, y evitar la coerción explícita y encubierta.

Preguntas a considerar o explorar:

- 1) ¿El ambiente era tranquilo y acogedor?
- 2) ¿El ambiente era personalizado y normalizador o era normativo e institucional?
- 3) ¿El ambiente estaba calmado y silencioso?
- 4) ¿Algún miembro del personal había realizado alguna intervención con el/la paciente?
- 5) ¿Hubo indicaciones sobre las normas, advertencias u otras indicaciones, que pudieron causar sensación de opresión?
- 6) ¿Fue la persona testigo de una CF/A u otro evento perturbador?
- 7) ¿Cuáles fueron los desencadenantes para el comportamiento agresivo o peligroso?
- 8) ¿Conocíamos suficientemente a la persona para saber cuáles eran sus detonantes personales?
- 9) ¿Era la persona superviviente de un trauma? y de ser así, ¿hubo algo en el ambiente que pudo recrear el trauma?
- 10) ¿Cuál fue el detonante?
- 11) ¿Tuvo alguien la oportunidad de hablar con la persona o revisar la situación antes de que ocurriera el episodio?
- 12) ¿Cambió la conducta del/de la paciente durante el turno en el que se produjo la CF/A o antes?
- 13) ¿Quería algo la persona antes de que ocurriera el episodio?

Paso 2: ¿Podría haber sido evitado el detonante (enfermedad, personal, medio ambiente) del conflicto (o no)?

Se trata de valorar la adecuación del proceso de evaluación y admisión, y la recogida específica de información de factores de riesgo de conflicto y violencia que hubieran alertado al personal de la necesidad de intervenciones inmediatas y preventivas. Por ejemplo, ¿era el personal consciente de que la persona había dejado la medicación durante algún tiempo? ¿Había sido este aspecto abordado de inmediato en el momento del ingreso? ¿En el proceso de admisión se había analizado la información relacionada con posibles episodios anteriores de agresión o violencia en las unidades de hospitalización y/o de eventuales episodios de CF/A? ¿El personal sabe, o averigua durante la admisión, los detonantes individuales que hacen que esta persona entre en conflicto, muestre ansiedad, miedo, incomodidad, etc.? Si es así, ¿esta información ha sido documentada para que pueda ser utilizada/comunicada? ¿Se utilizan herramientas como la planificación anticipada de decisiones, voluntades anticipadas o planes de seguridad? ¿La Unidad entiende la importancia de minimizar una cultura de la atención basada en normas; minimizando los tiempos de espera, evitando situaciones cotidianas del servicio en las que las personas puedan sentir vergüenza o sentirse humilladas (de modo intencionado o no intencionado)?

Preguntas para explorar este aspecto:

- 1) ¿Participó la persona en el proceso de admisión y de planificación del tratamiento?
- 2) ¿Se efectuó una evaluación de sus experiencias traumáticas?
- 3) ¿Se realizó un plan de seguridad?

- 4) ¿Se sabía si la persona había experimentado antes una CF?
- 5) ¿Recibió alguna llamada telefónica o visita (o por el contrario no la tuvo) que podrían haber causado la escalada?
- 6) ¿Estaba la persona preocupada por algo?
- 7) ¿Tuvo que esperar un tiempo excesivo para algo que quería?
- 8) ¿Comunicó al personal que necesitaba ayuda, atención o asistencia de antemano?
- 9) ¿Se había sentido la persona ignorada, tratado con rudeza, avergonzada o humillada, a consecuencia de algún comportamiento?
- 10) Si estaba tomando medicación ¿tenía los niveles terapéuticos correctos? ¿Experimentaba efectos secundarios?
- 11) ¿Estaba la persona experimentando signos y síntomas de la enfermedad mental?
- 12) ¿Fue orientada sobre el funcionamiento de la unidad y sus normas?
- 13) ¿Se trataba de su primera hospitalización?

#### Paso 3: ¿El personal estaba al tanto y respondió a tiempo (o no)?

En este paso se trata de analizar la cultura y el conocimiento del personal sobre la importancia de dar respuesta inmediata y directa a los cambios comportamentales en el medio. En muchas unidades el personal no responde de inmediato debido a la falta de conocimiento sobre los tipos de escalada de comportamiento, que pueden incluir tanto la agitación obvia, como comportamientos de aislamiento. En otras unidades, al personal se les ha enseñado a ignorar los cambios de comportamiento disruptivos o diferentes, basándose en la creencia de que se trata de comportamientos para llamar la atención y que ignorándolos pueden desaparecer. Sin embargo, en las unidades orientadas a la recuperación, los cambios en los comportamientos se observan como “intentos de comunicación”, aunque tal vez no se realicen de forma clara o directa, y se entiende que requieren una respuesta inmediata y respetuosa. El personal de la unidad debe ser entrenado para observar, detectar y responder a los cambios individuales en el comportamiento o en el ambiente, como parte de su trabajo y como una habilidad importante en el perfeccionamiento del “uso terapéutico de uno/a mismo/a”, entendiendo que es una parte esencial de su trabajo como profesional de la salud mental.

#### Preguntas a realizar:

- 1) ¿Quién respondió a la persona y en qué momento?
- 2) ¿Hubo alguna advertencia de que la persona estaba molesta?
- 3) ¿Cuáles fueron los primeros signos y quién tomó nota de ellos?
- 4) Si nadie se dio cuenta, ¿por qué?
- 5) ¿Debería haber estado en estado de monitorización / observación?

#### Paso 4: ¿Se eligió una intervención eficaz por parte del personal (o no)?

En este paso se valoran los conocimientos, habilidades, capacidades y el empoderamiento del personal de la unidad para conocer y abordar directa e inmediatamente, con un enfoque de mínima restricción, las situaciones de escalada emocional o de comportamiento. La capacidad de formular una respuesta inmediata a una escalada de conducta o problema emocional no es innata y normalmente requiere formación, y haber tomado ejemplo de los/as profesionales clínicos de mayor experiencia en la unidad. Además, la organización tiene que empoderar y capacitar al personal para ser creativos y saber cuándo saltarse normas de la unidad con el objetivo de evitar una CF/A siempre que se den las condiciones de seguridad adecuadas. Ejemplos de estos últimos casos podrían ser: permitir que alguien deje una actividad grupal, dejando que la persona esté



sola en su habitación durante el tiempo de la actividad; dejar que la persona salga a fumar con un miembro del personal, incluso en momentos en los que las normas no lo permitirían; realizar una merienda entre comidas, permitir realizar una llamada telefónica o una visita, en horarios no establecidos para ello, etc.

A menudo las reglas de las unidades, son interpretadas por el personal como “sagradas” y éstas pueden impedir el uso de medidas poco coercitivas, dando lugar finalmente a una CF/A que podía haber sido evitada. Además, los temores del personal de que incumplir las normas conduce al caos, en general, no son ciertos. El caso de pacientes concretos que parecen conseguir que el personal “haga excepciones” ante su comportamiento disruptivo requerirá de la evaluación por parte del personal del equipo de tratamiento clínico. En general, en nuestro entorno basado en normas, es bastante fácil etiquetar a las personas de “manipuladoras” cuando tratan de conseguir que se hagan excepciones a las normas, pero es importante recordar que las normas son de carácter institucional de la unidad y no las seguiríamos ni aplicaríamos si el/la paciente estuviera en la comunidad (atendido en su medio habitual).

La capacidad del personal para ser creativo y dedicar tiempo para tratar de conocer a la persona y sus necesidades en situaciones de crisis, es inmensamente útil y debería ser parte de las exigencias de conocimientos, habilidades y destrezas en las descripciones de los puestos de trabajo de la organización y de los procesos de evaluación del desempeño profesional.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Qué se intentó en primer lugar y quién lo hizo?
- 2) ¿Por qué se eligió esa técnica o intervención?
- 3) ¿Hubo algo que impidió intervenir?
- 4) ¿Hubo alguien que impidió intervenir?
- 5) ¿Se demoró la intervención por algún motivo?
- 6) ¿Cómo respondió la persona?
- 7) ¿Cuál era el estado emocional de la persona en ese momento?
- 8) ¿Cuál era el estado emocional del personal en ese momento?
- 9) ¿Qué otra cosa podría haberse intentado, pero no se intentó?
- 10) ¿Por qué no se intentó?

Paso 5: Si la intervención no tuvo éxito ¿se intentó alguna otra (o no)?

El personal debe continuar intentando alternativas hasta que una intervención funcione, o hasta que el comportamiento se intensifique, de tal modo que se llegue a una situación de peligro que haga inevitable la CF/A. En este caso, la situación se denomina “fracaso de tratamiento”, no porque el/la profesional de modo individual haya fracasado, sino porque no se disponía de información suficiente sobre la persona o aún no se había tenido la oportunidad de construir una relación terapéutica en la que la intervención elegida hubiera sido eficaz.

Las preguntas que se deben realizar son las mismas que en el paso 4.

Paso 6: ¿Se utilizó la CF/A sólo como respuesta a una situación de peligro inminente (o no)?

Se trata de valorar si ha habido una utilización prematura de CF/A ante un comportamiento agitado, disruptivo o, por momentos, destructivo, pero en el que la persona todavía tiene control y puede ser implicada en una intervención de desescalada. Se analizan los patrones o normas que permiten, desde el punto de vista de la práctica de la unidad, el uso de

la CF/A, por ejemplo, “cada vez que alguien golpea a alguien o lanza algo” aunque luego deje de hacerlo, u otras prácticas usuales que no figuran en ningún lugar pero que son habituales para tomar la decisión de realizar una CF/A. Los patrones de respuesta del personal a “categorías” de comportamiento tales como “tirar algo”, “golpear objetos inanimados”, “negarse a levantarse del suelo” o “patear o golpear”, deberían ser discutidos, revisados y re-formulados. A veces estos patrones se deben a que el personal no entiende los signos y síntomas de la enfermedad mental, o que son respuestas comunes a la historia de trauma, lo que deriva en que la persona sea culpada por actuar de un modo intencionado y que por tanto debe tener consecuencias. A pesar de ello, hay que mostrar cautela y asegurar que el personal se sienta libre para responder si percibe que está en peligro, y que si las respuestas son innecesariamente coercitivas se abordarán a través de la formación y la supervisión.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Cuál fue el comportamiento exacto que justificó el uso de la CF/A?
- 2) ¿Existía una situación de peligro inminente? ¿Qué habría ocurrido si no se hubiera utilizado la CF/A?
- 3) ¿Quién tomó la decisión? ¿Por qué?
- 4) ¿Estaba justificada la decisión del personal basada en su formación, experiencia y conocimiento de la persona a la que se le practicó la CF?

Paso 7: ¿Se aplicó la CF/A de modo seguro?

En cada paso de la CF/A un responsable clínico evaluará si el personal siguió la política y el protocolo establecido. Además, en algunas unidades puede ser necesario revisar los protocolos que se utilizan en términos de factores de riesgo médicos/físicos y el uso de la contención en decúbito prono.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Cómo fue aplicada la CF/A? ¿Se siguieron las precauciones de seguridad establecidas en el protocolo?
- 2) ¿Había personal disponible y suficiente para ayudar?
- 3) ¿Realizó la supervisión de la CF/A un/a profesional de enfermería?

Paso 8: ¿Fue la persona monitorizada de forma segura?

Tener presencia física durante la CF, acompañar a la persona, es el modo más eficaz de garantizar la seguridad. Esto no puede ser sustituido por el uso de cámaras, o por el hecho de visitar a la persona cada 10 o 15 minutos. El monitoreo constante de la persona con presencia física en todo momento es el estándar esperado para poder observar angustia u otros problemas.

El acompañamiento físico en todo momento se está convirtiendo en una práctica habitual. Es importante seguir los estándares de las Guías de la *Joint Commission* (JCAHO)<sup>3</sup> sobre ir al baño, alimentación y líquidos, amplitud de movimiento y revisión de las extremidades.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Con qué frecuencia se realizó un control del estado de la persona?

3.- Nota de los/as traductores/as: La JCAHO es una organización de Estados Unidos de gran prestigio que acredita y certifica las intervenciones sanitarias fijando estándares de calidad. Dispone de estándares y guías para la utilización de la CF/A <http://www.jointcommission.org>



- 2) ¿Se sujetó a la persona en posición prona o supina y por qué?
- 3) ¿Qué protocolo se ha seguido? ¿Se ha documentado?
- 4) ¿Se siguieron los procedimientos y/o protocolos del Hospital?

Paso 9: ¿Fue la persona liberada de la CF lo antes posible (o no)?

Las decisiones sobre cuándo liberar a una persona de una CF/A, a menudo requieren de la participación de un/a profesional experimentado/a, con formación adecuada sobre los riesgos físicos y emocionales inherentes al uso de la CF, con un gran conocimiento de la conducta humana, y buen juicio clínico. Las personas (adultas o menores) que se encuentran bajo una CF/A, no deberían tener que “someterse” o “pasar por el aro” para demostrar que pueden ser liberadas de dicha CF/A. Los criterios para decidir finalizar una CF/A deben ser responsabilidad del personal y derivados de una evaluación que establezca que la persona ha recuperado el control. De modo general, utilizar preguntas sencillas como “¿cómo estás?”, “¿crees que podemos soltarte?”, “¿crees que si te soltamos no te harás daño?, ¿estás seguro/a de que no le harás daño a otra persona?”, suelen ser suficientes para evaluar si la persona ha recuperado el control. En el caso de personas que no son conocidas en la unidad o que tienen antecedentes de violencia intencional, es necesario realizar una evaluación meticulosa. En el caso de personas que se queden dormidas, la mejor práctica es finalizar la contención física o el aislamiento, acompañado de una observación continua con presencia física, hasta que la persona se despierte y se puede evaluar su estado. La norma de que la CF/A dure 2-4 horas o menos puede ayudar al personal a decidir finalizar una CF/A de una manera oportuna.

Preguntas que se pueden hacer:

- 1) ¿Cuándo finalizó la CF/A?
- 2) ¿Quién tomó la decisión y en qué se basó?
- 3) ¿Se siguió el protocolo?
- 4) ¿Podía haber sido puesta en libertad antes?
- 5) ¿Se le dejó en libertad antes de tiempo? ¿Por qué?
- 6) ¿Cuáles fueron los criterios de liberación documentados que se utilizaron? ¿Fueron los apropiados?

Paso 10: ¿Se llevaron a cabo las actividades posteriores al episodio (o no)?

Este paso sirve para informar a la organización sobre el proceso de debriefing. El primer paso, descrito anteriormente, es la respuesta inmediata que ofreció el/la supervisor/a o profesional clínico/a responsable de pacientes. Los objetivos de esta respuesta inmediata deben asegurar:

- La seguridad de la persona, el personal y los/as testigos del episodio;
- Que la documentación es correcta y cumple con el estándar de la organización;
- Que la información necesaria para informar en el proceso de debriefing se ha recogido en tiempo real por una persona no involucrada en el episodio;
- Que el ambiente retornó a la situación previa al episodio.

También se debe incluir que el debriefing formal se produjo de modo oportuno, riguroso, basado en la solución de problemas, y que el proceso se realizó paso a paso con el objetivo de obtener ideas y actividades de mejora. Los debriefings, inmediatos y formales, deben ser documentados y guardados.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿La respuesta inmediata y debriefing formal se llevaron a cabo? ¿En qué momento?
- 2) Quien llevó a cabo la respuesta inmediata ¿eran profesionales no involucrados en el episodio?
- 3) ¿Fue documentado? ¿Qué se hizo con los resultados?
- 4) ¿Los resultados sirvieron para el debriefing formal y la práctica en general?
- 5) ¿Se han documentado los procedimientos y resultados del debriefing? ¿Dónde?
- 6) ¿Hubo usuarios/as contratados/as o personas representantes involucradas en el proceso de debriefing?
- 7) ¿Participó la persona en el debriefing? ¿Aceptó la persona ser entrevistada por un agente de apoyo mutuo?

Paso 11: ¿Ha habido un aprendizaje de todo el proceso y de sus resultados?, Dicho aprendizaje ¿ha sido integrado en el plan de tratamiento de la persona y en las prácticas (o no)?

La integridad del proceso de información se puede medir por el aprendizaje que se produce y los cambios, modificaciones, nuevas acciones, eliminaciones, etc. que pueden realizarse en los procedimientos. El proceso de debriefing debe considerarse como un proceso de mejora continua de la calidad, que se traduce en aprender de los errores y la elaboración de nuevas respuestas, incluyendo cambios en las normas y procedimientos, cambios en el plan de tratamiento individual, revisiones del plan de desescalada, inclusión de contenidos para la formación de profesionales, asesoramiento individual del personal, clarificación de valores, evaluación de las reglas de funcionamiento, etc.

Preguntas que se pueden realizar:

- 1) ¿Qué se aprendió sobre el episodio de CF/A en el proceso de debriefing?
- 2) ¿Sirve este aprendizaje para orientar políticas, prácticas, procedimientos, reglas, el plan individual de tratamiento, la formación del personal, las normas de la unidad?
- 3) Derivado del episodio concreto ¿el personal recibió nueva formación o asesoramiento?

Nota: Esta política y procedimiento de debriefing deben ser utilizados como una guía. Con este fin es probable que su extensión y grado de detalle sea mayor que en la mayoría de políticas y procedimientos. Los hospitales y unidades tendrán que adaptar su procedimiento individual para satisfacer sus necesidades y capacidades. Para las unidades que utilizan con frecuencia contenciones y no se pueda realizar este nivel de debriefing en cada incidente, se recomienda que el equipo de reducción de CF/A determine qué frecuencia o características concretas de los episodios de contención determinarán la activación de este nivel de revisión. Por ejemplo, cualquier niño/a que es contenido/a, cualquier evento que da lugar a una lesión, o un patrón de uso atípico en una unidad o miembro del personal que puede indicar necesidades adicionales de formación...



## REFLEXIONES EN TORNO A LA COERCIÓN

### JUNTA DIRECTIVA DE LA AEN

Escribir sobre la coerción en psiquiatría y sobre todo de su forma más burda que es la contención mecánica en los dispositivos de salud mental es meterse en un lío. La misma palabra ya es confusa porque contener sugiere algo diferente a la realidad de sujetar a un ciudadano con correas a una cama.

El problema no solo radica en las diferentes perspectivas: del que la aplica y del que la sufre; del que la autoriza, la ordena y la ejecuta; del que trabaja en lugares donde no se usa al que lo hace en los que sí; el que puede escabullirse y el que se ha de enfrentar a ella. También en que uno puede estar en un momento en uno de los roles y pasar en seguida a otro. Y, para complicarlo más aún, es fácil que en el mismo lugar donde se contiene unas veces, también se previene la contención en otras. Así las cosas, tienen que saltar chispas.

Y todo ello en un doble contexto. Uno referido a las jerarquías y los discursos que las sustentan y otro que enlaza con las muy humanas emociones del miedo, la inseguridad y la desesperanza.

Así que es muy difícil pensar sin condicionantes previos, por muy lúcidas que sean las mentes que reflexionan. No tener en cuenta este contexto y enfatizar la relevancia de las conciencias particulares, sería un error. Hay que “concienciar” y hay que denunciar los abusos, pero sin dejar de lado la perspectiva general que tiene que ver con el poder, con las construcciones teóricas que sostiene esa escisión y con lo desamparados que nos encontramos.

Un primer punto de acuerdo radicaría en contemplar como objetivo su erradicación. No estamos hablando de una medida terapéutica en la que podamos discutir si está indicada o no, o si hay algunos a los que se aplica que no debería aplicarse y otros a los que no se aplica y les tocaría. La utilización óptima de la contención mecánica es ninguna. Restringir su uso, velar porque se aplique de manera correcta, usar procedimientos seguros... todas estas cosas son pasos, pero no objetivos. Son válidos solo en la medida en que nos acercan a su eliminación, no a su “rutinización” dentro de las prácticas cotidianas.

Es ante todo una cuestión de derechos y la discusión técnica tiene que ver con la manera en que ese derecho se garantiza. Y en no parar de pensar hasta encontrar la manera de que se puedan compatibilizar el derecho a no ser sometido a tratos degradantes con el derecho a la seguridad. En términos generales no vale como opción que “no hay alternativas”. En algún momento, entre algunas personas, en algunos lugares puede que sea así. Pero la infausta desesperanza del “*there is no alternative*” no es un punto de partida.

No es, sin embargo, desesperanza, advertir que, dado que va a costar cambiar los discursos y superar los miedos, habrá que tener cuidado con no “deslocalizar” la contención o cambiarle de nombre y seguir practicándola, pero dejando que se “ensucien otros las manos”. También que no solo es un tema de protocolos y procesos. Vamos a necesitar que se invierta en capital humano. En sus dotación, en su capacitación y en su cuidado. Algo habrá que hacer por renovar los espacios.

Y hablar también de trauma y de reparación.

Pero como todas las posiciones virtuosas, es, además un asunto estratégico, un nudo nuclear en el sistema de atención. Si conseguimos desarrollar una red de ayuda que no necesite usar la contención, no solo respetaremos un derecho, sino que tendremos un sistema asistencial excelente. Que mejorará también la atención de los que no hubieran sido sujetos y el bienestar de todos los actores implicados. En el camino hacia contención cero iremos mejorando en otras muchas áreas. Seguramente, lo más eficaz para no llegar a sujetar a nadie se ha de hacer fuera de los hospitales y las urgencias. El mejor plan será desarrollar y renovar el modelo de atención comunitaria.

## RECURSOS DE INTERÉS

# EN TORNO A ALTERNATIVAS A LA COERCIÓN

A continuación os enlazamos una serie de materiales que consideramos de gran utilidad de cara a conseguir una práctica clínica no coercitiva. El primer enlace corresponde al texto original que os traemos traducido al castellano en páginas previas. Los siguientes os llevarán a documentos elaborados por distintos colectivos del mundo anglosajón.

» [SIX CORE STRATEGIES FOR REDUCING SECLUSION AND RESTRAINT USE](#)

» [RESTRAINT FREE WORLD](#)

» [PEER TRAINING MANUAL: HOW TO AVOID SECLUSION AND RESTRAINT](#)

» [WILD IRIS MEDICAL EDUCATION](#)

» [ROADMAP TO SECLUSION AND RESTRAINT FREE FOR MENTAL HEALTH SERVICES](#)

» [THE PATIENT SAFETY EDUCATION PROGRAM \(PSEP\)](#)

» [LET'S TALK ABOUT RESTRAINT. RIGHTS, RISKS AND RESPONSIBILITY](#)

» [SECLUSION AND RESTRAINT REDUCTION STRATEGY \(IRELAND\)](#)

» [POLICY STATEMENT ON REDUCING AND WHERE POSSIBLE ELIMINATING RESTRAINT AND SECLUSION IN QUEENSLAND MENTAL HEALTH SERVICES](#)



## REACCIONES A LAS XXI JORNADAS AMSM



**Ana Carralero** @\_likearolling · 26 feb.

Incluso los ricos tienen menos esperanza de vida en las sociedades desiguales que en las igualitarias @crendueles #21AMSM



**Ana Carralero** @\_likearolling · 26 feb.  
Sirve para algo el término #esquizofrenia? #AllerPsic #21amsm

Una vez pasada la «respuesta de ayuda» y aprender un nombre para el sufrimiento – la etiqueta por sí misma no alivia el dolor. Ni ayuda al profesional ni a la persona a comprender lo que está sucediendo o lo que puede ayudar a la persona. Se paraliza a la persona ante su propia experiencia y para buscar su propio lenguaje e interpretación... las personas etiquetadas son consideradas como personas inferiores o menos competentes... Las personas se vuelven dependientes e indefensas con los tratamientos y etiquetas.

Louise Pembroke (53)



**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
En la EGB niños de 12 años participaban en los consejos escolares, en el órgano de decisión de sus escuelas. Hoy parece absurdo #21AMSM



**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
 Ayudar a refugiados NO es una opción de autorrealización como un taller de alfarería. Hay una diferencia. #21AMSM

**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
 Pero el individualismo expresivo (Bellah) ha distorsionado nuestra mentes. #21AMSM

**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
 Lo que se opone al individualismo no es el altruismo, es el compromiso. El lenguaje del deber, de la obligación. #21AMSM

**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
 Si los padres nos preguntáramos a cada rato si nos apetece alimentar a nuestros hijos, los bebés morirían de hambre. Pero tampoco... #21AMSM

**AMSM** @AMSaludMental · 26 feb.  
 ... tienen que ser una condena. Simplemente los vínculos sociales no se pueden escoger como escoges el champú. #21AMSM

**AMSM** @AMSaludMental [Seguir](#)

**AMuSM** @AMuSM\_AEN · 26 feb.  
 #21AMSM 'más que plantearse si existe o no [el término esquizofrenia] en este momento no es útil y es un lastre' felices de estar aquí

**Ana Carralero** @likearolling · 26 feb.  
 Álvaro Múzquiz nos anima a volver a entender la #esquizofrenia como lo hacía Bleuler #21amsm

Los pacientes se enamoran del personal del hospital sin tener en cuenta su sexo, su fealdad o incluso lo repulsivos que fueran. (Bleuler 1911: 52)

No existe casi ninguna diferencia en la manera como el paciente se dirige a una persona con autoridad o a alguien con un estatus más humilde, ya sea hombre o mujer. (Bleuler 1911: 49)

Un hebrefrénico, que hablaba de forma confusa, sostenía la boquilla del cigarro en la boca de otro paciente que sufría atrofia muscular [...] Lo hacía con una paciencia y una infatigabilidad de las que no sería capaz ninguna persona normal. (Bleuler 1911: 48)

A menudo se observan perversiones como la homosexualidad o anomalías parecidas en la conducta general y en el atuendo del paciente. (Bleuler 1924: 188)



**AEN** @AENEUROPSI · 26 feb.  
 #21AMSM El aferramiento a lo biológico en la psiquiatría tiene que ver con el mantenimiento de la posición de poder. @IagoRobles

**AEN** @AENEUROPSI · 26 feb.  
 #21AMSM Titánico #JimVanOs 🍷 Better false hope than false hopelessness @JimvanOs1 Guérir parfois, soulager toujours

**Verónica Castrillo** @VeronicaCastrillo · 26 feb.  
 Rasgo continuo de hipersignificado @AENEUROPSI @AMSaludMental @JimvanOs1 #21AMSM

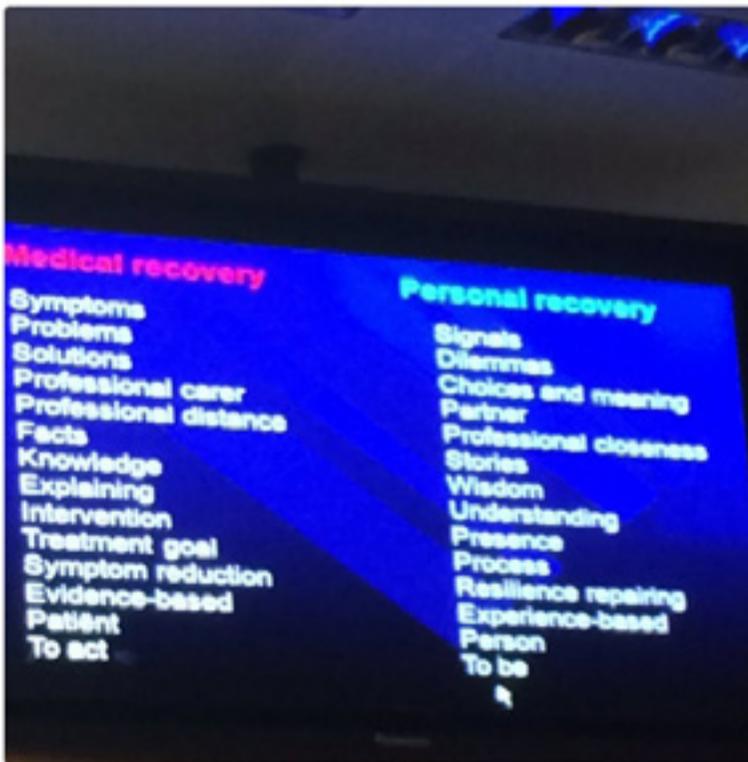
**Entrevoces** @EntrevocesOrg · 26 feb.  
 ¿Por qué no exponemos a nuestras experiencias y trabajar con ellas? @JimvanOs1 en #21amsm @VocesUnLtd



# AEN ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

- AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
La desigualdad mata. La URSS lo demuestra claramente. La colectivización de Stalin trajo la misma mortalidad que la transición al... #21AMSM
- AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
... capitalismo. La diferencia d esperanza de vida en los distintos barrios d una misma ciudad equivale a la de Sierra leona y Japón #21AMSM
- AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
La prensa muchas veces confunde esto, no es (sólo) la pobreza. No importa cómo de bien estén los que peor están. #21AMSM
- AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Es una cuestión de desigualdad. De la diferencia que hay entre unos y otros. #21AMSM

**Iago Robles @IagoRobles** · 26 feb.  
Hay que darle la vuelta al sistema.  
Empezando por cambiar el lenguaje y la mirada  
Del hacer al ser  
#21AMSM



**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Tenemos sesgos igualitaristas profundamente arraigados, que los economistas ignoran #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Van Os consulta a la sala acerca de la necesidad de abandonar el término esquizofrenia. Aplastante mayoría a favor de eliminarlo #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Habla del error fundamental de atribución, muy muy presente en la cabeza de los clínicos #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Dicotomía en las cabezas:  
- tinos graves, biológicos, que necesitan fármacos  
- tinos menores, de origen psicosocial #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Pero esa disyunción no está demostrada, por muy extendida que esté. No hemos encontrado ningún test válido #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Hasta en perspectivas biologicistas de reconoce esto abiertamente, hay correlaciones pero no más. #21AMSM

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
Quizá estamos utilizando terminología y conceptos incorrectos que impiden la investigación #21AMSM

**Miguel Bustión @MBustion** · 26 feb.  
Adela San Vicente cita a Marcela Lagarde. #género y #SaludMental #21AMSM #AlterPsiq #Mentalizate #ContraElEstigma #PonteEnMilLugar #feminismo

**AMSM @AMSaludMental** · 26 feb.  
En estas jornadas se ha mencionado a Kropotkin, a Marx, a Jello Biafra y a Evaristo. Ni tan mal. #21AMSM

**Miguel Bustión @MBustion** · 26 feb.  
@AMSaludMental Esto son unas jornadas y lo demás festivales indies descafeinados.



**AMuSM @AMuSM\_AEN** · 26 feb.  
'Seguimos mirando mucho a los síntomas, a los déficits, y poco a las capacidades, los intereses...' reflexiones necesarias #21AMSM

← ↻ 2 ❤️ 1 ⋮





**Verónica Castrillo** @VeronicaCastrillo · 25 feb.  
Lo-co lo común @AENEUROPSI @AMSaludMental #21AMSM

laisladeka.wordpress.com  
olivodelbuho@gmail.com  
mapstotheotherside.net  
sascha@mapstotheotherside.net

lo común  
lo común  
lo común  
lo común

2 6

**AMSM** @AMSaludMental · 25 feb.  
En la sala hablan de medidas simples, al alcance de la mano, como en las UHB inglesas, donde usan mucha menos coerción física #21AMSM

5 2

**Verónica Castrillo** @VeronicaCastrillo · 25 feb.  
Activismo basado en la experiencia #21AMSM @CHARcadia @AENEUROPSI @AMSaludMental



**Iago Robles** @IagoRobles · 25 feb.  
Atrapados en el lenguaje  
Aislados los unxs de los otrxs  
Continúa el debate, apasionado  
Liberando las voces  
#21AMSM

Colonización de "Recuperación", "Apoyo Mutuo" ...  
Participación: Titulares de Derecho  
Papel de los Supervivientes

Shifting the culture

Practice → System of working  
Care → Coaching and learning  
Monitoring reports → Monitoring outcomes

Terminología Neoliberal  
Carga responsabilidad en el individuo

5 7

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
#21AMSM @icariared Martín Rguez Téllez recomienda "Dejando las drogas psiquiátricas". Documental de Daniel Mackler. [youtu.be/kFi38QpwGBo](http://youtu.be/kFi38QpwGBo)



**Adrass, tía** @AdrasteaQuiesce · 25 feb.

Lo incendiario del discurso de Téllez no me expulsa como profesional, sino que me da ganas de seguir cambiando mi trabajo #21AMSM

14 7

**SaraT.** @Saratrz · 26 feb.  
"Schizophrenia does not exits" artículo de @JimvanOs1 que está revisando en #21AMSM [bmj.com/content/352/bm...](http://bmj.com/content/352/bm...)

2

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
#21AMSM #apoyomutuo Destapar el silenciamiento de la experiencia psicótica. Necesidad de espacios en los que se pueda hablar de la locura.

7 5

**Candela** @selene36es · 25 feb.  
#21AMSM @AENEUROPSI "Orgullosos de estar locos, porque después de bajar al infierno se vuelve mucho mejor"



7 retweets, 2 likes

**Ana Carralero** @likearolling · 25 feb.  
"Las asambleas de la @LA\_PAH siento que son muchas veces grupos multifamiliares" J. Morales @AMSaludMental @EntrevocesOrg #21amsm #AlterPsiq

2 retweets, 2 likes

**AMSM** @AMSaludMental · 25 feb.  
"no es la única causa de estar loco, pero la disidencia y la mala situación económica lo son" #21AMSM

5 retweets, 1 like

**Sara T.** @Saratmz · 25 feb.  
Supervivientes d la psiquiatría somos los q hemos estado años formándonos para estar mejor a pesar del sist d #saludmental M.Téllez #21AMSM

4 retweets, 6 likes

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
#21AMSM #DDHH #EnPrimeraPersona Las contenciones son el fracaso del sistema.

1 retweet, 2 likes

**AMSM** @AMSaludMental · 25 feb.  
Nos falta superar la barrera de que lo que nos leamos nos lo haya traducido Janssen. Martín Rguez Tellez #21amsm

3 retweets, 3 likes

**Candela** @selene36es · 25 feb.  
#21AMSM @AENEUROPSI Ancianos sometidos a contención física y química porque para las residencias los fármacos son gratis y no el personal

6 retweets, 1 like

**Iago Robles** @IagoRobles · 25 feb.  
Martin Tellez trae las raíces sociales del sufrimiento psiquico. Injusticias, alienacion, aislamiento... #21amsm



7 retweets, 3 likes

**revoluciondelirante** @revoldelirante · 25 feb.  
Los #profesionalesde saludmental debemos ser #agentesdobles #21AMSM

9 retweets, 10 likes

**AMSM** @AMSaludMental · 25 feb.  
350 clubhouse en el mundo son mucha gente. A lo mejor nos falta perspectiva. #21AMSM

4 retweets, 2 likes

**AMSM** @AMSaludMental · 25 feb.  
Generar una narrativa que nos funcione para tirar adelante y generar esperanza alejada de otras impuestas. Martín Rguez Tellez #21amsm

1 retweet, 3 likes



**Verónica Castrillo** @VeronicaCastrillo · 25 feb.  
¿sin ánimo de lucro? @AENEUROPSI @AMSsaludMental #21AMSM

La revolución no será financiada  
Más allá de la industria de las empresas sin ánimo de lucro

THE REVOLUTION WILL NOT BE FUNDED  
BEYOND THE NON-PROFIT INDUSTRIAL COMPLEX

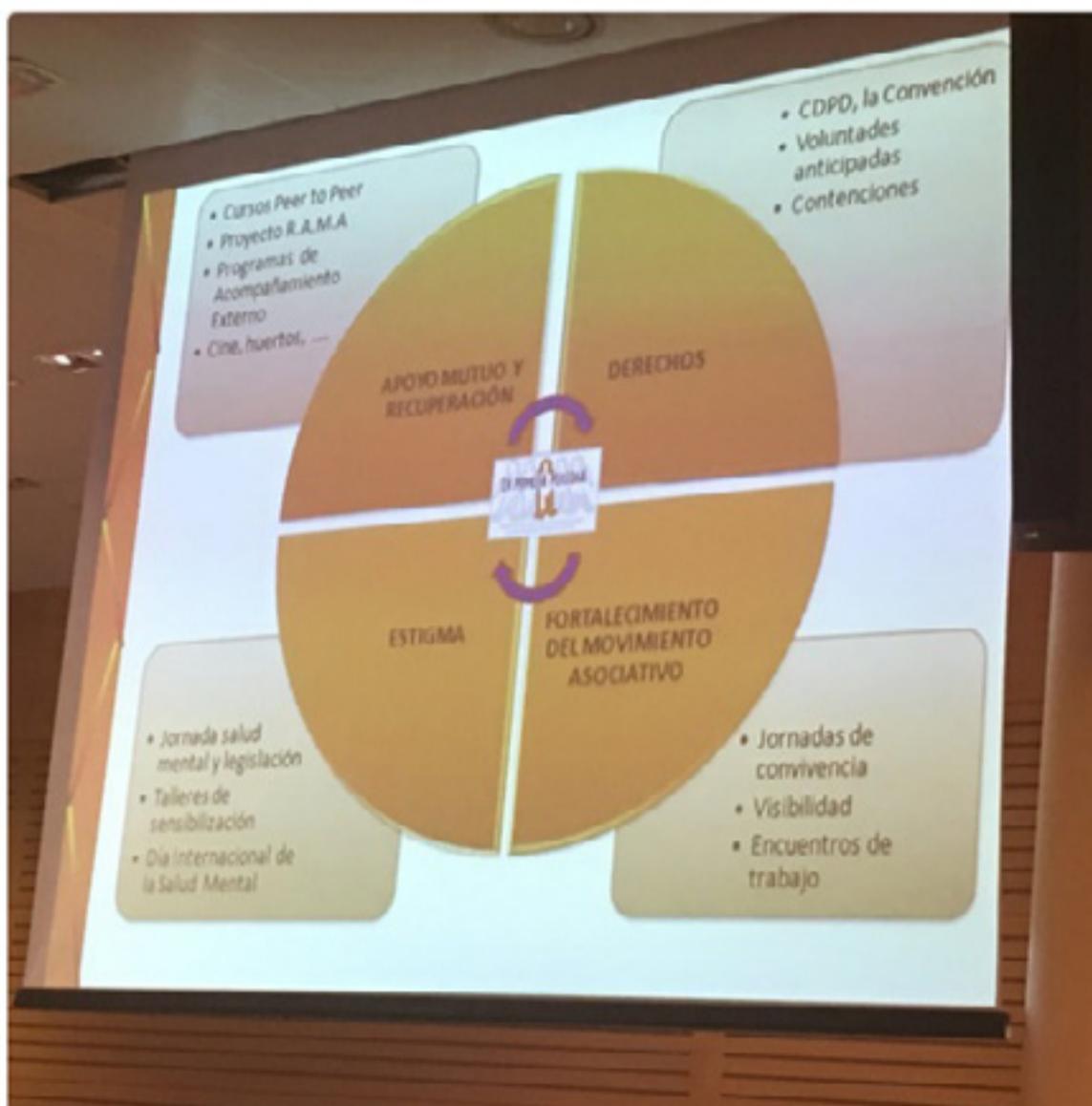
SECRET WORKERS OF COLOR AGAINST WALLING

**Candela** @selene36es · 25 feb.  
#21AMSM Anni Haase, "Los valores de Diálogo Abierto son universales y se puede utilizar en cualquier lugar" @AdrasteaQuiesce @revoidelirante

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
#21AMSM Diálogo abierto: Es una manera de pensar y relacionarse con los otros. Son formas de hablar y de escuchar.

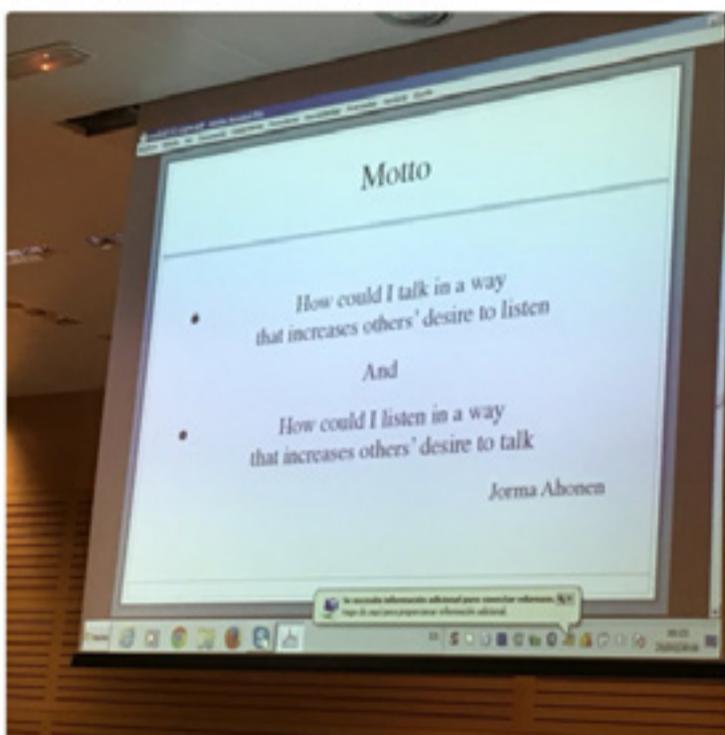
**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
#21AMSM #OpenDialogue Nuestra tarea es también mantener la esperanza Anni Haase

**Candela** @selene36es · 25 feb.  
#21AMSM @AENEUROPSI #derechosyemancipación En Primera Persona



← ↻ 2 ❤️ 1 ⋮

**Candela** @selena36es · 25 feb.  
 #21AMSM @AENEUROPSI #DiálogoAbierto "cómo hay que hablar para incrementar la necesidad de escuchar y viceversa"



3 retweets 1 like

**Sara T.** @Saratmz · 25 feb.  
 La libertad de tomar de decisiones es un principio fundamental, inviolable Hay que articular apoyos. V. Rojo #21AMSM



10 retweets 4 likes

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
 #21AMSM #OpenDialogue Imperativo ético: actúa siempre para aumentar el número de opciones.

3 retweets 1 like



**AMS** @AMSaludMental · 25 feb.  
 Mucha reflexión en la sala en torno al principio de no hablar del usuario sin estar él/ella presente #21AMSM

2 retweets 1 like

**Miguel Bustión** @MBustion · 25 feb.  
 Una situación donde se nos haya maltratado en servicio de atención socio-sanitario? Anni Haase pide escucharnos en grupos de 3. #21AMSM

1 like

**AEN** @AENEUROPSI · 25 feb.  
 #21amsm #DiálogoAbierto El profesional de #SaludMental es un consultor que se une a la conversación

1 retweet 1 like

**Iago Robles** @IagoRobles · 25 feb.  
 El dialogo abierto es importante en TODA la organizacion. En un ambiente respetuoso y no jerarquizado #horizontalidad #21AMSM

2 retweets 2 likes

**Sara T.** @Saratmz · 25 feb.  
 La planificación anticipada de decisiones no tiene obligación legal de cumplimiento. Un paso, pero queda trabajo por hacer..#21AMSM

3 retweets 1 like



# INFORME SOBRE EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2000-2014

**AUTORES: JUNTA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL.**

La AMSM recoge periódicamente los datos estructurales (centros y recursos humanos) del conjunto de dispositivos de la red de Salud Mental dependientes tanto de la Consejería de Sanidad como de la Consejería de Servicios Sociales. Sin embargo el último informe en que publicamos con un recuento de datos se remonta al año 2007 (Boletín de la AMSM de Otoño de 2008), coincidiendo con la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad y del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente (PASPEMGD) 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Desde la finalización de estos dos planes la inversión en recursos de salud mental, coincidiendo con la crisis, ha sido testimonial y lo que ha estado en juego durante estos últimos años ha sido el propio modelo organizativo con la desaparición de las áreas sanitarias, la integración de los recursos ambulatorios en las gerencias hospitalarias, la introducción de mecanismos de mercado, la privatización de centros y la nueva forma de financiar los recursos de la Red de Servicios Sociales. Todo ello amparado por un Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 fallido. En octubre de 2014 emitimos un [informe sobre la situación de la organización de la red](#) en el contexto de los cambios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y otro sobre el creciente peso de la [gestión privada](#), que se puede consultar en la pagina web de la AMSM.

Por este motivo nos ha parecido oportuno presentar ahora un nuevo **informe de la evolución de los recursos estructurales** desde el año 2000 hasta el año 2014, periodo que comprende los dos planes de salud mental que han estado vigentes. No hemos incluidos los recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias.

## METODOLOGÍA

Hemos utilizado para ello dos tipos de fuentes:

1-Datos Oficiales de la Comunidad de Madrid.

- Datos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Los datos del Red Publica de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (en adelante RPASPEMGD) son públicos, los responsables los actualizan periódicamente y los facilitan cuando se les solicita. En este caso sólo se han utilizado estos datos.
- Datos de la Red de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Hemos solicitado en diferentes ocasiones datos a los responsables de la Oficina Regional de Salud Mental o a los sucesivos Directores Generales y no se nos han proporcionado. Los últimos datos oficiales son de 2008 y aparecen publicados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Además estos datos presentaban importantes omisiones (como el numero de profesionales de los servicios hospitalarios, de las unidades de media y larga estancia o recursos concertados) y otros datos aparecen agregados de tal manera que no reflejan la realidad de los servicios (por ejemplo no se diferencian profesionales de los equipos de infantil de adultos o aparecen de forma conjunta los profesionales de hospitales de día y centros de salud Mental).

2- Datos de elaboración de propia, a través de un cuestionario que es rellenado por los responsables distintos dispositivos o profesionales que trabajan en los mismos. Este cuestionario lo hemos ido aplicando desde el año 2005 y en el aparecen los datos desagregados por tramos de edad de la población atendida y por los distintos dispositivos. Son datos de los profesionales reales que están trabajando en el centro, independientemente de su tipo situación contractual.

## 1-CENTROS DE SALUD MENTAL.

Tabla 1. Centros de Salud Mental.

CENTROS DE SALUD MENTAL ADULTOS E INFANTIL						
	Año 2000. Datos Oficina Salud Mental <sup>1</sup>	Año 2005. Datos Observatorio AMSM <sup>2</sup>	Año 2007 Datos Observatorio AMSM <sup>3</sup>	Año 2009. Datos Oficina Salud Mental <sup>4</sup>	Año 2012. Datos Observatorio AMSM <sup>5</sup>	Año 2012. Datos Oficina Salud Mental. Solo centros gestión pública <sup>6</sup>
Psiquiatras CSM	223	221.4	299	300	292	263.6
Psicólogos clínicos CSM	139	150	174	169	169	146.4
DUE	98	106	107	110	109	NC
T:S	59	67.5	78	77	70	NC
Consultas nuevas	38.639 <sup>7</sup>			58.340 <sup>8</sup>		93.729
Pacientes en continuidad de cuidados				5793 <sup>8</sup>		

<sup>1</sup> Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Se han descontado los profesionales de los Hospitales de Día. <sup>2</sup> Publicado en: Observatorio de Salud Mental de Madrid. Boletín de la AMSM. Número Extraordinario Primavera 2006. <sup>3</sup> Publicado en: Boletín AMSM. Otoño 2008. <sup>4</sup> Datos facilitados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin Publicar. <sup>5</sup> Datos Recogidos por el Observatorio de Salud Mental de la AMSM. Sin publicar. <sup>6</sup> Datos elaborados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin publicar. No incluyen los profesionales de los SSM de gestión privada en 2012: Arganzuela, Moncloa, Valdemoro, Aranjuez y Torrejón. <sup>7</sup> No se incluyen los distritos de Tetuan, Chamberí y Usera. <sup>8</sup> Datos de 2007. Memoria de actividad de 2007. Publicado en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

Tabla 2. Datos de actividad 2012. Oficina Regional de Salud Mental.



Hospital	CSM	RRHH Psiq + Psicol CSM	Psiquiatras CSM	Psicólogos CSM	Nuevas	Sucesivas	TOTAL ACTIVIDAD N°S	Actividad NUEVAS/RRHH	Actividad total/RRHH	Poblacion (TSI 2012)
LA PAZ	FUENCARRAL	3,4	10,4	5,6	2835	23797	26632	177,18	1664,5	205580
	TETUAN	15	9	6	2137	17945	20082	142,46	13038	174449
	COLMENAR V.	8	5	3	1120	12288	13408	140	1676	119953
CLINICO	CENTRO	6,8	4,8	2	1369	10714	12083	201,32	1776,91	130244
	CHAMBERI	7,4	4,4	3	2181	13357	15538	294,77	2099,72	139610
RAMON Y CAJAL	LATINA	13,8	9	4,8	2495	21031	23526	180,79	1704,78	244406
	BARAJAS	6	3	3	795	7853	8648	132,5	1441,33	17786
	CIUDAD LINEAL	17	10	7	2639	15200	17839	155,23	1049,35	198254
	HORTALEZA	10	6	4	2146	9958	12104	214,6	1210,4	196179
G. MARAÑÓN	SAN BLAS	13	8	5	2110	9921	12031	162,3	925,46	162384
	MORATALAZ	13	7	6	2128	11641	13769	163,6	1059,15	170964
	RETIRO	11	7	4	2461	9428	11889	223,7	1080,81	91715
DOCE OCTUBRE	USERA	15	9	6	3289	24677	27966	219,2	1864,4	166585
	CARABANCHEL	20	12	8	3853	26923	30776	192,6	1538,8	215884
	VILLAVERDE	14	9	5	3094	20456	23550	221	1682,14	158127
GETAFE	GETAFE	15	10	5	2572	13740	16312	171,4	1087,4	165391
PRINCFE ASTURIA	ALCALA	22	17	5	3685	32661	36346	167,5	1651,9	237099
MOSTOLES	MOSTOLES	19	12	7	6310	22387	28697	332,1	1510,36	250749
	NAVALCARNERO	6	4	2	1138	6467	7605	189,6	1267,5	71574
	Cons UTCA				189	2574	2763			
PUERTA DE HIERR	MAJADAHONDA	15	8	7	3240	22537	25777	216	1718,4	320565
	VILLALBA	11	8	3	2147	17292	19439	195,1	1767,18	223264
	Cons Hospital				945	1876	2821			
LA PRINCFSA	CHAMARTIN*	9	6	3	1354	6199	7553	225,6	1258,83	130633
	SALAMANCA*	5	4	1	1620	8305	9925	405	2481,25	135144
	Cons Hospital*				591	4073	4664			
JOSE GERMAIN	LEGANES IPJG	17	12	6	3200	21898	25098	188,2	1476,35	170601
SEVERO OCHOA	Cons Hospital				302	1323	1625			
FUENLABRADA	FUENLABRADA	17	11	6	3504	19859	23363	206,1	1374,29	224563
ALCORCON	ALCORCON	13	8	5	3798	13666	17464	292,1	1343,38	167942
	Cons Hospital				510	1257	1767			
INF. CRISTINA	PARLA	11	8	3	3124	10881	14005	284	1273,18	199737
SURESTE	ARGANDA/RIVAS	9	6	3	1999	6765	8764	222,1	973,77	171129
	Cons Hospital				163	502	665			
INF. LEONOR	VALLECAS	14	9	5	6922	18338	25260	494,4	1804,28	150942
	PUENTE	17	11	6	6131	21910	28041	360,6	1649,47	182065
	Cons Hospital						0			
INF. SOFIA	ALCOBENDAS	12	9	3	2441	23375	25816	203,4	2151,33	243338
	Cons. Hospital				420	1953	2373			
HENARES	COSLADA	11	7	4	2772	11953	14725	252	1338,63	160695

Los datos que disponemos son a fecha de Diciembre de 2012. Desde entonces no ha habido apenas cambios en el número de profesionales por lo que la serie se puede trasladar al momento actual. De los cerca de 300 psiquiatras alrededor de 45 se dedican a la atención infanto-juvenil y de los cerca de 170 psicólogos alrededor de 50. Comentarios:

El número de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid es oficialmente de 36. Actualmente 7 de ellos son de gestión privada: Torrejón (gestionado por Sanitas), Arganzuela, Moncloa, Navacarnero, Valdemoro, Aranjuez y Collado-Villalba (gestionados por IDC-Salud). Los CSM privatizados pertenecientes a la IDC-Salud han disminuido sus plantillas, pasándose parte de la actividad a consultas externas hospitalarias y quedando los CSM con una actividad que nada tiene que ver con la que se realizaba cuando eran públicos.

Durante el Plan de Salud Mental 2003-2008, que contó con financiación extraordinaria se incrementaron las plantillas de psiquiatras y psicólogos clínicos en los CSM. Desde el año 2007 prácticamente se han mantenido igual.

La demanda de atención psicológica en los CSM ha ido incrementándose en los últimos años sin que se hayan contratados más psicólogos clínicos, por lo que las listas de espera se han disparado en este caso en muchos CSM.

El número de enfermeras y trabajadores sociales se mantiene practicante igual desde hace más de 15 años. Esto explica en parte el escaso desarrollo de los Programas de continuidad de Cuidados Comunitarios de los CSM para personas con problemas graves de salud mental, incluida la atención domiciliaria. En el año 2009 había alrededor de 5.800 personas incluidas en este programa. No hay datos públicos desde entonces. Esta carencia de trabajadores sociales y enfermería cualificada en los CSM es uno de los mayores lastres de la atención comunitaria.

Falta de equidad entre los Centros de Salud Mental. En el Boletín de la AMSM de Otoño de 2008 publicábamos los datos detallados de los profesionales por cada uno de los Centros de Salud Mental, con tasas por población. En el análisis que efectuamos se podían ver importantes diferencias entre unos servicios y otros. Dado que las plantillas son similares a las actuales, este problema, lejos de arreglarse, se ha agravado. El Plan de Salud Mental 2010-2014 renunció a la planificación territorializada, por lo que los problemas de equidad se pasarían a solucionar a través de la libre elección o mecanismos de mercado interno, cosa que no ha sucedido.

Los datos de actividad de los CSM nunca han sido fiables, dada la falta de rigor en su recogida. Por eso su interpretación siempre ha de hacerse de forma muy cautelosa. No obstante en las series recogidas se puede ver un incremento del número de nuevas consultas de casi un 30% entre los años 2007 y 2012, que sería aun mayor si se incluyesen los CSM privatizados. Este dato no es equiparable a un incremento real de incidencia, pero si da una idea de que la demanda ha crecido y sobre todo del incremento del tiempo de las agendas de los facultativos a la evaluación frente al tratamiento de los pacientes o las coordinaciones con otros niveles asistenciales o recursos sociosanitarios, ya que los indicadores que manejan las gerencias hospitalarias se limitan a controlar la listas de esperas y no la calidad de atención.

- Esta infradotación de personal de los Centros de Salud Mental explica en parte su colapso actual y la falta de capacidad de innovación para adecuarse a la demanda. Evidentemente no es solo una falta de recursos. Se explica también por la ausencia de una estrategia de política de salud mental a nivel central y por la regresión que el modelo comunitario ha tenido con la integración en las Gerencias Hospitalarias (ver el informe de la AMSM de Septiembre de 2014).
- Los equipos de infanto-juvenil nunca son recogidos por separado en las estadísticas oficiales ni se analiza de forma diferenciada los indicadores de actividad, pero **los datos de lista de espera**, sobre todo para las consultas de psicología clínica nos muestra problemas similares o incluso de mayor magnitud que en adultos.



Muestra de lista de espera infanta-juvenil en 10 CSM: Fuente: elaboración propia

Centro de salud mental	Corte 15 junio 2015				Corte 2 noviembre 2015			
	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera
Fuencarral-Castroviejo	15/09/2015	92	28/09/2015	105	04/12/2015	32	02/01/2016	61
Getafe	01/10/2015	108	22/10/2015	129	16/12/2015	44	30/01/2016	89
Salamanca	12/01/2016	211	12/04/2016	291	08/02/2016	98	01/07/2016	242
Tetuán	29/10/2015	136	21/10/2015	128	14/01/2016	73	14/12/2015	42
Fuenlabrada	15/09/2015	92	15/09/2015	92	17/12/2015	45	10/12/2015	38
Leganés	09/09/2015	86	10/09/2015	87	12/11/2015	10	25/11/2015	23
Alcalá- especialidades	08/09/2015	85	03/11/2015	141	10/12/2015	38	05/01/2016	64
Alcalá- puerta de Madrid	3/08/2015	49	21/09/2015	98	09/11/2015	7	23/11/2015	21
Colmenar viejo	29/09/2015	106	16/10/2015	123	12/01/2016	71	18/12/2015	46
Alcobendas	No reg.	-	No reg.	-	11/12/2015	39	01/04/2016	151
Puente de Vallecas	26/10/2015	133	06/04/2016	296	07/11/2016	371	14/09/2016	317
Villa de Vallecas	31/08/2015	77	11/01/2016	210	11/11/2016	375	29/03/2016	148

## 2- SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Tabla 3. Recursos Hospitalarios.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (DATOS OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL)			
	2000	2008	2014
NUMERO	13	23	25
CAMAS FUNCIONANTES	461	533	577
CAMAS GESTIÓN PRIVADA	32 (7%)	60 (11%)	99(17%)
CAMAS H. PSIQUIATRICO	180 (39%)	106 (20%)	86 (14%)
PSIQUIATRAS HOSPITAL <sup>1</sup>	121	133	159
PSICOLOGOS CLINICOS HOSPITAL <sup>1</sup>	15	25	28

<sup>1</sup> Fuente: elaboración propia. Comprende todos los psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajan en el Hospital: UHB, interconsulta o consultas externas.

CAMAS DE DEPENDENCIA A ALCOHOL			
	2000	2008	2014
<i>Deshabitación Alcohólica (UDA)</i>			
Numero	1	1	1
camas	19	19	19
<i>Desintoxicación de Alcohol</i>		15	15
Unidades		2	2
Camas		15	15

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	2	2
CAMAS	34	39	39

El crecimiento de camas hospitalarias se realizó sobre todo a lo largo del año 2008 con la apertura de las Unidades de Hospitalización Breve de los nuevos hospitales, añadiéndose posteriormente las de los hospitales de gestión privada, Rey Juan Carlos de Móstoles (2012) y Collado-Villalba (2014) y el concierto con Nuestra Señora de La Paz para el Hospital de Torrejón (2012).

## COMENTARIOS:

- Esta ha sido la última gran inversión en recursos de Salud Mental. Ha sido una inversión mal planificada. Abrir una Unidad de Hospitalización supone una gran inversión, incluidos los recursos humanos. No se hizo un análisis de necesidades de camas con criterios geográficos, de tal manera que se abrieron unidades pequeñas y costosas en algunos hospitales cuando se podían haber ampliado camas en otros (por ejemplo Getafe-Parla); se concentraron camas en algunas zonas (por ejemplo en la antigua Área 8 hay alrededor de 65 camas en tres hospitales) y en algunas zonas los ingresos se realizan ahora en hospitales mucho más lejanos por criterios de empresa (Torrejón o Valdemoro).
- Esto ha supuesto que en términos globales desde el 2007 se ha traspasado la inversión en recursos comunitarios a recursos hospitalarios. Si los CSM no pueden atender adecuadamente las crisis de los pacientes, el resultado es que pese al incremento de camas los índices de ocupación se acercan al 100%.
- Actualmente hay alrededor de 160 psiquiatras trabajando en los servicios hospitalarios de adultos, tanto en la unidades de ingreso, como en los servicios de interconsulta y consultas externas. Existe una gran variabilidad en la distribución de los profesionales por hospitales sin que se corresponda claramente con el tamaño del hospital, número de camas psiquiátricas o con la población atendida ([ver boletín de la AMSM 2008](#)). Esto va en paralelo con la oferta de consultas externas específicas en los hospitales que cuentan con plantillas más extensas y cuya creación se ha realizado sin un



adecuado estudio de necesidades y sin demostrar mejores resultados que las intervenciones en los CSM.

- Es llamativa la falta de Psicólogos Clínicos en los hospitales. Solo hay alrededor de 28 psicólogos clínicos en los servicios hospitalarios y en un total de 7 hospitales no cuentan con ninguno.

### 3- HOSPITALES DE DÍA.

HOSPITALES DE DIA ADULTOS (DATOS OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL)			
	2000	2008	2014
<b>NUMERO</b>	7	13	14
<b>PLAZAS</b>	197	325	340
<b>Psiquiatras</b>		25	26
<b>Psicólogos Clínicos</b>		15	16

HOSPITALES DE DIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (DATOS OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL)			
	2000	2008	2014
<b>NUMERO</b>	2	6	7
<b>PLAZAS</b>	50	175	200

Los Hospitales de Día tuvieron su mayor desarrollo durante el Plan de Salud Mental de 2003-2008. Todavía existen algunos zonas de Madrid que no disponen de este recurso (como por ejemplo en La Paz, aunque parece que está previsto su apertura).

Existe una gran variabilidad en los modelos de intervención. Existen Hospitales de día con esquemas de funcionamiento tipo Comunidad Terapéutica con estancias prolongadas de los pacientes y mayor heterogeneidad de patologías y otros que sirven como apoyo a las Unidades de Agudos con estancias breves orientadas a la estabilización y transición a los Centros de Salud Mental. El que se siga un modelo u otro depende en muchas ocasiones de si el centro está ubicado en el hospital o en un edificio externo o del tipo de gestión. No hay una definición clara de la cartera de servicio de este recurso, ni una tipología de las prestaciones que se deben dar.

#### 4- DISPOSITIVOS PARA TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

UNIDADES DE TRATAMIENTO PARA TCA			
	2000	2008	2014
Hospital de día TCA Santa Cristina (>18a)		40 plazas	40 plazas
Unidad de Conducta Alimentaria (UCA) (>16a)		2 UCA en HGM y Hospital de Mostoles	2 UCA
Unidad de TCA Hospital Clínico San Carlos (>18 a)		NC	NC
Unidad de TCA Hospital La Paz (adolescentes y adultos)		NC	NC
Unidad de TCA Niño Jesus (< 18 a)	Incluye hospital de día, consultas ambulatorias e ingresos.		

El impacto social y mediático de los problemas de conducta alimentaria hizo que en Febrero de 2007 se firmara “El Pacto Social contra la anorexia y la bulimia” y se destinaran importantes recursos para atender estos problemas en la etapa final del Plan de Salud Mental 2003-2008. Así se crearon dos unidades de atención ambulatoria en el Gregorio Marañón y en el Hospital de Mostoles para mayores de 16 años y un hospital de día en el Hospital Santa Cristina para mayores de 18 años y se reforzaron los programas del Hospital Niño Jesus y de La Paz. Este crecimiento de recursos sin embargo se hizo sin un plan estratégico conjunto dejando algunos problemas:

- La distribución de recursos no es equitativa territorialmente.
- Existen problemas de coordinación con entre los recursos específicos y los hospitales de referencia a la hora de ingresar a un paciente. Las unidades específicas ambulatorias tienen criterios de aceptación de IMC que excluyen a los pacientes más graves, que deben ingresar en sus hospitales de referencia para adecuarse al peso sin que esto muchas veces se consiga.
- Hay problemas de continuidad asistencial entre los recursos de infantil y de adultos y entre los recursos específicos y los centros de salud mental.

#### 5- UNIDADES DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA, CUIDADOS PROLONGADOS Y UNIDADES ESPECIALES.

CAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (MEDIA ESTANCIA)			
	2000	2008	2014
IPJG de Leganes	40	60	60
Benito Menni Ciempozuelos	30	30	30
San Juan de Dios Ciempozuelos	30	35	35



CAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (MEDIA ESTANCIA)			
Benito Menni San Miguel		48	60
UME adolescentes (CASTA Guadarrama)			20
<b>TOTAL</b>	100	173	205

UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS (LARGA ESTANCIA)			
	2000	2008	2014
<b>IPJG de Leganes</b>	92	92	92
<b>H. Rodriguez Lafora</b>	138	200	200
<b>CA Benito Menni</b>	220	220	241
<b>H San Juan de Dios</b>	244	271	280
<b>CASTA Arevalo</b>		39	79
<b>TOTAL</b>	<b>694</b>	<b>822</b>	<b>892</b>

UNIDADES HOSPITALARIAS PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD			
	2000	2008	2014
<b>Clínica San Miguel HHSC (Concertada)</b>		17 plazas	17 plazas
<b>Indice Ocupación %</b>		63,9	71,19
<b>Estancia media (días)</b>		70	116,68
<b>H. RODRIG. LAFORA</b>		16 plazas	16 plazas
<b>Indice Ocupación %</b>		55	NC
<b>Estancia media (días)</b>		136	NC

PERSONAS EN LISTA DE ESPERA PARA MEDIA, LARGA ESTANCIA, Y ALTERNATIVAS RESIDENCIALES (OCTUBRE DE 2015) FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OFICIALES.				
<b>Media Estancia</b>	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos		Total
	33	171		204
<b>LARGA ESTANCIA</b>	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos y CASTA Arevalo	Hospital Rodriguez Lafora	Total

PERSONAS EN LISTA DE ESPERA PARA MEDIA, LARGA ESTANCIA, Y ALTERNATIVAS RESIDENCIALES (OCTUBRE DE 2015) FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS OFICIALES.				
	44	158 (49 mujeres y 109 hombres)	No conocido <sup>1</sup>	202 + Rodriguez Lafora
<b>Minirresidencias (PASPEMGD) <sup>2</sup></b>	300 personas en lista de espera en Octubre de 2015			

<sup>1</sup> No disponemos de datos del Hospital Rodriguez Lafora donde ingresan los pacientes de la zona Norte.

<sup>2</sup> Minirresidencias: dependen del Programa para personas con enfermedad mental de la consejería de Políticas Sociales y Familia. No disponemos de datos de la lista de espera de Pisos Supervisados.

- El numero de camas para hospitalizaciones prolongadas en centros psiquiátricos (media y larga estancia) se han incrementado pasando de alrededor de 800 camas en el año 2000 a unas 1100 en el año 2014. A estos datos hay que añadir que hay más de 50 personas tuteladas por la Agencia Madrileña del Adulto (AMTA) en instituciones psiquiátricas fuera de la Comunidad de Madrid.
- Desde el 2008 se ha primado el crecimiento de plazas de larga estancia (UCPP), que son plazas con un carácter residencial, frente a plazas de media estancia (que en teoría tienen un carácter rehabilitador). El crecimiento de camas de larga estancia se ha hecho sobre todo mediante el concierto con un Centro Psiquiátrico privado en Avila, alejando aún más a los pacientes de su entorno y familias.
- En 2015 se abrió una Unidad de Media Estancia concertada para adolescentes en Guadarrama con 20 camas. Es un dispositivo ubicado en un Centro Psiquiátrico, alejado del entorno del adolescente y de difícil accesibilidad para muchas familias.
- Además en Centros Psiquiátricos hay alrededor de 500 camas para personas mayores con trastorno mentales, y otras 500 para personas con discapacidad intelectual, que dependen de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.
- Sin contar con los datos del Hospital Rodriguez Lafora, en Octubre de 2015 había alrededor de 400 personas en lista de espera para unidades de media y larga estancia. A esto hay que sumar unas 300 personas en lista de espera para Minirresidencias. Estas cifras hay que valorarlas con cautela: en ocasiones no todas las personas en lista de espera acaban ingresando; algunas personas están ya en algún recurso esperando otro y otras pueden estar en dos listas a la vez.

## COMENTARIOS

Entre los objetivos de la Reforma psiquiátrica estaba el desarrollo de recursos y cuidados comunitarios que logran la desinstitucionalización de las personas que vivían en instituciones psiquiátricas. Sin embargo en la última década se ha producido un incremento de las camas en Centros Psiquiátricos de larga estancia y existe un considerable número de personas en lista de espera. La respuesta a esta aparente necesidad no pasa por seguir incrementando el número de camas, sino por hacer un análisis en profundidad de las causas de esta situación.

Este dato por si solo se tiene que tomar como el mayor indicador del fracaso de los Servicios de Salud Mental Comunitarios en el apoyo social a las personas con los problemas de salud mental más graves para que mantengan un nivel de autonomía



y condiciones de vida dignas, un fracaso en prevenir la exclusión. Es un indicador del abandono presupuestario de la Salud Mental Comunitaria.

Evidencia la necesidad de establecer una política de Salud Mental coordinada entre las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Política Social y Familia para atender las necesidades residenciales y de cuidados de las personas con mayor vulnerabilidad (ver más adelante). Esto implica una mayor inversión en alternativas residenciales a los Centros Psiquiátricos, en cuidados domiciliarios y comunitarios, en intervenciones en crisis y prestaciones económicas.

## 6- RECURSOS DE LA RED PUBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA.

RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) <sup>1</sup>				
		AÑO 2002	AÑO 2008	AÑO 2014
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)</b>	Numero	10 (2)	24 (2)	26 (2)
	Plazas	885 (180)	1800 (180)	1958(180)
<b>Centros de Dia</b>	Numero	9 (9)	35 (9)	40 (9)
	Plazas	172	1012 (172)	1200 (172)
<b>Centros de Rehabilitación laboral (CRL)</b>	Numero	5 (2)	18 (2)	21
	Plazas	220 (80)	890 (80)	1090
<b>Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC)</b>	Numero		38	38
	Plazas		1140	1140
<b>Minirresidencias</b>	Numero	8 (1)	17 (1)	21 (0)
	Plazas	141	424	583
<b>Pisos supervisados</b>	Numero	21 (15)	68 (15)	72 (15)
	Plazas	67 (44)	256 (44)	267 (44)
<b>Pensiones Supervisadas</b>	Plazas	11	22	37

<sup>1</sup> Entre paréntesis aparecen los centros y plazas gestionados por el SERMAS del total.

PERSONAS EN LISTAS DE ESPERA A OCTUBRE DE 2015	
Minirresidencias	300 personas
CRPS	180 personas
Centros de Dia	110 personas
CRL	300 personas

La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial en Madrid y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de Apoyo Social y comunitario) dependen de un programa específico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Esta Red contó con un Plan Estratégico 2003-2008 que supuso un importante crecimiento de recursos. Al terminar el Plan el crecimiento se ralentizó. A día de hoy el numero de plazas, sobre todo de cuidados residenciales sigue siendo insuficiente, en un momento en que el envejecimiento de muchos de los cuidadores exige una mayor inversión. Además, uno de los principales problemas, es que no se planificaran acciones conjuntas con la Consejería de Sanidad respecto a las necesidades asistenciales de los pacientes. **No ha existido nunca un Plan Estratégico de Salud Mental común para las dos redes.** Dos cuestiones merecen ser destacadas en cuanto al planificación de recursos:



- Las necesidades de recursos residenciales con distinto grado de supervisión. No se han planificado conjuntamente de tal manera que no hay un estudio serio de cuales son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales.
- Programas de continuidad de cuidados comunitarios para pacientes graves. La inacción de la Consejería de Sanidad en el desarrollo de determinados programas o prestaciones se intenta suplir en ocasiones con actuaciones del Plan de Servicios Sociales sin que sean equivalentes. Es el caso de los Equipos de Apoyo Social y Comunitarios (EASC) que parecerían sustituir los programas asertivos comunitarios (seguimientos activos en la comunidad de los pacientes más graves) que deberían desarrollarse desde los centros de salud mental.

Todos los recursos de la Red de Atención Social son gestionados por entidades privadas a través de conciertos o concesiones administrativas. En los últimos años los recortes presupuestarios (una reducción cerca de un 5% anual desde 2012) han amenazado la viabilidad de la red y obligado a introducir una serie de cambios en la forma en que se financian (ofertas económicas a la baja y un nuevo acuerdo marco para la financiación de los centros en la modalidad de concierto en 2014) que dificultan aún más el desarrollo de la Red. (Ver informe AMSM 2014)

## CONCLUSIONES

1. En estos 14 años analizados la disponibilidad de datos oficiales de los recursos y actividad de los servicios de salud mental ha empeorado ostensiblemente. Desde el año 2008 no existen memorias de la oficina regional de salud mental y no se han hecho evaluaciones de los dos planes de salud mental que han existido. Por el contrario los datos de la red pública de atención social para personas con enfermedad mental grave y duradera, dependiente de la consejería de políticas sociales son accesibles y se publican anualmente. Esto es un indicador de la pérdida de función de planificación y evaluación de la oficina regional de salud mental y del fracaso de la forma en que se hizo la adscripción de los recursos de salud mental a las gerencias hospitalarias.
2. La inversión en Salud Mental ha sido prácticamente nula desde el año 2008. Desde que los CSM se adscribieron a las gerencias hospitalarias no es posible conocer el presupuesto destinado a Salud Mental.
3. Los Centros de Salud Mental, donde se atiende el grueso de la demanda y que constituyen el eje de la asistencia, han sido los más damnificados de esta falta de inversión, con unas plantillas prácticamente similares a las de hace diez años, pese a un incremento constante de la demanda. Esto explica en parte su sobrecarga actual y el efecto dominó sobre los servicios hospitalarios.
4. Especialmente llamativa es la falta de profesionales de los programas de continuidad cuidados (enfermería y trabajo Social) de los CSM y psicólogos clínicos. Esto explica la falta de un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes más graves y baja calidad de la atención psicológica de los CSM.
5. En términos netos la última gran inversión en Salud Mental se hizo en 2008 con la apertura de las unidades de hospitalización de los nuevos hospitales. El número de casa psiquiátricas necesarias es inversamente proporcional a la cantidad y calidad de los servicios extrahospitalarios. Es cuestionable que fueran necesarias tanta unidades de hospitalización y el impacto que ha tenido en la financiación de los recursos ambulatorios. El peso de la atención hospitalaria ha crecido con un incremento de consultas externas monográficas que no son evaluadas.
6. Hay una tendencia a concertar cada vez más camas de larga estancia. Este dato es preocupante y es un buen indicador de la falta de recursos de la red ambulatoria para proporcionar suficientes apoyos y cuidados comunitarios. No hay un estudio serio de cuales son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales. Simplemente se aplica la opción más económica.

## MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: “ES COMO LA DIABETES”

Continuamos con nuestro intento de mejorar el abordaje en torno a la salud mental en la prensa. En esta ocasión nos ha llamado la atención un artículo del periódico El País llamado “Un ejemplo de lucha contra el trastorno bipolar”. Aunque hay partes del artículo encomiables, como el tomar testimonios en primera persona; encontramos un párrafo que señalamos no sólo porque aparezca en este artículo en concreto sino porque nos parece representativo de una narrativa muy común en torno a los trastornos mentales; particularmente en aquellos cuyos límites se han ido diluyendo desde las figuras clásicamente reconocidas en la psicopatología clásica como era la psicosis maniaco-depresiva, hasta una definición tan laxa que parece querer incluir las variaciones propias de la afectividad humana, como pueda ser el actual concepto de trastorno bipolar.

Se trata del siguiente:

*El tratamiento farmacológico es la piedra angular de la recuperación. (...) aunque el tratamiento dure años, un paciente con trastorno bipolar estabilizado -que lleva años sin recaídas-, llega a tener una vida normal “tal como un enfermo de diabetes”. Solo deberá tomar una simple medicación diaria y no olvidar sus límites emocionales, así como qué personas o situaciones cotidianas debe evitar.*

La tan habitual narrativa “es como una enfermedad física” nos chirría siempre por varias razones. Una, que por contraintuitivo que resulte, sabemos que ese enfoque **no sólo no disminuye el estigma entre la población general sino que lo aumenta**. Otra, que, sin entrar a valorar la eficacia de la medicación para ciertos aspectos, reducir un trastorno cuya presentación no compete a un parámetro en sangre y sus potenciales complicaciones, sino a los sentimientos de una persona, sus relaciones sociales y aquello que constituye su identidad, simplifica y cosifica todos esos elementos. Y se simplifican y cosifican todo el resto de abordajes distintos a la medicación, que más allá de controlar la repercusión vegetativa del malestar, tratan de apoyar a la persona en la recuperación de su vida. No se trata de hacer una lista de sufrimientos humanos y colocarnos en orden, “esto es peor, esto es mejor”, simplemente consideramos que son muy diferente; del mismo modo que no vemos procedente comparar desahucios y miopía, no entendemos demasiado bien la costumbre de mezclar trastorno mental y enfermedad somática, por alguna razón casi siempre la diabetes.

Y yendo un poco más allá, y aunque hablar de la diabetes exceda nuestro campo como profesionales de la salud mental, no perdemos la oportunidad de señalar que incluso respecto a la diabetes, ese planteamiento de “basta con tomar la medicación e ir a las consultas” nos chirría. Como creemos que nunca se ha hablado suficientes veces del modelo de determinantes sociales de la salud, y particularmente en la prensa generalista (¡y la especializada!) lo echamos Mucho de menos, vemos una ocasión espléndida de volverlos a mencionar: depositar la responsabilidad del bienestar en el estilo de vida, obviando las condiciones de vida es falaz e injusto. Injusto para aquel cuya afectividad se dispara y escapa a su control, pero también para aquel cuyo páncreas regula defectuosamente las glucemias. Quizá nos podríamos plantear cómo va a mantener una “dieta equilibrada” alguien que trabaja diez horas al día y sólo tiene acceso a comida rápida de mala calidad, además de decirle “toma la medicación, ve a tus consultas”. O incluso cuestionarnos si estamos construyendo una sociedad en la que eso de “recuerda tus límites emocionales para no descompensarte de tu trastorno mental” es medianamente plausible. Seguiríamos, pero creemos que esta tabla, lo ilustra mucho mejor que nosotros.



## 10 CONSEJOS PARA UNA MEJOR SALUD

### LAS TRADICIONALES

1. No fumar
2. Mantener una dieta equilibrada
3. Ser activo
4. Practicar sexo seguro
5. Si bebes alcohol, hazlo con moderación
6. Mantener los niveles de estrés
7. Tener cuidado con las radiaciones solares y proteger a los niños de quemaduras solares
8. Aprovechar las oportunidades de prevención de cáncer (cribados poblacionales)
9. Tener cuidado en la carretera
10. Aprender los principios básicos de primeros auxilios

## 10 CONSEJOS PARA UNA MEJOR SALUD

### DE UNA PERSPECTIVA DSS

1. No ser pobre
2. No tener padres pobres
3. Tener un coche
4. No trabajar en un puesto estresante en el que no te pagan lo suficiente
5. No vivir en una vivienda húmeda ni de baja calidad
6. Tener suficientes ingresos para poder permitirte vacaciones en el extranjero
7. No perder tu trabajo y no entrar en una situación de desempleo
8. Si estas enfermo, discapacitado o desempleado, obtener todo los beneficios a los que tengas derecho
9. No vivir al lado de una carretera principal con mucho tráfico ni de una fábrica contaminante
10. Aprender a rellenar los formularios complejos de subsidio de vivienda (o los de solicitud de asilo) antes de quedar indigente.
11. David Gordons, 1999

Podéis leer más en [este blog](#), que aprovechamos para recomendaros encarecidamente.

## MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: TDAH

Con gran frecuencia en la prensa generalista vemos artículos, reportajes e incluso monográficos dedicados al mundo de la salud mental. Ya dedicamos el texto *“una historia de violencia”* a recalcar lo iatrógeno de la, tan habitual, falsa correlación entre violencia y trastorno mental. Pero no es lo único que nos preocupa. Si bien existe una gran variedad de enfoques y abordajes, tenemos la impresión de que lo habitual es encontrar una lectura exclusivamente biologicista (*biocomercial*, incluso) de todo lo relativo a la salud mental, lectura que tiende a dejar de lado las múltiples dimensiones del sufrimiento psíquico. Ciertamente no sólo pasa con la salud mental; que la ciencia sea sustituida por cientificismo positivista es tendencia en todo lo que tiene que ver con la salud. El positivismo excluyente y *la promoción de enfermedades (disease mongering)* rellenan muchas líneas de prensa y muchas horas de radio y televisión. Sin embargo en el campo de la salud mental se añade una característica más, y es que esa deriva biologicista (donde la ciencia deja de ser un método para adquirir conocimiento y se convierte en una doctrina) pretende explicar de modo reduccionista y organicista todo lo que concierne a la subjetividad humana.

Por eso, desde la AEN, queremos compartir con vosotros algunos ejemplos de manejo en prensa que nos parezcan inadecuados o potencialmente dañinos y por el contrario, aquellos que consideremos un buen ejemplo. Al fin y al cabo, qué consideramos *locura, salud, subjetividad*, qué implica el constructo *“enfermedad mental”*, etc, se construye en gran parte en el discurso del día a día, y no sólo en los servicios asistenciales o las unidades docentes. He aquí nuestra humilde aportación.

En las últimas semanas nos han llamado la atención dos artículos en torno al siempre polémico “TDAH”:

*“Cuando papá también es hiperactivo”* de El Mundo

*“Estamos ante una inflación diagnóstica de TDAH”* de ABC

En el primero nos encontramos una lectura unívoca de un tema ampliamente controvertido. A la lectura meramente biologicista de un fenómeno más que complejo, se añade esa tendencia, tan habitual en prensa, a describir una situación de malestar desde un lenguaje que casi podríamos llamar promocional. En los tiempos de reportajes gancho (“lo que sucede a continuación te sorprenderá”) a veces tenemos la impresión de que se anima a los lectores al autodiagnóstico, o a buscar entre los conocidos quién podría cuadrar con esos síntomas.

En el segundo caso encontramos una lectura algo más abierta, que al menos permite plantearse preguntas. Si bien echamos de menos menciones a otro tipo de modelos teóricos como puedan ser los del psiquiatra Sami Timimi et al, que, desde la misma psiquiatría, incluyen una perspectiva cultural y un contexto sociológico ante el fenómeno TDAH, sí consideramos de agradecer que se transmita el choque de visiones que existe entre los propios profesionales al respecto de las personas a las que se imprime esta etiqueta diagnóstica.

Lo que nos preocupa es que, para quien lea estos artículos, sobre todo el primero, y a continuación reconozca algo de lo descrito en sus hijos (particularmente si son de temperamento nervioso) pensará en diagnósticos, neurotransmisores y medicación estimulante para mejorar el rendimiento. Sin embargo al hacer eso estará obviando un contexto con, probablemente una hipoteca impagable, una situación económica compleja, unos hijos creciendo en un sistema que les repite con alarmante frecuencia que hagan lo que hagan vivirán peor que sus padres y un sistema educativo ahogado que intenta suplir sus carencias con cantidades ingentes de deberes que consiguen que los niños tengan jornadas laborales dignas del s.XIX.

Desearíamos un periodismo en el que, ante el malestar y la gran cantidad de personas (niños en este caso) que no son capaces de alcanzar lo que la sociedad les exige, buscara eso de *quiénes, cómo, cuándo y por qué*; en vez de suspender el deseo de investigar al encontrar una justificación neuroquímica. Porque eso, lejos de ser ciencia, es cientificismo. Y tras la lectura exclusivamente biologicista del “TDAH” subyace un discurso político individualista y que concibe el bienestar y la salud como un producto de consumo. Pero unos padres que se pregunten si no será el sistema el que falla y no sus hijos, quizá se pregunten si el sistema no falla también con ellos. Quizá es eso lo que paraliza el afán de investigar, y no sólo la palabra “neurotransmisor”.



## **MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: PSIQUIATRÍA SÍ PERO CRÍTICA**

Como profesionales de la salud mental nos alegra enormemente que se debata acerca del papel de la psiquiatría, sus diferentes derivas, las modas diagnósticas o las influencias comerciales que innegablemente influyen en la prescripción. Ahora bien, al hilo de [este artículo](#) que leíamos este fin de semana en ElPaís, nos surge un comentario. Creemos que es importante no enfocar la salud mental como un dilema *psiquiatría sí/no o psicofármacos sí/no* cuando la realidad clínica es harto más compleja. Al fin y al cabo si existe la antipsiquiatría es porque ninguna otra especialidad ha tenido que reunirse a votar si seguían considerando la homosexualidad como una enfermedad, como sí tuvimos que hacer nosotros. Son otros tiempos, pero lo primero para no repetir los errores del pasado es no olvidarlos. Y nuestra lista es muy larga.

La psiquiatría ha tenido una función opresora innegable, aunque también ha existido siempre un genuino esfuerzo por ayudar al que sufre y por intentar comprenderle. Pero no deja de ser llamativo que hayamos obtenido tan pocos resultados tras 50 años de tratamientos farmacológicos y psicológicos, de esfuerzos por encontrar las bases cerebrales de las enfermedades mentales, de búsqueda de diagnósticos fiables; todo ello aplicando concienzudamente la metodología basada en la evidencia. Algo se ha ganado, pero menos de lo que correspondería a tanto esfuerzo. Sin comprender lo que pasa, sin ser sensibles a los entornos familiares, sociales, económicos y políticos estaba cantado que ese esfuerzo iba a fallar. Los cerebros enferman, pero los desahucios no están en el cerebro; tampoco lo está la injusticia social, ni la vergüenza y el dolor que siente el que ha sufrido abusos sexuales.

También hemos visto aparecer efectos colaterales graves de los tratamientos en estos años. Hemos constatado que los mismos fármacos que alivian en un momento de intensa angustia también pueden arrasar la voluntad de una persona de modo que aunque no esté encerrada en un manicomio, lo parezca. Que por nombrar el malestar social con un diagnóstico y recetar un fármaco ¡o una psicoterapia! no sólo no se alivian sino que se pierden otras herramientas. Conflictos laborales que deberían resolver los sindicatos acaban en consultas de atención primaria/salud mental, resignificados en diagnósticos vagos y silenciados con Valium o coaching. Y así, podríamos enumerar cientos de ejemplos. El reduccionismo del modelo biomédico se critica en los primeros capítulos de cualquier manual de psiquiatría, pero hasta ahí llega la crítica. Quizá haya que perder el miedo a que la psiquiatría cambie su enfoque.

Modestamente, los que nos dedicamos a esto debemos reflexionar y ver qué caminos no vale la pena continuar y cuáles hay que abrir o reabrir. La psiquiatría tal y como la entendemos no nos ha dado las soluciones que nos prometió. ¿Tiene Whitaker la respuesta a todos los errores de la psiquiatría? Evidentemente no. Whitaker es un periodista que ha utilizado los datos y entrevistas de una forma divulgativa; que si bien no es muy rigurosa sí va en la línea de muchas otras investigaciones que sí lo son. Sería un error no escuchar lo que dice. Se ha dejado muchas cosas en el tintero (los determinantes sociales, las relaciones familiares patológicas, las experiencias traumáticas...) pero eso no quiere decir que su crítica no proceda.

¿Hacia dónde mirar ahora? ¿Qué pistas tenemos? Una muy clara es el respeto a los derechos humanos. Otra es deshacerse de los sesgos que han lastrado la investigación y la obtención de nuestro conocimiento. Hay que recuperar la curiosidad por los saberes profanos, por los saberes compartidos y por la escucha. Necesitamos una psiquiatría que no menosprecie el saber acumulado por la historia, la sociología, la antropología y tantas otras ramas del conocimiento, sólo por no hablar de moléculas. Puede que esas ramas comprendan mejor el sufrimiento humano que las concentraciones de serotonina en sangre.

Hemos de investigar, atender y tratar con miras amplias, pero también desde un modelo público y que garantice la equidad. Una crítica razonable al discurso de Whitaker es que pueda emplearse como argumento para descapitalizar la atención y abandonar a su suerte al que sufre. En un entorno como el estadounidense, donde figuras como Reagan utilizaron el discurso antinstitucional para vaciar en una semana todos los psiquiátricos de California, es una alarma justificada. Pero

en nuestro medio la situación es distinta. Hay que defender las redes de salud mental públicas, continuar humanizándolas, impidiendo que se conviertan en nuevos manicomios, y exigir que sostengan una investigación diferente y bien dotada. Podemos criticar que se receten muchos antidepresivos, pero con lo que nos ahorremos hemos de organizar una sociedad que no se vea abocada a pedirlos; porque el malestar no necesite vestirse de diagnóstico pero también por atajar las raíces de ese malestar.

Para que la población esté mentalmente sana no necesitamos toneladas de valium (que lo utilizaremos, sí, pero sólo cuando sea imprescindible y como apoyo, no como solución). Necesitamos gastar el dinero en fomentar el asociacionismo juvenil, en un urbanismo solidario, en cuidar a los bebés y a sus padres, en darles acceso a toda la ayuda que necesiten, con y sin diagnósticos. Necesitamos redes sólidas de vivienda y en empleo. Es preciso invertir. ¡E incluso! evaluar los resultados.

Y dentro de otros 50 años volver a aceptar que eso está bien, pero si no hemos conseguido una sociedad mejor, estaremos todavía nadando contra corriente. Eso es lo que pensamos cuando escuchamos que “la psiquiatría no sirve de nada”. Que los profesionales de la salud mental somos como unas estaciones de bombeo que vuelven a poner en la corriente y en mejores condiciones a los que la misma corriente arrastra. Pero no conseguimos que evitar que la corriente siga su curso.



## DESDE AUTONÓMICAS, SECCIONES Y COMISIONES:

La **Asociación Madrileña de Salud Mental** prepara varios talleres de psicopatología y literatura así como de salud mental y género, cuyas fechas saldrán pronto a la luz. Además en las próximas semanas empezarán a subir a su **canal de vídeo** las grabaciones de las XXI Jornadas, Espacios de locura y participación ¡Atentos a su web!

La **Asociación Galega de Saúde Mental** se halla inmersa en la organizando seminarios, de **orientación de casos**, de historia y psicopatología (**Locura y ciudad**) así como las jornadas de psiquiatría, psicoanálisis y literatura de Trasalba (**Galicia style**). Participan además en las **jornadas de la Otra psiquiatría**. Atentos además al nuevo número de su revista, **Siso saúde**.

La **Asociación canaria de salud mental** se ha mostrado muy activa reivindicando el reconocimiento de la especialidad de salud mental en enfermería, llegando a trascender a la **prensa**. ¡Enhorabuena!

Nuestros compañeros del **País Valencià** están preparando unas jornadas en Alicante para el próximo 22 de abril, con el título **“Conquistar derechos y buenas prácticas”**. Sara Toledano, Martín Téllez, Teresa Abad y Carlos Ferreirós son algunos de los ponentes que podréis escuchar allí. ¡No os lo podéis perder!

La comisión de ética y legislación ha estado muy activa, revisando novedades legislativas y jurisprudenciales que afectan a las personas con trastorno mental. Desde la sentencia del tribunal constitucional que obliga de forma ineludible a regularizar los ingresos involuntarios en 72 horas (STC 182/2015), al trabajo en pro de introducir enmiendas al proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria, o el análisis exhaustivo de la reforma del código penal (L.O. 1/2015 de 30 de marzo) en el que han constatado que los textos elaborados por la comisión han sido muy tenidos en cuenta a la hora de fundamentar la oposición a dicho proyecto, por parte de asociaciones de familiares, usuarios y profesionales. Finalmente fue retirada toda la propuesta de reforma que planteaba el ministerio de justicia e incluso se introdujeron principios contenidos en la **Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad**, de modo que actualmente el código penal es el mejor adaptado a la convención. ¡Todo un éxito! También están elaborando un borrador de instrumentos judiciales de protección a las personas con discapacidad, y como próximos proyectos plantean trabajar la situación de los enfermos mentales en prisión así como las condiciones de tratamiento de los menores con trastornos de conducta. Próximamente en la web podréis disponer de toda esta información, fruto del trabajo de una de nuestras comisiones más activas. ¡No os lo perdáis!

## PRÓXIMAMENTE EN LA WEB

Durante los próximos meses haremos accesibles desde la web una serie de textos, todos ellos traducidos al castellano, que consideramos altamente interesantes para los profesionales de nuestro campo. Algunos son los siguientes:

- Del compromiso constructivo a la recuperación coercitiva, (Alastair Morgan, Anne Felton)
- Fármacos antipsicóticos para la prevención de la recaída (Jim Van Os, Oliver D Howes)
- El contagio juvenil: la desviación y la gestión de sociabilidad de la juventud (Mike Jolley)
- El trastorno bipolar y la medicalización de los afectos: ¿una epidemia de diagnósticos? (Antonio Maturo)
- El apoyo entre pares (Becky Shaw)
- Las empresas farmacéuticas y la medicalización de la vida social (Allan V. Horwitz)
- Medicación antipsicótica durante el período crítico que sigue a la remisión del primer episodio de la psicosis: menos es más (Patrick McGorry, Mario Alvarez-Jimenez, Eoin Killackey)
- Recuperación, descubrimiento y revolución: el trabajo de Intervoice y el movimiento de escuchadores de voces (Eleanor Longden, Dirk Corstens, Jacqui Dillon)

Y muchos más textos, hasta ahora no disponibles en castellano. Esperamos que os sean de utilidad. Atentos a la web...

# **AEN**

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE NEUROPSIQUIATRÍA**