

## TÍTULO PONENCIA: La medicalización de la vida cotidiana y los Servicios de Salud Mental.

José María Fernández Rodríguez. Psiquiatra. Gijón, 30 de mayo de 2019.

*“La inmensa diversidad de las realidades imaginadas que los sapiens inventaron, y la diversidad resultante de patrones de comportamiento, son los principales componentes de lo que llamamos “culturas”. Una vez que aparecieron las culturas, éstas no han cesado nunca de cambiar y desarrollarse, y tales alteraciones imparables son lo que denominamos “historia”.*

*La revolución cognitiva es, en consecuencia, el punto en el que la historia declaró su independencia de la biología. Hasta la revolución cognitiva, los actos de todas las especies humanas pertenecían al ámbito de la biología o, si el lector lo prefiere, de la prehistoria (...). A partir de la revolución cognitiva, las narraciones históricas sustituyen a las teorías biológicas como nuestros medios primarios a la hora de explicar el desarrollo de Homo sapiens. Para entender la aparición del cristianismo o de la Revolución francesa, no es suficiente comprender la interacción de genes, hormonas y organismos. Es necesario tener en cuenta asimismo la interacción de ideas, imágenes y fantasías.*

*Eso no quiere decir que Homo sapiens y la cultura humana estuvieran exentos de leyes biológicas. Seguimos siendo animales, y nuestras capacidades físicas, emocionales y cognitivas están todavía conformadas por nuestro ADN. Nuestras sociedades están construidas a partir de las mismas piezas fundamentales que las sociedades de los neandertales o los chimpancés, y cuanto más examinamos estas piezas fundamentales (sensaciones, emociones, lazos familiares) menos diferencias encontramos entre nosotros y los demás simios.”*

*“Sapiens. De animales a dioses”. Yuval Noah Harari.*

Voy a empezar refiriéndome a algunos temas que tienen relación con la medicalización, como los servicios sanitarios, en los que se prescriben los psicofármacos, algunas razones en las que se basa esa prescripción, el sentido de los diagnósticos en las clasificaciones internacionales, y aspectos también de la práctica clínica en que se sustenta. Estas prácticas están también relacionadas con la forma de entender la salud mental y las posibilidades de planteamiento o solución a los problemas que la afectan.

Aunque el contenido de las Jornadas hace referencia a los últimos 25 años, voy a ampliar el periodo para situar brevemente de dónde veníamos en 1994, hace 25 años y tener una visión longitudinal del recorrido de los Servicios de Salud Mental (SSM) en Asturias, así como de otros temas que voy a tocar.

### 1. LA EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ASTURIAS: DE LA REFORMA A LA ACTUALIDAD.

Los Servicios de Salud Mental (SSM) son los que se encargan de prestar la asistencia sanitaria en materia de Salud Mental, psiquiátrica y psicológica, dentro del Sistema Sanitario Público, el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), a nivel autonómico, el Sistema Nacional de Salud a nivel del Estado.

En los años 80 del siglo XX, los SSM experimentaron una transformación por la que pasaron de una Institución Total<sup>1</sup>, el Hospital Psiquiátrico Regional, a una Red de Servicios Comunitarios que debían

---

<sup>1</sup>Institución Total: “Lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”. (Goffman, 1961). Son ejemplos: Hospitales Psiquiátricos, cárceles, orfanatos, instituciones militares, conventos. Además, la

dar respuesta a las necesidades de la población, en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en materia de salud mental.

Se entendía por Instituciones Totales aquellas que pretendían prestar y cubrir todas las necesidades básicas de las personas a las que acogían, les aportaban un entorno vital “completo”.

Hasta que se generan los primeros servicios de salud mental comunitarios, los Centros de Salud Mental (CSM), existían en el Sistema Público en Asturias los siguientes recursos, dependientes de diversas administraciones:

RECURSOS 1982			DEPENDENCIA
Hospital Psiquiátrico Regional	1	1100 camas	Comunidad Autónoma
Dispensarios HPR	6	Consultas ambulatorias	Comunidad Autónoma
Hospital de día de Pando (Langreo) junio 1982	1	HD, Consultas ambulatorias y domicilio	Comunidad Autónoma
Interconsulta Hospital General Asturias	1	Interconsultas desde HPR	Comunidad Autónoma
Neuropsiquiatras	15	Consultas ambulatorias	INSALUD
Servicio de Psiquiatría. Residencia Sanitaria	1	Interconsultas	INSALUD
Centro de Toxicomanías (Proyecto) <sup>2</sup>	1	Consultas ambulatorias	Ayuntamiento
Centro de Prevención de la Subnormalidad <sup>3</sup>	1	Consultas ambulatorias	Ayuntamiento
Centro de Orientación y Diagnóstico <sup>4</sup>	1	Consultas ambulatorias	Sanidad Nacional

Tomado, modificado y ampliado de “La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias”. Nuevas Alternativas a la Gestión de Recursos. Oviedo 1994. Montejo Candosa, J. Gerente de los Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias.

El Hospital Psiquiátrico Regional (HPR) en Oviedo, atendía “casos graves”, especialmente aquellos cuya permanencia en su medio de residencia era difícilmente compatible.

Los Dispensarios eran consultas ambulatorias en los núcleos urbanos más importantes, que correspondían a los Sectores en los que estaba dividido el Hospital Psiquiátrico y atendidas por los psiquiatras del mismo.

El Servicio de Psiquiatría en el Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga, del INSALUD<sup>5</sup>, atendía las interconsultas del propio centro.

---

institución total tiende a cubrir todas las necesidades del interno, que ha de adaptarse a lo que la Institución ofrece; el nivel de esa adaptación medirá el grado de su evolución positiva o negativa para los administradores de la misma.

<sup>2</sup> Coincide con el inicio de la reforma y se abre ya como Centro de Salud Mental.

<sup>3</sup> El Centro de Prevención de la Subnormalidad y Salud Mental Infantil de Avilés (1981).

<sup>4</sup> Dependiente del antiguo Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), creado en 1955 con la misión de organizar la asistencia psiquiátrica en España. Desapareció en 1974, con la creación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que excluía a los enfermos mentales, que no volverán a integrarse hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986..

Las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría, unas 15, estaban también en los mayores entornos urbanos, Gijón, Oviedo, Avilés, La Felguera, Mieres y Luarca.

En cuanto a la Psicología, había tres psicólogos en el Hospital Psiquiátrico con funciones en tareas psicométricas, no terapéuticas.

En 1975 había finalizado la dictadura y la Constitución Española había abierto una nueva etapa en 1978. Los cambios en la nueva cultura democrática debían llegar también a la asistencia y a las instituciones psiquiátricas que albergaban a muchas personas en condiciones indignas para ciudadanos con derechos y que las excluían socialmente por razón de una condición de "salud"<sup>6</sup>.

Tanto en Estados Unidos como en Europa, en los años 50, 60 y 70 del s. XX, se produjeron cambios en la asistencia psiquiátrica que buscaban la transformación o desaparición de los Hospitales Psiquiátricos, la desinstitucionalización, a los que se consideraba responsable, en buena parte, de la situación de los internos y les privaba de derechos civiles.

En el Hospital Psiquiátrico Regional (HPR) estaban ingresados en torno a 1000 personas (1.016 a 31 de diciembre de 1981). Los que eran dados de alta eran seguidos en los Dispensarios o en el Hospital en consulta externa.

En 1982 se puso en marcha "la reforma psiquiátrica" en Asturias que pretendía tres grandes objetivos:

1. Transformar el Hospital Psiquiátrico en una Red de Servicios Comunitarios que englobaba todos los servicios relacionados con la asistencia en Salud Mental, próximos al ciudadano, en su medio y accesibles, necesarios para tratar los trastornos mentales de una población territorializada, esto es, dividida en zonas delimitadas, de forma que los Centros de Salud Mental (CSM) se repartían las zonas básicas de salud que se iban creando con los centros de salud. Estos SSM debían estar integrados en la estructura de servicios sanitarios generales lo que daba a la atención en salud mental características similares a la salud y patología orgánica.
2. Cambiar decididamente las formas de intervención terapéutica, pasando de una asistencia custodial y reduccionista, basada en reclusión, psicofármacos y electroshock<sup>7</sup>, por una asistencia más acorde a los avances en los conocimientos científicos, con una oferta de tratamientos que incluía la psicoterapia, incorporando la Psicología Clínica con la misma categoría que las especialidades médicas, creando el Sistema PIR en Asturias.
3. Restaurar los derechos civiles para los pacientes con trastornos mentales: Rescatar a las personas ingresadas en el Hospital Psiquiátrico Regional de la situación de reclusión y evitar nuevos ingresos en esas condiciones, con la incorporación del art. 211 al Código Civil en 1983<sup>8</sup>, que establecía que los ingresos no voluntarios han de contar con autorización judicial para garantizar los derechos constitucionales de los pacientes.

---

<sup>5</sup> Creado en 1978, sustituyendo al Instituto Nacional de Previsión (INP) y disuelto en 2002, con las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

<sup>6</sup> Constitución Española, 1978. Art. 10, 14 y 15.

<sup>7</sup> "La Psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental". Ediciones Díaz de Santos, 1998. La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: periodo 1982-1993. Editado por José García González, Antonio Espino Granada, Ladislao Lara Palma.

<sup>8</sup> Real Decreto de 24 de julio de 1889, texto de la edición del Código Civil mandada publicar en cumplimiento de la Ley de 26 de mayo último (Vigente hasta el 11 de Enero de 2000). Publicado en GACETA de 25 de Julio de 1889. Vigencia desde 01 de Mayo de 1889. Esta revisión vigente desde 20 de Mayo de 1999 hasta 11 de Enero de 2000:

## A. Los Servicios.

La Red de Servicios de Salud Mental quedó definida por un Decreto en el año 1986<sup>9</sup> y debían contar con:

- a) Centros de Salud Mental, diferenciando la atención a adultos e infanto-juvenil, para asistencia ambulatoria, en la comunidad y en el domicilio. Es el lugar de entrada a la Red.
- b) Hospitales de día y otros centros intermedios, en horario diurno, evitando la separación de la persona en tratamiento de su medio social y familiar.
- c) Unidades de hospitalización para la atención a los pacientes hospitalizados, integradas en los Hospitales Generales, cerradas, similares a las “Admisiones” del HPR.
- d) Unidades de rehabilitación y apoyo. Se contemplan dos tipos:

a) Alojamientos protegidos, destinados esencialmente a pacientes sin posibilidades de convivencia familiar, sin medios propios para procurarse alojamiento y con autonomía en su conducta personal. Estos servicios no dispondrán de personal asistencial propio.

b) Residencias asistidas, destinadas a alojar en régimen de cuidados mínimos a pacientes que requieran una acción tutelar, que no procede en los servicios anteriores.

La Dirección Regional podrá promover conjuntamente con la Consejería de Trabajo y Acción Social y con otros departamentos programas que faciliten la reinserción laboral del enfermo psíquico.

Los SSM, por tanto, contemplan atención en régimen de hospitalización total en las UHP y parcial, pero no otro tipo de hospitalización más prolongada fuera de los Hospitales Generales. Gran parte de la cronificación se achacaba, como decía, a la institucionalización, y se esperaba que desapareciera o disminuyera con una situación más normalizada, socialmente hablando, de los interesados, un tratamiento más adecuado y unas condiciones mejores de habitabilidad.

La tabla siguiente recoge el desarrollo de los servicios en el tiempo entre 1982 y 1993, época en la que se crearon la mayoría de ellos:

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII
1982				HD, nov				HD, junio
1983			CSM Ad-Inf	CSM Ad-Inf				
1984	CSM, junio				CSM Ad-Inf	CSM, mayo	CSM Ad-Inf	
1985			PP, 01.10.85	UDH, mayo				
1986			PP, 01.11.86	CSM II, nov	CSM II, marzo			
				UTT, octubre	UTT, octubre			

<sup>9</sup> “Artículo 211: El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor. (Artículo 211 redactado por Ley 13/1983, 24 octubre («B.O.E.» 26 octubre), de reforma del Código Civil en materia de tutela)

<sup>9</sup> Decreto 81/86, de 6 de junio, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. BOPA, 4 de julio de 1986.

1987		CSM, febr			CSM III, marzo		UHP, enero	CSM, nov
					HD, febrero			
1988			HD, junio	UHP, julio	UHP, enero			UHP, sept
1989			CSM II, enero	CSM III, junio				
			UHP, oct	PP, 03.07.89				
				PP, 01.09.89				
1990				CSM IV, enero	CSM IV, marzo		PP, 01.02.90	
1991	UDM, mayo		UTT, febrero		UDH, enero		UDM, oct	UDM, enero
1992						HD, enero		
						CT, 10.06.92		
1993				CT, sept	CT, oct			
				CD, sept				

CSM: Centro de Salud Mental; HD: Hospital de Día; PP: Piso Protegido; UDH: Unidad Desintoxicación Hospitalaria; UTT: Unidad Tratamiento Toxicomanías; CT: Comunidad Terapéutica; CD: Centro de Día. Modificado y ampliado de “La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias”. Nuevas Alternativas a la Gestión de Recursos. Oviedo 1994. Montejo Candosa, J. Gerente de los Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias.

En paralelo, seguían existiendo unas 5 consultas de Neuropsiquiatras en los Ambulatorios del INSALUD.

El crecimiento de los SSM, a partir de 1994 hasta la actualidad, fue el siguiente:

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII
1997			CT					
1999			ETAC		HD TCA			
2003				ETAC, UR Meres	CTI			
2008					3 PP, enero			
2009	CTI							
2012				HD Corre				
2015				CTI, junio				
				PP, junio				
2019				HD i-j, mayo				

Elaboración propia.

La evolución de la plantilla entre el año 1982, en que comienza la reforma, y 1993, muestra un crecimiento de los profesionales que trabajan en estos servicios extramanicomiales respecto a los que continúan dentro del H. Psiquiátrico. Se muestra el número y la proporción entre ellos en tres momentos:

PLANTILLAS	1982	1986	1993
H. Psiquiátrico	532	422	184
Extrahospitalarios	17	122	313
TOTAL	549	544	497
%H.Psiqui/Total	96,90	77,57	37,02

Fuente: "La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias". Javier Montejo Candosa, Gerente de los Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias. Nuevas Alternativas a la Gestión de Recursos. Oviedo 1994.

En este cuadro siguiente, se muestra la evolución en la cualificación de la plantilla a través de cuatro puntos de corte, con un incremento de los profesionales titulados medios y superiores respecto a los no titulados:

PLANTILLAS	1982	1986	1993	2013
Tit. Sup. Y Medios: Médicos y ATS	55	110	187	> 320
No titulados	494	434	310	188
TOTAL	549	544	497	508
%T.Med y Su/Total	10,02	20,22	37,63	62,99

Fuente: "La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias". Javier Montejo Candosa, Gerente de los Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias. Nuevas Alternativas a la Gestión de Recursos. Oviedo 1994. Los de 2013 son datos del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020.

En la segunda mitad de los años 90 del siglo XX, el Gobierno del PP-URAS abrió una nueva unidad cerrada en el Hospital Psiquiátrico, (Unidad "Aramo"), para pacientes de difícil manejo y resistentes a otros tratamientos, con una dotación de enfermería similar a las UHP y un psiquiatra; una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica y un Equipo de Seguimiento domiciliario, en el Área III (Avilés); un Hospital de Día de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y se planificó una Unidad de media-larga estancia en el Área V (Gijón).

Con el Gobierno resultante de las siguientes elecciones, en 1999, se cierra la Unidad Aramo y para Gijón se planifica, sobre el presupuesto inicial ya planeado, lo que acabará siendo el Centro de Tratamiento Integral de Montevil.

Los HD del Área V, tanto el de TMS como el de TCA, se incorporaron al Centro de Tratamiento Integral de Montevil en el 2003 y el HD de La Corredoria en el Área IV pasó a formar parte de la estructura del CTI de La Corredoria en el año 2015.

El Hogar Tutelado "La Casita", es trasladado del Hospital Psiquiátrico<sup>10</sup>, al cierre del mismo para la construcción del nuevo HUCA<sup>11</sup>, a una casa de campo, alejada de núcleos urbanos y cierra al

<sup>10</sup> El derribo del Hospital Psiquiátrico se produjo en 2003, según figura en el Censo del Archivo Histórico Provincial de Asturias. <http://censoarchivos.mcu.es/CensoGuia/fondoDetail.htm?id=594718>

<sup>11</sup> Colocación de la 1ª piedra, 1 de abril del 2005 e inicio de las obras.

incorporarse la mayoría de pacientes y personal, al CTI de La Corredoria en 2015. Sus instalaciones de utilizan para un nuevo alojamiento a cargo de FASAD, que más tarde se trasladará a Oviedo.

Los demás pacienets que aún permanecían en el Hospital Psiquiátrico se trasladan a la Unidad Residencial de Meres.

El ETAC de Oviedo se incorporó al CTI de La Corredoria en junio de 2015, junto con el equipo y pacientes de “La Casita”, en cumplimiento de la propuesta de agrupación de los equipos de atención a TMG/TMS de las Áreas Sanitarias para formar equipos únicos para mejorar la gestión de los recursos destinados al Programa de atención a Personas con Trastorno Mental Severo y la continuidad asistencial de los pacientes. En 2017 es trasladado de nuevo fuera del CTI, a las instalaciones anteriores en el Centro de Salud de La Ería.

En Gijón, gestionados por la Fundación Siloé y financiados por la Fundación de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón hay 10 pisos tutelados que se añaden a los 3 que dieron origen al Proyecto Prometeo en 2007, cedidos por VIPASA, Consejería de Servicios y Derechos Sociales, vivienda pública del Principado de Asturias.

El 13 de mayo de 2019 se inauguró un Hospital de Día Infanto-Juvenil, para población entre 6 y 17 años, en Oviedo.

Red de Servicios de salud mental:

	CSM	CSM I-J	Atención Psico	CTI	HD	HD I-J	CT	UHP	UDH	UTT	UDM	CD
Área I	1			1								
Área II	1											
Área III	2	1	1		1	1	1	1		1		
Área IV	5	1	1	1	1		1	1	1	1		1
Área V	4	1	1	1	1		1	1	1	1		
Área VI	1				1		1					
Área VII	1	1			1			1		1	1	
Área VIII	1				1			1			1	
Totales	16	4	3	3	6	1	4	5	2	4	2	1

## B. La Asistencia.

Los primeros años de la reforma, desde 1982, dieron origen a expectativas de cambio importantes, precedió al “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (abril, 1985), cuyos principios serían recogidos en el art. 20 de la Ley General de Sanidad (1986) y en Asturias se reflejó en el Decreto 81/86, de 6 de junio, ya mencionado.

La incorporación de nuevos profesionales introdujo un debate más amplio, fundamentalmente con las aportaciones de psicoanalistas y la incorporación del modelo sistémico, de la mano de nuevos profesionales de psicología con la creación del sistema PIR, de algunos psiquiatras y MIR y de

profesionales de enfermería más cualificados. A pesar de ello, en los últimos años de los 80 y principios de los 90 ya se hablaba de los “nuevos crónicos” que se generaban en los nuevos servicios consecuencia de la reproducción de las mismas prácticas, mayoritariamente biológicas, llevadas a cabo por la mayoría de los psiquiatras que constituían el grueso del personal clínico.

En los CSM, los equipos multidisciplinares, se componen de médicos psiquiatras, la mayoría, psicólogo/s clínicos, enfermería, trabajadora social y administrativo/s. Aunque muchos pacientes recibían los nuevos tratamientos psicoterapéuticos, la mayoría eran tratados con psicofármacos.

Los casos que presentaban patología más grave, especialmente en las Unidades de Psiquiatría y en los servicios intermedios (CT y HD) se repetían las mismas formas basadas en los tratamientos farmacológicos, con escasa aplicación psicoterapéutica, y las terapias ocupacionales en esquemas del Hospital Psiquiátrico. Estos servicios funcionaban en muchos casos como entidades aisladas. Desde octubre de 1989 todos los ingresos se realizaron en las Unidades de los Hospitales Generales.

Cuentan con recursos diferenciados y personal específico: la atención a las adicciones, con las UTT y UDH, con convenios con recursos externos para tratamientos de rehabilitación y alojamiento, y la atención a trastornos psicóticos y otros graves, con HD y CT, con recursos externos para alojamiento y reinserción laboral.

Dada la situación de la asistencia a los pacientes más graves, en marzo de 1994, se transmite a los Servicios un “Programa de cuidados para pacientes psicóticos crónicos”<sup>12</sup> que explicita unos criterios operativos tanto en lo que se refiere a la definición del caso como a las actuaciones a desarrollar”, requiriendo “una implicación activa de los distintos profesionales de salud mental”, para poner en marcha “instrumentos que garanticen una atención continuada y rehabilitadora a personas que en muchas ocasiones tienen dificultades para requerir la atención necesaria”.

La evolución del número de consultas realizadas entre 1982, anteriores a la reforma, y los servicios de salud mental comunitarios en cuatro momentos posteriores: las consultas totales se multiplicaron por cuatro en siete años, con los nuevos servicios:

Nº CONSULTAS/ AÑO	1982	1986	1989	1990	1993
Primeras	324	4.876	9.778	14.365	12.541
Repetidas	8.816	19.721	44.298	61.441	85.135
Urgencias		342	1.440	2.055	2.855
TOTAL	9.140	24.939	55.516	77.861	100.531

Población ingresada en el H. Psiquiátrico a final de cada año:

Población ingresada en H. Psiquiátrico a último día del año	1981	1982	1987	1991	1995	Al cierre, 2003
	1.016	929	452	226	178	40

<sup>12</sup> Documento interno de los SSM. Marzo 1994.



Tomado y ampliado de: "La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias". Montejo Candosa, J, Gerente de los Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias. Nuevas Alternativas a la Gestión de Recursos. Oviedo 1994.

## La segunda reforma, el siglo XXI.

Durante los primeros años de la reforma el énfasis se puso en los equipos multidisciplinarios. Los CSM, que debían atender las necesidades de toda la población de su territorio en materia de salud mental, funcionaban como eje de la red y dirigían el tratamiento de todos sus pacientes aún cuando se encontraran realizando una parte del mismo en otro de los dispositivos. Los nuevos profesionales, especialmente los Psicólogos clínicos, habían aportado intervenciones psicoterapéuticas que mejoraron de forma importante las prestaciones para muchos usuarios, pero en muchos de ellos no atendían, o no suficientemente, a los pacientes con trastornos más graves, que seguían recibiendo fundamentalmente tratamientos farmacológicos. La mayoría de los casos eran tratados por los psiquiatras, la mayoría con formación biológica, muy influida por la industria farmacéutica.

Tras el cambio de Gobierno, en 1999, se cerró la Unidad cerrada del Hospital Psiquiátrico y se elaboró el "**Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001-2003**"<sup>13</sup>.

Este Plan partía del análisis de situación en el que participaron un buen porcentaje de profesionales de los servicios, asociaciones de pacientes, familiares, sindicatos y asociaciones de profesionales "vinculadas a la salud mental", del que una de las principales conclusiones era la precariedad de recursos destinados a la atención de las personas que presentaban trastornos mentales graves que, siendo los destinatarios históricos de los recursos específicos de salud mental, habían quedado relegados a un último plano por la gran afluencia de casos "comunes" o de menor gravedad, más exigentes y mucho más numerosos. El Plan se reafirma en los principios básicos del modelo comunitario y decide la elaboración y desarrollo o adecuación de los siguientes programas: Adicciones, Atención a Trastornos Mentales Severos (TMS), Infanto-juvenil y Psicogeriatría.

Datos asistenciales en consultas, ingresos y usuarios atendidos en diferentes servicios en cortes de varios años, para mostrar su evolución:

		Año 1990	Año 1995	Año 1999
Consultas CSM Adultos	Primeras Consultas	9.915	9.719	9.550
	Consultas Totales	77.810	106.585	131.820
Consultas CSM Infanto-juvenil	Primeras Consultas	1.184	1.854	1.240
	Consultas Totales	10.473	12.495	13.361
Ingresos en Unidad de Hosp. Psiquiátrica		1.482	1.646	1.798
Admisiones en Hospital de Día		156	255	240
Admisiones en Comunidad Terapéutica.		-	116	93
Usuarios atendidos en UTTs		690	1.673	2.322

Fuente: Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001-2003.

<sup>13</sup> Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001 – 2003. Diciembre de 2000.

Los indicadores generales de prevalencia para adultos según el RACPs<sup>14</sup>:

Año	Prevalencia	Tasa por mil	Prevalencia/Incidencia
1987	7.229	7,88	1,85
1991	17.528	19,12	2,34
1995	25.790	27,04	3,67
1999 (CIE 9)	31.952	33,50	4,23
1999 (CIE 10)	32.189	33,75	4,22

Tabla 7. – Prevalencia en Atención a Adultos. Asturias 1987-1999.

Si la “reforma de los años 80” fue más estructural que asistencial, esta segunda debía impulsar lo asistencial, esto es, si la primera se centraba en la importancia de los servicios y los equipos (el CSM como eje de la RED), la segunda daba preponderancia a los pacientes (el paciente como centro de atención y referencia para la sistema asistencial). Esto significaba que los programas debían adecuar las condiciones de funcionamiento de los servicios para responder a las necesidades de los pacientes.

El Programa de Psicogeriatría nunca se dio a conocer. El de Infanto-Juvenil se elaboró pero nunca se implantó.

El de Adicciones ya venía desarrollándose y se estructuró y/o adaptó a los criterios del Plan con la definición del “**Programa estratégico de adicciones**”, elaborado por un Grupo de Trabajo de 5 profesionales, 3 médicos, 1 psicólogo y 1 enfermero.

### **Atención a las adicciones.**

La atención a los problemas derivados del consumo de alcohol se hacía, ya antes de la reforma, en los servicios psiquiátricos del Principado que hacían consultas, en el Hospital Psiquiátrico y en los dispensarios, y grupos de alcohólicos, colaborando con Alcohólicos Anónimos. Hasta el 20% de las consultas que se realizaban.

A diferencia de otras Comunidades Autónomas, en que la asistencia a las toxicomanías pasó a depender de Servicios Sociales, en Asturias quedó a cargo de los Servicios de Salud Mental, que desarrollaron servicios específicos.

En los CSM se realiza la atención general a las personas con problemas de toxicomanías, incluida la desintoxicación libre de opiáceos y deshabituación ambulatoria y, en los últimos años, el tratamiento con Metasedín, así como la derivación de los casos a las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT o CDM), para el tratamiento con Metadona, a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) y a las Comunidades Terapéuticas con convenio con el Principado.

Los tratamientos con Metadona, al ser un producto opioide, siempre han tenido una regulación especial<sup>15</sup>, desde el año 1967 en que se adaptaba a las normas sobre estupefacientes del Convenio

<sup>14</sup> Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos, sistema informático de los Servicios de Salud Mental, en funcionamiento desde 1986.

de las Naciones Unidas de 1961. El tratamiento de la adicción a la Heroína con Metadona la hacían algunos psiquiatras privados, hasta que fue asumido por los SSM a mediados de los 80.

Tras la apertura de las UTT, con médicos y enfermería específica, se diversifica el programa y se incorporan a los CSM asumiendo la atención a las personas drogodependientes en su práctica totalidad, incluso adicciones a psicofármacos, producidas muchas veces por los tratamientos instaurados por los psiquiatras. Salvo contadas excepciones, los pacientes no tienen acceso a tratamientos psicológicos.

En el **Programa estratégico de adicciones**, elaborado como resultado del Plan Estratégico del 2000, en su **“Introducción”**, resume la situación de la siguiente forma:

*“A partir de 1.990 la cifra de usuarios en la Red de Salud Mental crece desmesuradamente debido entre otras circunstancias al éxito de los programas con sustitutivos a opiáceos que se flexibiliza orientándose hacia la reducción del daño para frenar la expansión del SIDA, siendo estas intervenciones las que van a consumir la mayor cantidad de tiempo y recursos en detrimento de aquellas otras orientadas a la abstinencia y a la plena rehabilitación.*

*Comparativamente, estos abordajes son los que más se han priorizado en otras comunidades autónomas, en detrimento de los de sustitutivos aunque ahora se están potenciando estos últimos, situación casi opuesta a la que ha tenido lugar en nuestra Comunidad Autónoma.*

*Ello da lugar a una medicalización palpable frente a lo que debiera ser la atención integral de un paciente con graves necesidades sanitarias y sociolaborales que, debido a la creciente presión asistencial en la red de Salud Mental, se va reduciendo aun más hacia la prescripción y la dispensación de Metadona. De esta manera un tratamiento farmacológico ha llegado a definir una asistencia (una mala asistencia por su carácter de exclusividad).*

*En el momento actual cualquier planteamiento de revisión en la atención a los drogodependientes debe hacerse desde una atención normalizada, integrada y globalizada”<sup>16</sup>.*

Asturias fue la Comunidad que más pacientes tenía en tratamiento de mantenimiento con opiáceos durante 1990 (694 personas); fue la segunda, tras Baleares, que presentó tasas más altas de personas admitidas en tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia con opiáceos y cocaína (125 por 100.000) durante 1991 e iniciaron, en este mismo año, un tratamiento con sustitutivos de opiáceos 546 nuevos dando un total de usuarios en tratamiento de 1.110<sup>17</sup>.

El cuadro siguiente refleja el incremento en el número de usuarios en tratamiento con sustitutivos de opiáceos (Metadona):

AÑO	1990	1991	1995	2009
Nº usuarios UTT	203	695	1258	1.718

Ante la acumulación de pacientes recibiendo Metadona en la UTT de Gijón, se diversifican los puntos de dispensación, otro en el centro de la ciudad, Gota de Leche, y un Autobús, en colaboración con Cruz Roja, en varios lugares diferentes del Área V, incluidos Candás y Villaviciosa.

<sup>15</sup> Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas.

<sup>16</sup> Programa estratégico de adicciones. SSM, 2001.

<sup>17</sup> Análisis preliminar Plan de Salud para Asturias, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección Regional de Salud Pública, Servicio de Planificación Sanitaria. Oviedo, febrero 1993, apartado de Atención a la Salud Mental, Pág. 138.

El Área IV, de Oviedo, también introduce el Autobús de dispensación, lo mismo que Mieres, que se cierra unos años después y Langreo, que no cuenta con UTT.

Posteriormente se diversifica aún más con la dispensación de Metasedín en los CSM y, años más tarde, la dispensación de Metadona en farmacias privadas.

Desde los SSM de Gijón, se atiende una consulta sobre toxicomanías en el Centro Penitenciario de Villabona.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), adscrita a la ONU, hizo público en Viena un informe en 2005<sup>18</sup>, en el que situaba a España en el segundo lugar en el tratamiento de heroinómanos con Metadona, que se multiplicó casi en 3,5 veces en los diez años anteriores. También revela que la cocaína es la segunda droga, en España, que más problemas de salud y demanda de tratamiento genera, pasando de 1.299 en 1992 a 11.018 en 2002, según los datos del Plan Nacional sobre drogas.

A pesar del desarrollo del programa y la diversificación de los servicios, continúa sin disponer de atención psicológica, ciñéndose en la práctica a atención farmacológica y con una importante implicación de enfermería, que en Gijón realizaron grupos de prevención de recaídas en alcoholismo, y en algún CSM en Oviedo, grupos para alcohólicos, llevados por psicólogos y enfermeras. La conclusión de la introducción al Programa de Adicciones en el año 2001 puede valer para hoy día.

Datos de atención a las adicciones en Asturias durante el año 2012:

<b>Atención a Adicción a Sustancias (Toxicomanías)</b>	<b>Año 2012</b>
<b>Atención Ambulatoria CSM</b>	
Primeras Consultas	683
Total Consultas	27.480
Usuarios atendidos	3.643
<b>Usuarios atendidos en UDH</b>	211
<b>Atención Recursos Específicos sustitutivos</b>	
Admisiones a tratamiento	321
Usuarios Atendidos en UTT	1.184
Usuarios Atendidos en CD	366
Usuarios Metasedín	362
Usuarios Atendidos en Autobús	506

Fuente: Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020.

<sup>18</sup> <http://www.atencionadicciones.es/noticias/noticia-sola-confederacion/article/espana-se-coloca-en-2o-lugar-en-tratamientos-con-heroinomanos/>

El **Programa de atención a Trastornos Mentales Severos<sup>19</sup> (TMS)** fue elaborado por un grupo de 20 profesionales en el primer cuatrimestre del año 2001 y fue el que más se desarrolló en los años siguientes, en forma e intensidad diferente en las distintas Áreas Sanitarias. Este Programa recoge los aspectos clave de la organización y los principios básicos que debían regir la asistencia integral a los casos más graves.

Para simplificar la exposición y ejemplificarla, voy a referirme a la implantación del Programa en el Área V (Gijón), por ser en la que más se desarrolló.

En la situación de partida, en el año 1999, antes de iniciarse la aplicación del programa y a estos efectos, el Área V contaba con:

- Cuatro Centros de Salud Mental (CSM), atención desde los 15 años;
- Un Hospital de Día (HD), con veinte plazas, con funciones de Centro de Día<sup>20</sup>.
- Una Comunidad Terapéutica (CT), con 16 plazas<sup>21</sup>.
- Una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

El HD contaba con 4 ASEP como personal de enfermería, 2 de ellos con el Diploma de Monitor ocupacional, procedentes del Hospital Psiquiátrico, y una Enfermera compartida con el HD de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Los pacientes, en general, mantenían la asistencia en el HD y en el CSM.

La CT, para ingresados las 24 horas, contaba con un Coordinador de enfermería, en turno de mañana, 6 enfermeros a tres turnos, y 8 Auxiliares a tres turnos. Esta organización a turnos hacía que, en la práctica, fuera el Coordinador el que se hacía cargo de todos los pacientes.

Ambos centros compartían un psiquiatra y un psicólogo, como personal clínico. Estaban en barrios diferentes, el Coto y Somió, y contaban con personal de enfermería, programas y objetivos independientes.

Previo a la elaboración del Programa oficial, en el año 2000, se pone en marcha una **“Comisión para temas ocupacional-laborales”**, un **“Programa de Atención a Casos Severos”** y una **“Comisión de Casos Severos”** del Área, con el objetivo de coordinar todos los servicios. En ellas participan profesionales de todos los servicios implicados en la asistencia a estos casos.

El Programa de atención a TMS implicaba varios aspectos fundamentales: delimitar la tipología de pacientes, definir las figuras clave para la asistencia entre los profesionales, terapeuta<sup>22</sup> y tutor<sup>23</sup>, para una asistencia idónea basada en las necesidades del paciente y la relación terapéutica, sustentada en el respeto y reconocimiento del otro como interlocutor con derechos y capacidad, definir las prestaciones que debían ofrecerse, imprescindibles en el tratamiento de las psicosis, establecer las relaciones entre los servicios participantes, mejorar la continuidad terapéutica y definir indicadores para su evaluación. La intervención debía realizarse en el lugar más normalizado,

---

<sup>19</sup> El término "severos" hace referencia a los casos más complejos y con peor evolución entre los "graves", con situaciones personales de afectación importante del funcionamiento personal, familiar y social, en su funcionamiento cognitivo, y relacional con familiares y allegados, y social en cuanto a integración laboral, como se explica en el propio Programa. Posteriormente se generalizó a los casos "graves" lo que pudo contribuir a la indefinición en los criterios de delimitación de pacientes y recursos.

<sup>20</sup> Se consideraba que la capacidad del equipo para atender pacientes simultáneamente en situación clínica propia de un Hospital de Día al uso era un máximo de un paciente.

<sup>21</sup> Casi un 50% de los pacientes eran residentes que habían llegado a ella para descongestionar la UHP del Área en la que se encontraban un tiempo después de ser dados de alta del HPR.

<sup>22</sup> Responsable clínico del caso y de su plan terapéutico individualizado (PTI).

<sup>23</sup> Tutor responsable de caso: Participa en la elaboración del PTI y es responsable fundamental en su ejecución.

esto es, en el más parecido al que se prestan los cuidados sanitarios a cualquier otro ciudadano, respetando el “derecho a ser tratado en el ambiente menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”<sup>24,25</sup>.

Para ello, se constituyó un equipo único, específico, de atención a TMS para englobar el funcionamiento de todos los servicios y profesionales implicados.

El CTI de Montevil abre en el año 2003, con una organización basada en turno de mañana y atención continuada, tarde, noche y 24 horas fin de semana, que permite el trabajo por tutorías (se basa en el mantenimiento de la relación personal sostenida entre paciente y tutor, clave para el cumplimiento del plan terapéutico). Comprobada la eficacia de esta forma de organización, se realiza después el cambio también en la CT de Somió, quedando en horario de mañana 3 enfermos, lo que permitió además completar la dotación de éstos en el Programa facilitando la continuidad entre CTI y CSM.

Quiero señalar brevemente algunos aspectos básicos que debía mejorar con la implantación del Programa TMS y el nuevo Centro de Montevil :

- Existían vacíos en la continuidad terapéutica entre servicios: Las UHP, pensadas para pacientes que presentaran riesgos graves, para sí o para terceros, o para momentos en que, por su estado clínico, necesitaran un alto grado de contención, resultaban inadecuadas para muchos pacientes en los el aislamiento no estaba justificado y para aquellos que, habiendo mejorado la situación inicial, no se daban las condiciones para el alta, por ellos o por el entorno familiar. Ese aislamiento suponía una situación de sufrimiento personal al añadir el un encierro incomprensible y peculiar que no se daba en ninguna otra especialidad médica.
- Tras el alta de la UHP a CSM o a HD, al domicilio en definitiva, se originaban en algunos casos reingresos rápidos, por lo que se consideraban prematuras y acabaron prolongando la estancia más allá de lo aconsejable por motivos clínicos. La derivación a Comunidad Terapéutica, con funciones residenciales muy cronificadas, eran muy infrecuentes.
- El seguimiento del paciente en el CSM y en HD, generaba situaciones confusas cuando no conflictivas para el paciente, lo que sugería la necesidad de no duplicar intervenciones o terapeutas.
- La oferta del HD, como venía funcionando, hacía que muchos pacientes quedaran estancados y cronificados, con terapias ocupacionales que apenas les aportaban más que pasar unas horas con alguna actividad por la mañana.
- Los tratamientos en estas estructuras intermedias (CT y HD) carecían de planes terapéuticos definidos, sin responsable de caso en enfermería y sin objetivos concretos, aparte de los transmitidos en el informe de derivación que podían quedar obsoletos poco después. En cada dispositivo en que se atendía al paciente se acababa decidiendo por su cuenta o retrasándose las decisiones pendientes de acuerdos por depender de varios profesionales. Las intervenciones clínicas solían ser escasas y distantes, muchas veces a petición de enfermería, de forma similar a la del Hospital Psiquiátrico, sin una implicación activa en el tratamiento del paciente ni con la asertividad necesaria.

Por ello, un Equipo único en el Área y la apertura del Centro de Tratamiento Integral (CTI) para atención a los casos más complejos, permitía:

---

<sup>24</sup> Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989.

<sup>25</sup> “PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.” Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991. Adopción: Asamblea General de la ONU. Principio 9.

- Que durante el tiempo de permanencia en el Programa, el paciente fuera atendido por los mismos responsables, **terapeuta y tutor**, que hacen la evaluación inicial y pactan el **Plan Terapéutico Individual (PTI)** con el paciente y la familia, independiente de cuál fuera la necesidad de uso de los recursos, ingresado en 24 horas, en HD, ambulatorio o domicilio.
- Una organización más práctica y eficiente que un solo equipo se hiciera cargo de los pacientes que se incorporaban al Programa y durante el tiempo de permanencia en el mismo, en lugar de varios equipos en varios dispositivos<sup>26</sup>. La nueva organización de enfermería era mucho más eficiente que la anterior, permitiendo asumir más pacientes en mejores condiciones para la asistencia.
- Evita duplicidades y confusiones derivadas y es la forma más eficaz de asegurar la continuidad terapéutica y la realización del tratamiento en el medio menos restrictivo en cada momento del proceso asistencial. La atención en el domicilio se considera residual, cuando no sea posible en otro lugar, por considerar que es el lugar reservado a la vida privada en el que no deberíamos interferir o hacerlo en la menor medida posible.
- La práctica asistencial, independientemente del lugar o tipo de atención recibida, se hacía programada, incluso las consultas en los que acudían a diario o con mucha frecuencia al HD, como el resto de la población atendida, a diferencia de la realizada en el Hospital Psiquiátrico o en algunos equipos o servicios comunitarios que mantenían prácticas similares, en las que no había constancia de intervenciones clínicas durante meses o años.
- El CTI aportaba una estancia que se denominó para “subagudos” que permitía prolongar el ingreso en 24 horas en régimen abierto, hasta poder reincorporarse al domicilio, tras el alta hospitalaria y acortar las estancias en Unidad de Hospitalización de Agudos. Esto permitía además, descongestionar la UHP que tendía a estar sobrecargada.
- Para la estancia en 24 horas se estipuló el objetivo de 45 días de estancia media y 3 meses de estancia máxima, datos que se cumplieron en la mayoría de los pacientes en los primeros años. Si la necesidad de permanencia se alargaba, ésta debía continuar en la CT, en la que el objetivo de estancia podía mantenerse más a largo plazo si las necesidades del paciente, con justificación clínica, la hacían necesaria.
- El equipo permitía ofrecer una cartera de prestaciones mínimas necesarias para el tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis, que incluye atención individual, familiar y grupal, psicoeducación familiar, tratar los déficits cognitivos, los conflictos y dificultades en las relaciones sociales e intervenciones dirigidas a minimizar la afectación derivada de los síntomas positivos de la psicosis, alucinaciones y delirios, que no se resuelven con psicofármacos (fuguran con más detalle en la diapositiva).

Completan el desarrollo del Programa TMS<sup>27</sup> varias acciones más:

- Una Comisión de inserción sociolaboral.
- El Proyecto Prometeo en alternativas en vivienda,
- Taller de cultivo bajo abrigo y un Programa Específico de Ayuda a Domicilio, en colaboración con la Fundación Municipal de Servicios Sociales.

---

<sup>26</sup> De hecho, en las otras Áreas grandes, dispositivos similares, se mantuvieron los equipos y servicios diferenciados y la misma dificultad de coordinación y delimitación de tipología de pacientes. En Oviedo se avanzó en esta organización tras la apertura del CTI de La Corredoria en 2015 pero se retrocedió de nuevo con el cambio de Dirección del Área de SM en 2017.

<sup>27</sup> La implantación del Programa de atención a TMS fue reconocido como ejemplo de buenas prácticas por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en 2009.

- Proyecto de Integración Social con AFESA, financiado por el Ayuntamiento de Gijón, titulado: “Estructuración de la vida diaria, adquisición y desarrollo de hábitos de autonomía y habilidades sociales”.
- Colaboración reglada con AFESA, con reuniones presenciales periódicas y disponibilidad para contactos telefónicos entre ellas.
- Colaboración con asociaciones de usuarios, Hierbabuena, ABA, en temas de interés.

Lo que se pretendía con el Programa y el CTI de Montevil, en definitiva, era que el centro fuera el espacio de referencia para el paciente y familiares, desde donde pudiera organizarse el equipo para ayudar al “ciudadano con derechos” a hacer la vida más normalizada posible dentro de sus posibilidades, ayudándole a mejorarla en habitabilidad, en su casa o facilitándosela, valorando sus capacidades laborales y contribuyendo a su preparación para un empleo (en esos años accedieron a cursos de formación y a empleos más pacientes de Gijón que la suma de todas las demás Áreas, según datos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental).

### Centro de Tratamiento Integral (Montevil). Prestaciones<sup>28</sup>:

#### Subagudos

1. Atención a pacientes NO TMS en estado clínico subagudo en ingreso 24 horas: estado clínico que precisando ingreso, éste no ha de ser en unidad cerrada.

#### Programa TMS

2. Atención a pacientes en estado clínico subagudo en ingreso 24 horas: estado clínico que precisando ingreso, éste no ha de ser en unidad cerrada.
3. Ingresos de 24 horas para pacientes severos hasta tres meses de estancia (renovable tras evaluación).
4. Asistencia diurna para actividades de tratamiento y rehabilitación, según programa de actividades terapéuticas establecidas en su plan terapéutico.
5. Descanso familiar.
6. Tratamiento ambulatorio.
7. Atención domiciliaria.
8. Tratamientos psicofarmacológicos.
9. Atención psicoterapéutica individual.
10. Atención psicoterapéutica familiar.
11. Terapia de grupo para pacientes.
12. Terapia de grupo para familiares (psicoeducación).
13. Terapia dirigida a síntomas positivos persistentes a la medicación antipsicótica: alucinaciones y delirios.
14. Cuidados de enfermería con Tutorías individualizadas.
15. Apoyo individualizado para el seguimiento de los tratamientos correspondientes en Atención Primaria y Especializada.
16. Intervenciones Trabajo Social.
17. Grupos de trabajo de habilidades interpersonales, de AVD y de utilización de recursos sociales.
18. Talleres ocupacionales: Taller, Dibujo, Costura, Expresión Corporal, Psicomotricidad y Relajación, Lectura, Fútbol-sala, Coro, Piscina, Juego de Palabras, Informática, Juegos de mesa, etc.
19. Actividades de apoyo al desarrollo del plan de inserción laboral individualizado.
20. Actividades de colaboración con otras Instituciones implicadas en el Programa: Ayuda a Domicilio, Pisos Tutelados, Recursos formación e inserción laboral, ocupacionales.
21. Actividades de colaboración con Asociaciones de Usuarios (Asoc. Hierbabuena) y Familiares (AFESA) en casos individualizados.
22. Colaboración y coordinación con Fundación Municipal de Servicios Sociales para apoyo en el domicilio

<sup>28</sup> “Tratamiento asertivo comunitario”. José María Fernández Rodríguez. Coordinador Servicios de Salud Mental Área V (Gijón). XVI JORNADAS CONGRESO FEAFES: “ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL: Un Compromiso de Participación”. Cuenca, octubre 2009.



## El Programa de Inserción Sociolaboral de Personas con Trastorno Mental Severo.

Se inicia en septiembre de 2006, sustentado en una Comisión de Área, a la que se derivan todos los candidatos desde cualquier servicio del programa, para valoración de su formación y experiencia laboral y la planificación de un Plan de inserción labotal.

Resumen y resultados de la Evaluación en marzo del 2011<sup>29</sup>:

- 136 personas valoradas hasta marzo de 2011.
- Sus características coinciden con los datos generales respecto a la población afectada por un Trastorno Mental Severo: 89 hombres y 47 mujeres, de edades entre 17 y 50 años, con una media de 34-36 años.
- Perfil de los participantes.

– 93 se encuentran en activo en el proyecto y de ellas 21 están trabajando en la actualidad.  
– los 43 restantes han sido excluidos del mismo por distintas causas: incapacidades físicas, dependencias familiares, incompatibilidades legales, etc. De ellos 13 habían tenido algún tipo de experiencia laboral.

### • Inserción laboral.

Un total de 65 personas empleadas (47.8%) en algún momento durante el tiempo de permanencia en el proyecto e independientemente de la duración o tipo de contrato.

De estas 65 personas:

- 37 (56%) han tenido siempre empleo protegido (27.2% de las 136 personas derivadas) Plan de Inserción Local del Ayuntamiento de Gijón en alguna de sus ediciones, Talleres de Empleo dependientes también del Ayuntamiento, Acciones Complementaria... En la mayoría de los casos enlazando estos contratos.
  - 28 personas (43%) habían conseguido contratos normalizados (20.2% de las 136 personas derivadas): 19 (29.2%) (12% del total) habían conseguido siempre algún contrato de trabajo en empleo normalizado y 9 casos (14.8%) (6.6% del total) intercalando contratos en empleo normalizado con alguno de tipo protegido.
- De estas 65 personas, 51 tuvieron un contrato de duración superior a 6 meses y se mantuvieron en él hasta completarlo o continúan en él.

## Los pisos supervisados, el Proyecto Prometeo.

Un sistema de alojamiento para personas en situación precaria, sin vivienda o en malas condiciones de convivencia familiar, que dificultaban una evolución favorable para personas que presentaban algún trastorno mental grave.

Este trabajo de colaboración entre la Fundación Municipal del Ayuntamiento de Gijón, la Fundación Siloé y la Coordinación de los Servicios de Salud Mental de Gijón (SESPA), se plasmó, a finales del año 2007, en el **“Convenio entre las tres entidades para la puesta en marcha de los pisos de alojamiento temporal dirigidos a personas sin hogar afectadas por una enfermedad mental”**, que, en enero de 2008, abrió los primeros tres pisos en viviendas públicas, de la Consejería de Vivienda que el Consejo de Gobierno había puesto a disposición de los servicios de salud mental para viviendas protegidas (1ª fase<sup>30</sup>). En la actualidad cuenta con otros 10 pisos de alquiler libre (2ª fase).

<sup>29</sup> Datos obtenidos del “PROYECTO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO”, que fue ganador del Premio de la División Médica en la IV Edición de Premios de Calidad Asistencial del Hospital de Cabueñes 2007.

<sup>30</sup> 1ª Fase: Temporal de 6 meses, renovables hasta 18, para entrenamiento en habilidades, previa al paso a una vivienda en alquiler (2ª fase), con apoyos mínimos. Ambas son supervisadas dentro del Proyecto Prometeo de la Fundación Siloé.

Para finalizar este capítulo sobre Gijón, recordar la colaboración de los Servicios de salud mental en los Programas de prevención y promoción de la salud del Ayuntamiento de Gijón, como la serie de programas emitidos durante 3 años, “Educación para vivir”, en colaboración con Salud Pública del Área V y Educación.

Los Centros de Tratamiento Integral (CTI) fueron asumidos por el SESPA como los nuevos servicios a implantar en las Áreas Sanitarias, y así se reflejó en el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016, para el desarrollo del Programa de atención a TMS<sup>31</sup>. Tras el de Montevil, se construyó el de La Corredoria (Oviedo) en 2007<sup>32</sup> y se abrió el de Luarca en 2009. Estos centros promovían una atención integral y centraban los recursos para superar la diversidad de equipos que atendían a una misma tipología de pacientes.

En diciembre de 2008, la doctora Michelle Funk, coordinadora del equipo de desarrollo de políticas y servicios de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Asturias en el contexto de la evaluación de la salud mental para el Plan de Salud Mental 2011-2016, declaró, en rueda de prensa<sup>33</sup>, que “el Principado «tiene muy buena red de salud mental, pero los recursos son insuficientes para atender a toda la demanda», elogió la «desinstitucionalización». Aunque se marcha «con impresiones positivas», dejó sobre la mesa las pautas que deben seguirse para lograr una mayor eficiencia en la red de salud mental: «Hay que fomentar la autonomía del paciente con enfermedad mental» echando por tierra «el enfoque paternalista que aquí existe», y «la Administración debe ofrecer más recursos comunitarios a este colectivo que se traduzcan en más viviendas y oportunidades de empleo». Respecto al Centro de Tratamiento Integral de Montevil, en Gijón, comentó «Es modélico, no tiene parangón», declaró, a nivel mundial y elogió «La alta calidad de sus instalaciones».

**Otros Programas asistenciales** desarrollados en la Red de Servicios de Salud Mental con posterioridad al Plan Estratégico 2001-2003:

- **Programa de Atención Psicosocial a la Mujer** (Oviedo, 2003). En Oviedo, de referencia regional. Posteriormente se extiende con profesionales en Gijón y Avilés, además de en Oviedo.
- **Programa de atención a Trastornos Mentales Graves en Infancia y Adolescencia**, Gijón, 2004, programa ambulatorio de carácter intensivo dirigido a niños y adolescentes (de 0 a 14 años) con trastornos generalizados del desarrollo y psicosis, fundamentalmente, y a sus familiares, que contempla al niño desde una perspectiva integral, trabajando con él, tanto a nivel individual y grupal, como con el entorno (entrevistas familiares, coordinaciones presenciales con entorno escolar y centros de salud). Dotación: psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera especialista en salud mental.

---

<sup>31</sup> Línea estratégica 2. Objetivo General 4: : Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en Salud mental. Desarrollo de la Acción 34. “Reorganización de las Estructuras Intermedias de Atención a 24 horas, para que se adecuen a los requerimientos del Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves/ Severos, siguiendo el modelo organizativo de los Centros de Tratamiento Integral”.

<sup>32</sup> Se abrió en junio del 2015.

<sup>33</sup> <https://www.europapress.es/asturias/noticia-oms-elogia-centro-montevil-dice-asturias-recursos-enfermos-mentales-son-insuficientes-20081212153430.html>; <https://www.elcomercio.es/gijon/20081213/asturias/alaba-salud-mental-pero-20081213.html>; <https://www.elcomercio.es/gijon/20081221/gijon/centro-gijones-referencia-mundial-20081221.html>

- **Programa de Psiquiatría de Enlace** en Oviedo (HUCA, 2005) y de **Salud Mental de Enlace** en Gijón (Cabueñes, 2009).
- En 2007 el **Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis**, dirigido a estados de riesgo y primeros episodios psicóticos, con dos psicólogos clínicos, psiquiatra y enfermería.

Durante los años 2009 y 2010 se desarrolló el Proyecto de Evaluación de la Atención a la Salud Mental y a los Servicios de Salud Mental en Asturias, mediante un Acuerdo de Colaboración establecido entre la Consejería de Sanidad con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que facilita una rigurosa metodología de evaluación implicando a todos los estamentos sociales y sanitarios relacionados con la salud mental en el Principado, y que ha de marcar las prioridades y objetivos estratégicos en Salud Mental. Los resultados de estos trabajos se publicaron como “Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016”, aunque no llegaron al Consejo de Gobierno por lo que no fue aprobado.

Partiendo de ese Plan, de la actualización de los datos de situación general y del análisis de la situación de los servicios de Salud Mental en los años 2013-2014, incluida la situación de crisis económica, se perfilan los objetivos y las actuaciones que, en línea con la Estrategia de Salud Mental del Ministerio y las Directivas y Recomendaciones Internacionales, dan lugar al Plan de Salud Mental 2015-2020 en junio de 2015, que hubo de ser revisado por mandato de la Junta General del Principado en la actual legislatura, habiendo aprobado el Consejo de Gobierno la Actualización del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 en noviembre de 2018.

Prevalencia: Pacientes atendidos en los SSM. Años 2007, 2012 y 2017:

Año	2009 <sup>(1)</sup>	2012 <sup>(2)</sup>	2017 <sup>(3)</sup>
No de personas atendidas <15 años	3.882	3.963	3.886
No de personas atendidas (>15 años)	47.185	50.274	55.182
Total consultas Infanto-juvenil	18.914	20.332	20.362
Total consultas adultos	217.285	241.846	246.391

<sup>(1)</sup> Plan salud mental del Principado de Asturias 2011-2016. Fuente: Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Unidad de Coordinación de Salud Mental.- SESPA.- 2007.

<sup>(2)</sup> Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Fuente: SIAE - SIMPAS. Unidad de Coordinación de Salud Mental.- SESPA.- 2012

<sup>(3)</sup> Actualización del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020.

En España, en el periodo entre 2004 y 2013 hubo un total de 6.725.216 altas hospitalarias en las que alguno de sus diagnósticos era un diagnóstico psiquiátrico. Tras eliminar aquellos ingresos repetidos del mismo paciente durante el mismo año, quedaron 4.947.157 pacientes que ingresaron con algún diagnóstico psiquiátrico al menos una vez en un año<sup>34</sup>.

En los últimos dos años se han incorporado seis Psicólogos Clínicos a otros tantos Centros de Salud de Atención Primaria con el fin de evitar derivaciones de casos leves y moderados a salud mental y para que sean atendidos en los centros de salud además de facilitar una formación y asistencia menos medicalizada. La estrategia, que se enmarca en el desarrollo del Plan de Salud Mental 2015-2020, que preconizaba el incremento de psicólogos clínicos y las prestaciones psicoterapéuticas,

<sup>34</sup> **SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.** Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Economía y Competitividad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. EDITA: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

opta por cortocircuitar las derivaciones para disminuir la medicalización; el objetivo es positivo, pero resulta difícil que se pueda extender a los casi 70 centros de salud de la Atención Primaria asturiana.

Los Planes de Salud Mental recogen aspectos importantes de la situación actual y abogan por continuar impulsando el modelo comunitario y los programas basados en la atención integral que propugna la OMS, en seguir potenciando las prestaciones psicoterapéuticas frente a la medicalización y la “objetización” del paciente que propugna el modelo biológico.

En la segunda mitad de esta legislatura que finaliza, los SSM de Oviedo se retrotraen a su situación en la década anterior, apostando por un reforzamiento del modelo médico-biológico con la reintroducción de la terapia electroconvulsiva (TEC) en los servicios públicos, que había vuelto a ser utilizada esporádicamente desde 2004, tras una campaña de propaganda impropia de un modelo comunitario, organiza la UHP para el desarrollo de ensayos de investigación en nuevos psicofármacos y revierte la organización del Programa de atención TMG/S a su situación de la década anterior.

### **C. Los Derechos.**

El tercer aspecto que pretendía la reforma psiquiátrica, decía al principio, era la democratización de la asistencia y reconocer los derechos civiles de los pacientes con trastornos mentales. Dos temas fundamentales: los tratamientos no voluntarios y la contención mecánica, además de la química sin fines claramente terapéuticos.

Había comentado que en 1983 se introdujo el art. 211 del Código Civil para que los ingresos no pudieran hacerse contra la voluntad del interesado más que con autorización judicial ya que violan derechos fundamentales: el Hospital en el que ingresaba debía dar cuenta al Juez “lo antes posible” y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. Incorporado a la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en el art. 763, fue declarado inconstitucional por Sentencia<sup>35</sup> en 2010, pero dejándolo en vigor hasta la adecuación por el Legislativo, que sigue pendiente. La Ley establece que la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa (art. 758), extermo que no se cumple nunca.

Conforme a esto debió de revisarse la situación en que se encontraban todas las personas ingresadas en los Hospitales Psiquiátricos y debía ser aplicado para los ingresos en las UHP siempre que se trate de un ingreso no voluntario. El cambio legislativo dio resultados aunque determinadas presiones, especialmente por las familias y los medios de comunicación relacionando actos delictivos con personas con trastornos mentales, con la llamada medicina defensiva, fueron influyendo para que se utilizaran cada vez más otros mecanismos como la incapacitación.

El considerar que una persona, “*por razón de trastorno psíquico*” no está en condiciones de decidir por sí misma, tiene consecuencias más allá de la autorización de internamiento, pudiendo ser solicitada la modificación de su capacidad de decidir u obrar (incapacitación), de forma total o parcial para temas de salud, que incluyen tratamiento, y/o asuntos económicos, por familiares, allegados o profesionales, lo que, especificado en sentencia, faculta para realizar un tratamiento involuntario ambulatorio por tiempo indefinido, incluso con la intervención de las fuerzas de seguridad si se niega.

---

<sup>35</sup> STC 132/2010, de 2 de diciembre, (Sala Pleno).

En el año 2006, en Nueva York, la ONU promulga la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**, a la que España se adhiere y la ratifica el 3 de mayo de 2008<sup>36</sup>, con lo que pasó a formar parte del ordenamiento jurídico español.

La Convención, cuyo primer principio es “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”, compromete a España a “Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención”. En su Art. 5, “Igualdad y no discriminación”, “1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna” y “3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables”. En el Art. 12, “Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica”, “...en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida” y ...adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso al apoyo que puedan necesitar. El Art. 14, de la “Libertad y seguridad de la persona”, “Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona”; “b)...y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad”.

El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en su informe de 1 de febrero de 2013, en el apartado “D. Personas con discapacidad psicosocial”, recuerda que La Convención *“prohíbe el tratamiento y el encierro involuntarios por razones de discapacidad, reemplazando así normas anteriores como los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental”*<sup>37</sup> (Principios de 1991”).

El Relator Especial sobre la tortura..., prosigue más adelante, *“ha abordado la cuestión de la reclusión en régimen de aislamiento y declarado que su imposición, cualquiera que sea su duración, a personas que padecen discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano o degradante. Además, toda inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos. Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluida la inmovilización y el régimen de aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicológica, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones de atención psiquiátrica y social. Las circunstancias de impotencia en que se halla el paciente y el trato abusivo de las personas con discapacidad, en el que se recurre a la inmovilización y la reclusión, pueden dar lugar a otros tratamientos no consentidos, como la medicación forzosa y los procedimientos de electrochoque”*<sup>38</sup>.

Todos estos elementos continúan sin hacerse efectivos a día de hoy. La legislación española es garantista en la aplicación del Código Penal, pero no en la aplicación de decisiones médicas a las que se otorga un poder excesivo por no cumplirse en la práctica los mecanismos para rebatirlas o defenderse de ellas. Y seguirá ocurriendo mientras el legislador no tome medidas que hagan que las decisiones no dependan de alguien que no sea el interesado o de aquél a quien éste designe para

---

<sup>36</sup> INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008.

<sup>37</sup> “Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental”, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

<sup>38</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Consejo de Derechos Humanos. Asamblea General Naciones Unidas. 1 de febrero de 2013.

asesorarle o tomarlas en su nombre, no vale un familiar o alguien que pueda tener intereses contrapuestos a los del propio discapacitado, han de tener acceso a defensa jurídica con garantías.

Es de destacar la evaluación que se realizó entre 2008 y 2010, para el Plan de Salud Mental 2011-2016, que incluía la “Evaluación de Derechos Humanos y Calidad en Instalaciones con internamiento”, y la “Evaluación cualitativa de la atención a personas con problemas de salud mental, mediante Grupos focales”. Se desarrolló con la participación de la OMS y parecía un buen momento para que los derechos de los usuarios de SM fueran reconocidos y potenciados, pero en la práctica se vieron pocos cambios y los tratamientos forzados involuntarios, con autorización o coacción, y la contención mecánica, se han hecho demasiado habituales en la práctica asistencial.

Con la legislación comentada se tomaban decisiones que siempre dependían del criterio del Psiquiatra evaluador, cuyos conocimientos se suponen adecuados para decidir sobre la capacidad del evaluado, aunque otra persona podía “hacerse cargo” y librarse. Pero la última modificación del art. 9<sup>39</sup> de la *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente*, en 2015, deja la situación de éste en manos del profesional definitivamente, aunque esté representado por otra persona, cuando dice *“la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible, en cuyo caso los profesionales adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”*.

Esta modificación cierra el círculo y apenas deja opción a actuar contra de la decisión del profesional, que suele ser ratificada por el Juez, sin que se den las garantías procesales que contempla la Ley. Esto significa que el poder del psiquiatra es máximo y puede ser llevado hasta sus últimas consecuencias sin que el interesado ni la familia pueda hacer nada, como ocurrió con el conocido caso de Andreas, que murió de meningitis atada a una cama, con contención mecánica, en la Unidad de Psiquiatría del HUCA en abril del 2017, “sin tener antecedentes personales” en salud mental, ingresada “para estudio” por sus antecedentes familiares<sup>40,41</sup>.

Con posterioridad, en marzo del 2018, el SESPA presenta un “Protocolo de contención de pacientes”, que pretende homogeneizar esta práctica en todos los servicios sanitarios de Asturias, desde situaciones confusionales en ancianos hasta “episodios de agitación” en jóvenes, pero que cuestiona, no solo las recomendaciones de la Convención de Nueva York sino la propia legislación española que debería cambiar de acuerdo con la Convención, y tampoco hace referencia al marco jurídico en que debe situarse, cuando justifica la demora en comunicar a la autoridad judicial más allá de las 24 horas<sup>42</sup> la privación del derecho a la libertad de opción, aparte del propio internamiento no voluntario, que puede inducir a pensar que justifica las prácticas existentes más que “garantizar la seguridad y los derechos de los pacientes”<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> Modificado en la Disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

<sup>40</sup> <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2019/04/19/dos-anos-andreas-paciente-meningitis-murio-atada-cama-huca/00031555667758438342272.htm>

<sup>41</sup> [https://elpais.com/sociedad/2019/04/18/actualidad/1555612101\\_291957.html](https://elpais.com/sociedad/2019/04/18/actualidad/1555612101_291957.html)

<sup>42</sup> “(En caso de no consentimiento se dará parte al juez si se prevé que la medida supere las 24 horas)”. “Protocolo de contención de pacientes”. SESPA. Pág. 19.

<sup>43</sup>

<https://www.asturias.es/porta/site/webasturias/menuitem.6282925f26d862bcbc2b3510f2300030/?vgnnextoid=5c842098a0bf1610VgnVCM1000098030a0aRCRD>

Aunque legislar en esta materia siempre puede conllevar un riesgo de incrementar el estigma, como algunos afirman, es fundamental modificar la legislación actual para preservar los derechos constitucionales de las personas a las que se atiende por un supuesto o confirmado trastorno mental.

Esta situación ha llevado a la ONU a reiterar a España, en el **Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, 9 de abril de 2019**<sup>44</sup>, a modificar su legislación para adecuarla a los principios que defiende la Convención. Extraigo algunas recomendaciones contenidas en el informe emitido:

***“Principios y obligaciones generales (artículos 1 a 4)***

*6. Al Comité le preocupa: El incumplimiento de la Convención y del modelo de derechos humanos de la discapacidad en varias legislaciones y políticas nacionales, regionales y municipales. Le preocupa que este incumplimiento (de la Convención) de lugar a la confianza en las clasificaciones de modelos médicos que clasifican a las personas en función del diagnóstico y excluyen el amplio alcance proporcionado en la Convención que reconoce las discapacidades en relación con el deterioro y las barreras en el entorno social, especialmente en lo que respecta a la discapacidad psicosocial. Al Comité también le preocupa:*

*a) El predominio de un enfoque paternalista y la falta de disposiciones basadas en los derechos humanos en los sistemas de salud mental, así como de estrategias explícitas destinadas a garantizar su protección contra la discriminación y los malos tratos;*

*d) Falta de capacitación para profesionales en los campos de la educación, la salud y el poder judicial, entre otros, para concienciar sobre los derechos de las personas con discapacidad y las normas consagradas en la Convención.*

*7. El Comité recomienda que el Estado parte:*

*(b) Diseñe e implemente una política centrada en garantizar el pleno respeto de los derechos de las personas con discapacidades psicosociales, asegurando que las disposiciones basadas en los derechos humanos se apliquen en los sistemas de salud mental.*

***Toma de conciencia (art. 8)***

*14. El Comité está preocupado por:*

*(b) La continua estigmatización de las personas con discapacidades psicosociales a través de los medios de comunicación y de las industrias farmacéuticas como peligrosas para la sociedad;*

***Igual reconocimiento ante la ley (art. 12)***

*22. Al Comité le preocupa que el Código Civil del Estado parte prevea la privación de la capacidad jurídica de una persona por motivos de discapacidad y mantenga la decisión sustitutiva.*

*23. El Comité recomienda al Estado parte que derogue todas las disposiciones legales discriminatorias con miras a abolir totalmente los regímenes sustitutivos de toma de decisiones, reconocer la plena capacidad jurídica de todas las personas con discapacidades e introducir mecanismos de toma de decisiones con apoyo que respeten la dignidad, la autonomía, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad.*

***Libertad y seguridad de la persona (art. 14)***

*26. El Comité observa con preocupación:*

---

<sup>44</sup> Celebrado en Ginebra los días 18 y 19 de marzo de 2019.

<http://www.convenciondiscapacidad.es/2019/04/10/observaciones-finales-sobre-los-informes-periodicos-segundo-y-tercero-combinados-de-espana-del-comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-9-de-abril-de-2019/>

*(a) Que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil siga permitiendo que las personas con discapacidad psicosocial sean sometidas a medidas involuntarias en instituciones donde se les puede privar de su libertad y ser sometidas a tratamientos médicos forzados y medidas mecánicas de contención;*

*(b) Que el uso de medicamentos se imponga a personas con discapacidades psicosociales como requisito para acceder a los servicios de apoyo psicosocial y vivienda;*

*(c) La falta de conciencia por parte de los profesionales de la salud sobre las obligaciones derivadas de la Convención, lo que conduce a la justificación perjudicial de la institucionalización forzosa y el uso de medidas mecánicas de contención como "medidas terapéuticas";*

**27. El Comité recomienda que al Estado parte:**

*(a) Revisar o revocar todas las disposiciones jurídicas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a fin de prohibir la institucionalización y el tratamiento forzoso por motivos de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivos de salud mental se basen en los derechos humanos;*

*(b) Eliminar el requisito del uso de medicamentos psiquiátricos para acceder a servicios de apoyo psicosocial y a servicios relacionados con la vivienda;*

*(c) Proporcionar a los profesionales de la salud mental programas de capacitación y sensibilización sobre los derechos de las personas con discapacidad y las obligaciones consagradas en la Convención que hayan sido elaborados en consulta con organizaciones de personas con discapacidad;*

**Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15)**

**29. Al Comité le preocupa:** *Que el artículo 9 de la Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente, y el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, permitan el uso de medidas de contención física, mecánica y química contra personas con discapacidad psicosocial, que incluyen, entre otras, medicación forzosa y sobremedicación, terapia electroconvulsiva u otros tratamientos sin consentimiento libre e informado. El Comité también está preocupado por los informes sobre el uso intencional e indebido del consentimiento forzoso como consentimiento informado, en la práctica, en el Estado parte.*

**30. El Comité recomienda que el Estado parte:**

*(a) Elimine el uso de formas de contención por motivos relacionados con la discapacidad en todos los lugares;*

*(b) Asegure el consentimiento libre e informado en todos los procedimientos y etapas del sistema de salud mental;*

*(c) Adopte medidas inmediatas para erradicar cualquier trato cruel, inhumano o degradante contra las personas con discapacidad;*

*(d) Establezca, con la participación igualitaria y activa de organizaciones representativas de personas con discapacidades psicosociales, un mecanismo independiente basado en los derechos humanos que se encargue de monitorear las instalaciones y servicios de salud mental en todas las comunidades autónomas."*

De ahí que prácticas como la "contención mecánica como terapéutica" o el electrosock, deban ser replanteadas y sustituidas por otras más adecuadas a la situación jurídica española, como ya ha ocurrido en otros lugares, así como las de modificación de la capacidad de decidir y obrar mediante la práctica de la tutela o la curatela, a las que se recurre en ocasiones por los equipos para imponer tratamientos, incluso en el domicilio y a largo plazo, en alianzas perversas de los profesionales en ocasiones, bien con el supuesto de evitar ingresos, bien para fomentar una adherencia a los tratamientos, impulsada por las recomendaciones de la industria farmacéutica, aunque no exista riesgo para él o para terceros en términos de la legislación actual.



Como resumen de este capítulo, podemos afirmar que han variado las formas pero han vuelto prácticas que se pretendían erradicar con la reforma psiquiátrica y que, en la actualidad, es muy dudosa su legalidad.

## 2. LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS.

Las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y del comportamiento son producto del consenso entre profesionales para tratar de llamar de la misma manera a lo que se observa en personas que se diferencian de “lo normal” en comportamientos, percepciones o sensaciones.

A finales del siglo XIX se produjeron los primeros intentos de clasificación de las observaciones sobre las personas que estaban ingresadas en centros psiquiátricos o instituciones asilares. En el último cuarto de siglo XIX<sup>45</sup> y primeros años del XX, fundamentalmente por E. Kraepelin, se describen las primeras entidades clínicas basadas en observaciones de muchos pacientes, dando origen a la primera clasificación descriptiva, iniciando así la época “científica” de la psiquiatría.

No obstante, la influencia del psicoanálisis a finales del s. XIX y, sobre todo, en primera mitad del XX, que intenta entender la construcción psicógena de los síntomas, deja en segundo plano el interés por los diagnósticos.

En las primeras décadas del siglo XX se había ido perfilando la Lista Internacional de Causas de Defunción. En 1948, la Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción y la Primera Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Reglamento Nº 1 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y procedió a la edición del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, la Sexta Revisión que constituyó el comienzo de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales, al aprobar una lista completa para la codificación de la mortalidad y morbilidad, recomendando un amplio programa de cooperación internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud.

En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica el primer DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) como una adaptación de la CIE-6 para uso de los psiquiatras americanos, igual que los DSM-II, 1968, de la CIE-8, 1965, y algunos otros países prepararon adaptaciones nacionales.

En los años 50 se publican los primeros trabajos (1952) sobre los efectos de la Clorpromazina en el tratamiento de las psicosis y significa el nacimiento de la psicofarmacología.

Con los neurolepticos, en los años siguientes, muchos pacientes salen los Hospitales Psiquiátricos y pueden seguir un tratamiento en su medio comunitario. Además en Europa, distintas iniciativas intentan modificar el funcionamiento de las viejas instituciones, la asistencia que se practicaba y la consideración social de los afectados. La Comunidad Terapéutica en Inglaterra, la Psiquiatría de Sector en Francia, la Desinstitucionalización del movimiento antipsiquiátrico en Italia, son movimientos de cambio en la concepción de la salud mental y la asistencia.

La decadencia de la influencia del psicoanálisis a mediados del s. XX y la vuelta al interés por los diagnósticos, que coincidía con el surgimiento de una nueva corriente de orientación más biológica

---

<sup>45</sup> Ewald Hecker, la Hebefrenia, 1867, y Parafrenia, 1868; Kahlbaum, Catatonía, 1863; y sobre todo Emil Kraepelin (1856-1926), la “demencia precoz”, la “demencia paranoide” y la “enajenación maniaco-depresiva”.

conocida como neo-Kraepelinismo y la extensión del uso de los primeros psicofármacos que estimulaba su investigación, contribuyeron al DSM III en 1980<sup>46</sup>.

La CIE-9, 1975, ya había diferenciado la clasificación por especialidades, y el DSM III pretendía una clasificación que acercara a la psiquiatría al resto de especialidades médicas.

Varios elementos contribuyeron al auge de los diagnósticos:

- La creencia de que si los nuevos tratamientos eficaces se utilizaban siguiendo algunos “marcadores” validarían los diagnósticos que, a su vez, permitirían tratamientos más adecuados.
- El progreso de la psicofarmacología y de la investigación biológica al lograr replicar los resultados de la investigación eligiendo muestras homogéneas de pacientes.
- La aprobación de nuevos medicamentos por la FDA<sup>47</sup> requería que fuera demostrada su eficacia para tratar diagnósticos específicos de acuerdo al DSM, cuyos criterios eran un requisito para la publicación en revistas especializadas, lo que constituye la base de la medicina basada en pruebas o medicina basada en la evidencia.
- Razones económico-políticas: la Psiquiatría Comunitaria y la progresiva implantación de la seguridad social en la atención al “enfermo mental” llevaron a muchos pacientes a los hospitales generales y contribuyó a que médicos generales y psiquiatras trataran y medicaran a estos pacientes en consultas externas.
- Los administradores de fondos de pensiones de invalidez y los jueces requerían diagnósticos precisos de los peritos psiquiatras.
- La inclusión de los enfermos psíquicos en el sistema sanitario general llevó a un mayor acercamiento al llamado “modelo médico”<sup>48</sup>.
- Por todo ello, los diagnósticos debían ser más precisos y fiables, en un momento en que una nueva generación de psiquiatras biologicistas entró a la cabeza de los departamentos de Psiquiatría de las Universidades de Estados Unidos, sustituyendo a los de orientación psicoanalítica. La eficacia de los medicamentos, a su vez, producían beneficios a las industrias, quienes con un marketing eficaz los promocionaban ante los médicos e influían en que algunas etiquetas diagnósticas se afianzaran<sup>49</sup>.

La riqueza de las contribuciones a la psiquiatría y la psicología se iba concretando en dos formas de hacer en la práctica:

1. La psiquiatría biologicista, que confía su base “científica” a supuestas hipótesis orgánicas, muchas de ellas relacionadas con la explicación del funcionamiento de los psicofármacos que la industria va sacando al mercado, e intentos de explicación de las “enfermedades mentales” que se estimulan con las clasificaciones clínicas. En ellas la consideración del paciente es secundaria.
2. El movimiento de desinstitucionalización, que atribuye la etiología de los trastornos mentales a factores ambientales y sociológicos, que, sin renunciar a los psicofármacos, pretende desmontar parte de los mitos del anterior, que busca cerrar las instituciones totales, reconociendo los derechos de los afectados y cambiar las formas de la práctica

---

<sup>46</sup> DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Cap. Análisis y controversias. Sonia JerezC. y Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014.

<sup>47</sup> Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

<sup>48</sup> Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. José Guimón. OMEditorial, 2014.

<sup>49</sup> Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. José Guimón, OMEditorial, 2014.

clínica dando cabida a las psicoterapias y apoyando una práctica más humanista, que cristaliza en el movimiento de Psiquiatría Comunitaria.

La CIE-10, que se empezó a usar en 1994 y el DSM-IV, publicado ese mismo año, fueron bastante similares, con un aumento de la dominancia del modelo de clasificación psicopatológico establecido por el DSM-III. Se basaban en el modelo biológico que mantiene que los trastornos psiquiátricos son verdaderas enfermedades y deben ser diagnosticadas como tales, pero la definición de enfermedad psíquica no fue bien formulada, diferenciándose los términos de “enfermedad” y “trastorno” mental.

En 2013 fue publicado el DSM-5 de la APA que, al eliminar la clasificación multiaxial, se acerca a la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11<sup>50</sup>), que la OMS publica el 18 de junio de 2018, será presentada en la Asamblea Mundial de la Salud de 2019 y entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

Para los autores, a pesar del avance en las neurociencias, se descartó la incorporación de los hallazgos actuales al DSM-5 por no tener base suficiente y porque los procesos biológicos en que deben basarse los diagnósticos psiquiátricos son, por el momento, desconocidos. Mientras se descubren marcadores específicos, las categorías deben basarse provisionalmente en la observación clínica, en signos y síntomas, curso clínico, pronóstico y respuesta al tratamiento. Esto hace pensar que se trata de una clasificación en transición, pero que aún así representa la mejor alternativa disponible en este momento para cumplir los múltiples fines que se propone (clínicos, de investigación, salud pública, médico legales, etc.).

La CIE-11 contiene dos nuevos capítulos, uno sobre medicina tradicional y otro sobre salud sexual, en el que se incluye afecciones que anteriormente estaban clasificadas en otras secciones (por ej. la “Discordancia de género”, se añade el trastorno del videojuego a la sección relativa a trastornos de adicción. La adicción a Internet se ha pospuesto.

Se han señalado la existencia de 5 cambios mayores durante la evolución del DSM que han influido en la medicalización de forma importante:

1. Cambio teórico en la conceptualización de los trastornos mentales desde un modelo biopsicosocial a uno médico y basado en la investigación.
2. Desarrollo de un sistema diagnóstico multiaxial, en el DSM-IV, abandonado en el DSM-5 para acercar la clasificación a otras especialidades de la medicina, resultando más reconocible para otros médicos no psiquiatras al parecerse más a otras especialidades.
3. La inclusión de nuevos trastornos y la expansión de muchos de los ya existentes hasta difuminar los límites con las conductas normales patologizándolas. En una revisión de la prevalencia de TEA en algunos estados de EEUU entre los años 2002 y 2006 se produjeron el doble en algunos de los diagnósticos, aunque el cambio del mismo no fue el único factor que intervino<sup>51</sup>.
4. Una reorganización de los trastornos en categorías amplias, discretas, con la aparición de nuevos trastornos y la eliminación de otros.

---

<sup>50</sup> CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad,

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2f%2fentity%2f274880002>

<sup>51</sup> Aumento de la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: una revisión teórica. Fortea Sevilla, MS y otros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.1, 2013. ISSN: 0214-9877.

5. Un paradigma neo-Kraepeliniano que refuerza la orientación descriptiva, somática, con una acentuación del modelo médico.

Las últimas ediciones DSM han ampliado el número de entidades nosológicas que incluyen; uno de sus principales problemas es la elevada comorbilidad, es decir, la elevada frecuencia con la que un paciente cumple criterios para más de una de las entidades definidas.

El criterio de “significación clínica” introducida en el DSM-III, que mantiene el DSM-5, no tiene soporte empírico. El criterio “clínicamente significativo” es impreciso y no se puede medir de una manera estandarizada por lo que es muy subjetivo, limitando la validez de la evaluación de los síntomas psiquiátricos al momento de hacer el diagnóstico de trastorno mental.

Uno de los mayores problemas que se han señalado al DSM-5 es el riesgo del sobrediagnóstico. El National Institute of Mental Health (NIMH) estima que, en un año, el 25% de la población de Estados Unidos cumple los criterios para ser diagnosticado de un trastorno mental. Estudios prospectivos encuentran que en 32 años el 50% de la población general puede ser diagnosticada de un trastorno de ansiedad, un 40% de depresión y un 30% de abuso o dependencia de alcohol.

Por otra parte, el DSM-5 “se basa en las recomendaciones de expertos, con amplia experiencia en investigación, que suelen estar sesgados por la necesidad de detectar los casos falsos negativos, pero menos sensibilizados con los falsos positivos que reciben diagnósticos, tratamientos y estigmatización innecesarios, ignoran o no valoran la magnitud de los efectos de sus decisiones en el mercadeo de la industria farmacéutica, la asignación de los gastos de salud, el mal uso forense de los diagnósticos y otras repercusiones prácticas de la clasificación”<sup>52</sup>.

No se han hecho suficientes estudios de campo que evalúen la confiabilidad para evitar falsos positivos, habiéndose comprobado que los que se hicieron para el DSM IV, habiendo sido más rigurosos, y no pudieron evitar las “falsas epidemias de déficit atencional y de trastornos ansiosos y bipolares”<sup>53</sup>.

La difusión de los límites entre patología y normalidad lleva a la inflación diagnóstica. Muchas fluctuaciones del estado de ánimo son consideradas como trastorno bipolar, la impulsividad y la tendencia a la distracción como déficit atencional y la tendencia a preocuparse en exceso como trastorno de ansiedad generalizada. El estimular a los clínicos para diagnosticar tales condiciones como trastornos mentales habría llevado a un creciente número de diagnósticos falsos positivos, lo que lleva consigo el peligro de la medicación innecesaria.

Un problema más de los diagnósticos en psiquiatría, señalado ya por Armando Alonso en 2007, es la carencia de confiabilidad, ya que “muchos estudios han mostrado que distintos psiquiatras sólo concuerdan en un 30 a un 50% de las veces en los diagnósticos específicos, aún cuando sus juicios se basen en la misma entrevista”<sup>54</sup>.

El aumento de los trastornos mentales puede deberse a un mejor conocimiento de los mismos, pero también se han argumentado otras razones que pueden tener mucho peso:

- las modas diagnósticas como responsables de varias epidemias de trastornos psiquiátricos;

---

<sup>52</sup> DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Dr. Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014. Pág. 60.

<sup>53</sup> Idem.

<sup>54</sup> Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. Armando Alonso Álvarez. 25/05/2007. <http://psiqu.com/2-13815>; <https://psiquiatria.com/todas/valoracion-critica-de-las-actuales-clasificaciones-de-los-trastornos-mentales/>

- los umbrales demasiado bajos para diagnosticar como un trastorno mental;
- presiones de la industria farmacéutica y su interés en aumentar los diagnósticos y los tratamientos farmacológicos asociados;
- los diagnósticos basados en consensos acerca de la agrupación de síntomas clínicos sin ninguna medición objetiva, lo que, para el Director del mayor Instituto de investigación a nivel mundial, el Nacional Institute of Mental Health (NIMH), es la principal debilidad del DSM-5 por su falta de validez, que puede hacer que este Instituto reoriente la investigación, apartándose de las categorías del DSM.
- Internet y los medios de comunicación, como propagadores de la moda de los trastornos mentales difundiendo, por ejemplo, trastornos reales o imaginarios de las celebridades.

Algunas novedades en el DSM-5<sup>55</sup> que pueden llevar al uso excesivo de fármacos:

- Trastorno por atracones, puede aumentar el número de consultas y derivaciones de personas que comen en exceso, se cree que incluirá un 6% de la población general.
- Trastorno disfórico premenstrual, genera controversia por el posible manejo farmacológico que implica un diagnóstico nuevo, explicado probablemente por cambios hormonales fisiológicamente normales, con prevalencias medias del 5% en la población general.
- Trastorno Neurocognitivo menor, que pretende detectar e intervenir precozmente para prevenir o retardar la progresión de una demencia incipiente, que incluirá alrededor del 13,5% de la población general.
- “Síndrome de Psicosis Atenuada, incluido en la Sección III del manual por su situación nosológica incierta, que presenta una alta tasa de falsos positivos en estudios realizados, con el consabido riesgo del etiquetamiento y el uso inapropiado de antipsicóticos, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.”
- Desaparecen las denominaciones de esquizofrenia clásicas, hebefrenia, paranoide, catatónica, indiferenciada y simple, también en la CIE-11, y se sustituyen por dimensiones sintomáticas: positivos, negativos, afecto, desorganización, motor y cognitivo.
- Los Trastornos somatomorfos se cambian por “Trastornos por síntomas somáticos”. “Se han eliminado los diagnósticos de Trastorno de somatización, Hipocondriasis, Trastorno por dolor y el Trastorno somatomorfo indiferenciado”, “lo que puede etiquetar como enfermos mentales a muchos individuos con enfermedades médicas que manifiesten una preocupación y sufrimiento más allá de lo esperable”.
- Se ha eliminado el criterio de exclusión del duelo para poder diagnosticar un episodio depresivo, lo que puede llevar a la medicalización y patologización de la experiencia humana normal del duelo.<sup>56</sup>

En términos del Profesor José Guimón, “toda descripción encaminada a situar un objeto en una clasificación es reductora. El diagnóstico y la clasificación conllevan sucesivas pérdidas de información”<sup>57</sup>. Cuanto más te centras en el diagnóstico más te alejas del sujeto y menos empatizas con él.

El mismo José Guimón decía que “La pertenencia a una clase en una nosología debería, siguiendo las concepciones biologicistas, como mínimo, darnos informaciones en relación con la etiología, la patogenia, la terapéutica o el pronóstico de una enfermedad. Desafortunadamente, es bien sabido

<sup>55</sup> Luis Fernando Muñoz, Luis Eduardo Jaramillo. DSM-5: ¿Cambios significativos?. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 2015; 35 (125), 111-121. Pág. 114.

<sup>56</sup> DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Dr. Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014.

<sup>57</sup> Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. José Guimón. OMEditorial, 2014.

que, en psiquiatría, una etiqueta diagnóstica suele tan sólo informar acerca de un síntoma o de un conjunto de síntomas, más o menos correlacionados, que se presentan en un paciente.”<sup>58</sup>

Para Jerez y Silva, 2014, no podemos obviar la consideración de la existencia de diversas maneras de entender lo que se considera un trastorno mental<sup>59</sup>:

- “Una primera aproximación supone la existencia de entidades que poseen existencia real, la que es posible llegar a conocer mediante la investigación científica. Aunque esa fue la opinión predominante dentro de la psiquiatría biológica hasta hace pocos años, hoy es vista como una forma engañosa de reduccionismo. A medida que han progresado las neurociencias, se ha hecho evidente la enorme complejidad del funcionamiento cerebral”.
- “Una segunda perspectiva considera, desde un punto de vista epistemológico, que los trastornos mentales solo constituyen construcciones heurísticas útiles. Este es el punto de vista actualmente predominante entre los investigadores biológicos. Por ejemplo el prototipo “esquizofrenia” describe un grupo heterogéneo de trastornos, con múltiples determinantes genéticos, que provisoriamente son considerados como una sola entidad”.
- “Un tercer punto de vista sostiene que los trastornos mentales son constructos sociales”. Este es el punto de vista de la antipsiquiatría y la psiquiatría social.
- “Una cuarta aproximación adopta una perspectiva pragmática. Considera que la definición de trastorno mental está sujeta a los fines que desea servir. Los trastornos mentales solo son construcciones útiles, las enfermedades mentales<sup>60</sup> no serían entidades reales e independientes, con límites claros. Sólo a futuro, en la medida en que se conozcan verdaderas etiologías, será posible establecer verdaderas enfermedades”<sup>61</sup>.

Podemos decir, por tanto, que la psiquiatría no ha sido capaz de desarrollar ninguna prueba de laboratorio objetiva para uso clínico porque el desarrollo actual de dichas pruebas está basado en criterios superficiales (síntomas) y no en la estructura causal explicativa subyacente. Por consiguiente, es difícil obtener progresos basándose en un sistema diagnóstico descriptivo<sup>62</sup> y probablemente erróneo.

Ejemplos de controversias en diagnósticos son fáciles de encontrar: por ej. en los del espectro del trastorno autista y los TDAH en niños, ahora también en adultos: en ambos casos se ha hablado de epidemias de sobrediagnósticos.

Para Daniel Comín, experto en autismo, hay varias razones que influyen en el sobrediagnóstico de Autismo<sup>63</sup>:

1. Falso positivo: un niño que a edad temprana da puntuaciones en las escalas que se utilizan para diagnosticarlo pero que antes de los 6 años ya no.
2. Factores socioeconómicos que influyen: en EE.UU. tiene más derechos en el acceso a programas de atención que si tienes dificultades de aprendizaje solamente.

---

<sup>58</sup> Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. José Guimón, 2014.

<sup>59</sup> Sonia Jerez C.1 y Hernán Silva I. Cap. “DSM-5. Análisis y controversias”. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Dr. Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014.

<sup>60</sup> OMS: la definición de enfermedad es la de una “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

<sup>61</sup> DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Dr. Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014.

<sup>62</sup> Sonia Jerez C.1 y Hernán Silva I. Cap. “DSM-5. Análisis y controversias”. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Dr. Hernán Silva I. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría. Suplemento nº 1, marzo 2014.

<sup>63</sup> Daniel Comín, “No todo es autismo, revisando la epidemia diagnóstica”, en *Autismo Diario*, 14 septiembre, 2018. <https://autismodiario.org/2018/09/14/no-todo-es-autismo-revisando-la-epidemia-diagnostica/>

3. Diagnóstico por similitud.
4. Falta de conocimiento por el emisor del diagnóstico.

En una entrevista publicada el 1 de febrero de 2017, José Luis Pedreira, Pediatra y Psiquiatra, decía, “Entre el 50 y el 60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tiene. Hay conductas normales en niños de determinada edad que a veces están muy exageradas y que producen síntomas desagradables de adaptación, pero no todo niño que responde a esto tiene TDAH. Con certeza, se puede decir que 1 de cada 3 niños diagnosticados sufre esa enfermedad. Por ejemplo, en una clase de 30 niños, no debería haber más que un caso, y resulta que hay 4, 5 o 6 que toman fármacos”<sup>64</sup>.

### 3. LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 decía que, a pesar de la confianza que la población manifestaba hacia los servicios sanitarios en España, un porcentaje sustancial de personas que padecen trastornos mentales no consulta con los servicios sanitarios y si consulta no recibe tratamiento. Solo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de los que padecen ambos trastornos consultaron con dichos servicios y el 31% de ellos no recibieron tratamiento. El 4% de personas que consultaron no padecían un trastorno mental. Las mujeres utilizaron los servicios sanitarios el doble que los hombres. El tratamiento suministrado más frecuentemente fue el farmacológico, solo o en combinación con alguna intervención psicológica. El profesional sanitario más consultado para todos los trastornos mentales fue el psiquiatra, solo o junto al médico de familia, excepto si la ansiedad estaba presente en cuyo caso se consultó más frecuentemente a este último.

Según los resultados del estudio ESEMeD-España<sup>65</sup>, 2001-2002, “la utilización de fármacos psicotrópicos en la población general española es frecuente y sin embargo muchos individuos con trastornos mentales no los toman. Aproximadamente el 16% de la población española ha consumido algún psicofármaco, siendo los más consumidos las benzodiazepinas y derivados (11,4%) y en segundo lugar los antidepresivos (4,7%). Las mujeres consumen el doble que los hombres y la probabilidad de tomarlos se incrementa con la edad, disminuyendo con el nivel de educación. Se halló una escasa relación entre el tipo de trastorno mental padecido y el fármaco psicotrópico consumido. Este dato es especialmente relevante en el grupo de individuos afectados por algún trastorno del estado de ánimo que recibieron ansiolíticos con una frecuencia casi dos veces superior a la de antidepresivos. De acuerdo a los datos facilitados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre el consumo de medicamentos, el incremento de la dosis por habitante y día, en el periodo de estudio de 2006 a 2008, ha sido del 11.8% en antidepresivos, del 9,2% en antipsicóticos y del 6,8% en ansiolíticos”<sup>66</sup>.

Recoge la Estrategia mencionada que “la mayor parte de las CC.AA. han desarrollado planes para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y también para disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, todo ello siguiendo los criterios del uso racional del medicamento”. En

---

<sup>64</sup> <https://www.nuevatribuna.es/articulo/salud/50-60-ninos-diagnosticados-tdah-no-tienen/20170201101553136239.html>

<sup>65</sup> European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). El estudio ESEMeD-España es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años. Se excluyó de la población de estudio a las personas institucionalizadas (individuos que residían en prisiones, hospitales, hoteles u otras instituciones) y a las que no hablaban español. El estudio es transversal y el trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002.

<sup>66</sup> Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013, pág. 44.

Asturias, la implantación de la Gestión Clínica en los 2010-2011 supuso un intento positivo en este sentido, que se mantuvo hasta el 2015.

El periódico La Vanguardia publicaba este titular el 22/01/2018<sup>67</sup>: “Estudio revela que solo el 10% pacientes con ansiedad recibe terapia adecuada”.

Entre 2000 y 2007<sup>68</sup>, el consumo español de ansiolíticos fue un 37% superior a la media europea con una tendencia creciente. Un estudio sobre el Consumo español respecto del consumo europeo (2000-2015)<sup>69</sup> de los tres grupos de psicofármacos, ansiolíticos, hipnótico-sedantes y antidepresivos, en relación con la media del consumo europeo de los países de la OCDE durante ese periodo, “confirma la tendencia creciente, respecto al resto de Europa, en el consumo de los tres grupos de psicofármacos detectado en el periodo 2000-2007. Especialmente notable ha sido el crecimiento del consumo de ansiolíticos que multiplica en 2015 casi por 2,5 el consumo medio europeo”. La figura siguiente (Fig. 1) muestra la evolución de los tres grupos en España con respecto a la media europea en todo el periodo 2000-2015, el consumo español de hipnóticos y sedantes supera claramente la media europea desde 2010 y llega en 2015 a un 37% por encima del europeo. El consumo de antidepresivos ya superaba la media en 2006 y en 2015 se sitúa casi un 20% por encima de la media.

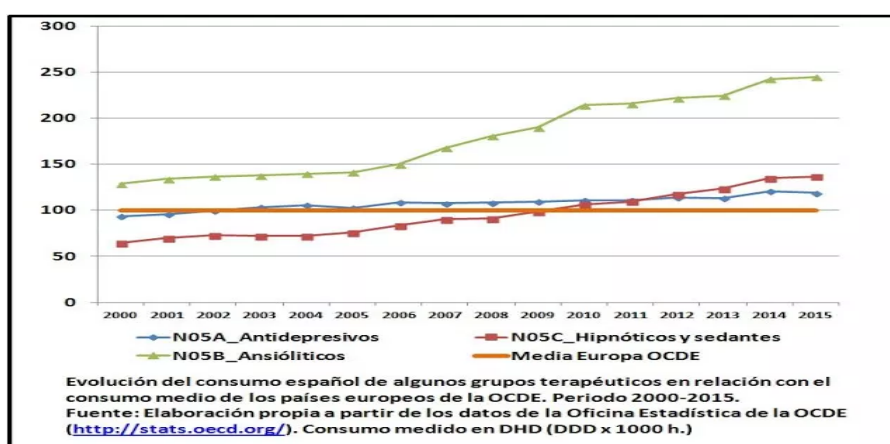


Fig. 1. Tomado de **Uso de psicofármacos en España y Europa (2000-2015)** // Juan Simó

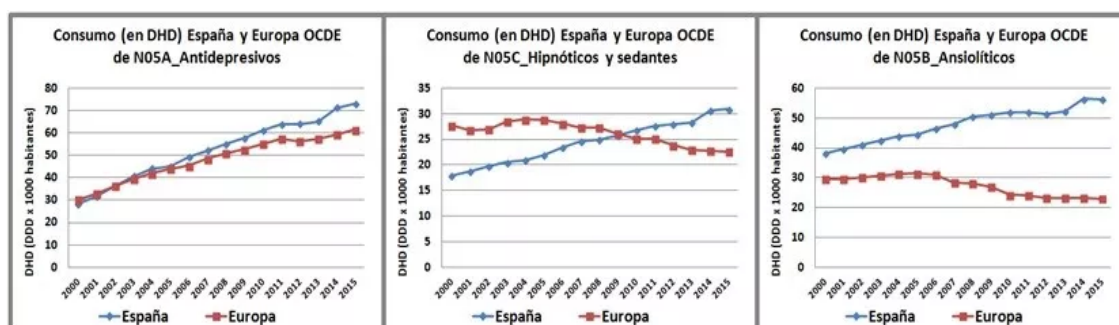


Fig. 2. Tomado de **Uso de psicofármacos en España y Europa (2000-2015)** // Juan Simó

<sup>67</sup> [https://www.lavanguardia.com/vida/20180122/44213895423/estudio-revela-que-solo-10-pacientes-con-ansiedad-recibe-terapia-adecuada.html?facet=amp&\\_\\_twitter\\_impression=true](https://www.lavanguardia.com/vida/20180122/44213895423/estudio-revela-que-solo-10-pacientes-con-ansiedad-recibe-terapia-adecuada.html?facet=amp&__twitter_impression=true)

<sup>68</sup> “Utilización de medicamentos en España y en Europa”. Juan Simó Minana. Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de salud Rochapea, Pamplona, España. 2011. 0212-6567/\$ – see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilizacion-medicamentos-espana-europa-S0212656711004082>

<sup>69</sup> Las tablas son tomadas de “Uso de psicofármacos en España y Europa (2000-2015)” // Juan Simó, abril 2018. <http://saludinerop.blogspot.com/2018/04/uso-de-psicofarmacos-en-espana-y-europa.html?m=0#more>



La figura 2 muestra cómo el de antidepresivos, en todo el periodo de estudio, crece más que la media en Europa; los hipnótico-sedantes, y en especial los ansiolíticos, crecen contra la tendencia en Europa, que, como advierte en las conclusiones el mismo estudio, es lo más preocupante.

Hay diversos estudios en AP en los que se comprueba que esta situación se podría revertir: uno, sobre la eficacia de intervenciones realizadas en AP sobre el uso de Benzodiazepinas a largo plazo, concluye que las intervenciones fueron efectivas en el cese del uso de BZD; la mayoría de los pacientes que los suspendieron mantenían la abstinencia a los 3 años y esa interrupción no tuvo un efecto significativo sobre la ansiedad, la depresión o la calidad del sueño<sup>70</sup>.

Lamentablemente, las recomendaciones, en uso racional de medicamentos, sobre la prescripción de benzodiazepinas y las limitaciones en su uso para evitar los riesgos del consumo, dependencia, afectación de memoria, riesgo de caídas, no son tenidas en cuenta en general.

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año.

La OMS, en 2013, recomienda, en estos casos, ofrecer un tipo de apoyo psicosocial básico que abarca los primeros auxilios psicológicos, la gestión del estrés y la ayuda a los afectados para enseñarles métodos de afrontamiento positivos y posibilidades de apoyo social, o reforzarlos en su caso. Ante los afectados por el trastorno de estrés postraumático, “debe considerarse la posibilidad de derivarlos para que reciban tratamiento avanzado, como por ejemplo terapia cognitivo-conductual o una nueva técnica conocida como desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Estas técnicas ayudan a las personas a atenuar los recuerdos vívidos, reiterados y no deseados de eventos traumáticos”.

Además, advierte “al personal de atención primaria frente a algunos tratamientos demasiado corrientes como las benzodiazepinas, fármacos contra la ansiedad, que deben evitarse para aliviar los síntomas de estrés traumático agudo y los problemas de insomnio durante el mes siguiente al evento potencialmente traumático”. “No hay datos”, dice la OMS, “que demuestren que las benzodiazepinas alivien los síntomas de estrés postraumático tras un evento potencialmente traumático reciente; de hecho, pueden retrasar la recuperación tras ese tipo de eventos”.

Con el uso de las benzodiazepinas, muchas personas desarrollan tolerancia a sus efectos, apenas obtienen beneficio terapéutico cuando las consumen de forma crónica, se vuelven dependientes de ellas y sufren un síndrome de abstinencia al dejar de tomarlas.

En consecuencia, la recomendación de la OMS es que “no se ofrezcan benzodiazepinas a los adultos para mitigar los síntomas de estrés traumático agudo asociados a un deterioro importante del funcionamiento diario durante el mes siguiente al evento potencialmente traumático”<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> “Eficacia de dos intervenciones sobre la interrupción de las benzodiazepinas en usuarios a largo plazo: seguimiento de 36 meses de un ensayo aleatorizado grupal en atención primaria”. Caterina Vicens, y otros. British Journal of General Practice, 2016.

<sup>71</sup> [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/)

Una de las consecuencias inmediatas de la propagación del modelo biologicista es la cronicidad de muchos de los problemas considerados leves y moderados, derivada de la aplicación en exclusiva de los psicofármacos. Su uso extendido y abusivo para todo tipo de problemas, incluso no diagnosticables, se ha ido extendiendo en los últimos años como consecuencia de varios factores:

- La facilidad de consecución y uso: la ingesta legal de productos adictivos está generalizada en consultas, en hospitales (es común la administración de tranquilizantes en los hospitales aunque no sea necesario, no presente síntomas ni haya, por tanto, indicación, pretendiendo prevenir estados de estrés, ansiedad o insomnio, aún cuando claramente ocasione un perjuicio al paciente como en el caso de ancianos, que luego se mantienen adormilados durante el día gracias a ellos, y a pesar de estar demostrado su efecto perjudicial sobre la memoria) y en recomendaciones en círculos informales (boca a boca).
- La idea de que un problema común de la vida, cualquiera que ocasione malestar, nos angustia, nos deprime, nos molesta, puede ser aliviado por un fármaco, por una droga, y esa eliminación del malestar hace que aceptemos “mejor” la realidad, aunque el problema siga sin resolverse. Esto asegura la necesidad de mantener el fármaco durante largos periodos de tiempo, causando una duración mayor de la propia “patología” presentada o de su cronificación entendiendo por ello todo el curso del tratamiento,
- La dependencia, física y psicológica, que origina el uso inadecuado, incluso el adecuado, de psicofármacos.
- La falta de información de muchos profesionales de la medicina, incluso de la psicología, que cuando no consiguen modificar la situación o la actitud del paciente, no le recomiendan ser visto por otro profesional que pueda tener otro enfoque del problema u otro método de plantearlo, le recomiendan acudir a un psiquiatra o al médico a “que le medique”.
- La formación en psicofarmacología de muchos profesionales médicos, de AP, psiquiatras, otros especialistas, es a través de los delegados de farmacia, cuya misión no es formar sino vender, en ocasiones a cambio de preventas, congresos, etc.
- La escasa o nula formación en aspectos psicológicos del funcionamiento del ser humano en muchos prescriptores.
- El escaso tiempo para interesarse por la situación personal de los pacientes.
- El retraso en la respuesta a otras necesidades sanitarias que contribuye a la angustia o el estrés derivado de ellas, traumatología, bajas, incertidumbre ante dilatadas esperas diagnósticas, etc.
- Usos inadecuados y sin base científica por los que se suman fármacos a tratamientos en vigor o se utilizan fuera de indicación, dando lugar a largas listas de medicamentos en tratamientos habituales, lo que puede ser un indicativo más de la inconsistencia de los conocimientos y procedimientos diagnósticos y su etiopatogenia.
- Las clasificaciones diagnósticas que han ido incluyendo cada vez más “pacientes” dentro de “su mercado”, por quienes controlan en buena medida, como ya he apuntado, la investigación, las cátedras y, en definitiva, el poder.
- La insistencia, cuando no exigencia, de pacientes que ya han asumido el modelo organicista como un derecho al psicofármaco “que me alivie”.
- La industria tiene, entre sus mecanismos de aseguramiento de la producción, el tener algún fármaco permanentemente en el primer nivel de venta, de modo que cuando acaba la patente de uno puedan introducir el siguiente en el mercado, muchos de ellos sin aportación relevante pero con mayor coste. En este sentido, estamos asistiendo al proceso de introducción en el mercado normalizado de la Esketamina, un isómero de la Ketamina, anestésico muy conocido por su uso por toxicómanos que consiguen en el mercado negro y

que, como sustancia psicotropa, influye en sensaciones y percepciones. La Esketamina viene siendo anunciada como el fármaco que va a dar un giro a la psicofarmacología, y el “milagro” ya aprobado para las ideas de suicidio que algunos parecen elevar a la categoría de entidad clínica susceptible de indicación farmacológica. A cualquier persona se le ocurre que la idea de suicidio no es un síntoma “per se” sino como consecuencia de “algo”, una señal de que alguien aborrece seguir viviendo, que es la razón a tratar, la causa de la decisión, no la fiebre sino la infección.

Estos factores y muchos otros más, han llevado a una situación de hipermedicación que ya hemos ido insinuando en varios momentos de esta intervención. Las recomendaciones de acudir a los servicios sanitarios por sensaciones de ansiedad o estados depresivos o simplemente de síntomas de uno u otro tipo, derivados de problemas cotidianos puede empeorar la situación de salud de la población. Sabemos, y es una razón suficientemente compartida, que los psicofármacos no son la indicación inicial en la mayoría de los trastornos leves y moderados.

En 2010 se publicó una investigación en los CSM en Asturias que confirmaba que la psicoterapia breve es más eficaz a medio y largo plazo que el uso de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos en los trastornos leves y moderados: “Resultados. El programa de Psicoterapia breve ha sido más efectivo que el tratamiento habitual: Obtiene una mayor tasa de altas y los sujetos muestran mayores mejorías en estado clínico y discapacidad y mayor satisfacción. Estas diferencias se dan tanto a los seis meses como al año y a los dos años de iniciarse los tratamientos” ... “Conclusiones: La Psicoterapia ha resultado ser un tratamiento viable y efectivo para la mayoría de los casos que consultan en los CSM”<sup>72</sup>.

Sabemos también que los psicofármacos dan, en muchos casos, más problemas que beneficios por distintas razones, dependencia, cronificación de situaciones por consumos a largo plazo, complicaciones de salud, gastos innecesarios, pero su uso añade la dificultad para plantearnos una solución real y duradera a muchos problemas cotidianos que nos afectan de distintas maneras, pero que necesitan una solución o un planteamiento que nos permita un mejor encaje en nuestra situación existencial cotidiana con nuestras relaciones y con nosotros mismos. Es mucho mejor solución a corto, medio y largo plazo, un planteamiento psicoterapéutico más o menos complejo que permita abordarlos. La indicación de un fármaco en estos casos crea sin duda un problema de salud mayor, que ya se ha convertido en un problema de salud pública relacionado con el uso de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, como ya recoge el nuevo “Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, Poblaciones sanas, Personas sanas”. Asturias es líder en su consumo en España repetidamente en los últimos años.

La insistencia en que la brecha entre los que acuden a las consultas y los que se dice que deberían hacerlo siempre es demasiado grande y no están claros todos los motivos, ¿porqué se insiste tanto en ello sabiendo que si acuden se aumenta un problema como consecuencia? No hay funcionamiento de equipo ni conciencia de calidad ni de riesgo para la seguridad del paciente en muchos procedimientos terapéuticos ni en muchos servicios. Un ciudadano es derivado desde AP al CSM en el que se le asigna un profesional en una reunión o directamente por un Administrativo. Una vez asignado a ese profesional (o agenda, independientemente del nº de profesionales que pasen por ella) hará lo que responda a sus conocimientos: fármacos si es psiquiatra, pocos tienen otra formación, psicólogo con la formación que tenga, cognitivo-conductual, sistémica, psicoanalítica, ecléctica, etc. Como la mayoría de los profesionales son psiquiatras, aunque la mayoría de los casos

---

<sup>72</sup> **Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II: Resultados.** Javier Fernández Méndez y otros. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (109), 13-29.

atendidos sean “comunes”, leves o moderados, la mayoría recibirá psicofármacos, independientemente de su adecuación. Muchos pacientes que acuden a salud mental pretendiendo hablar con un psicólogo acaban medicados por un psiquiatra, quizás también porque aquellos son menos y están muy saturados.

Termino esta parte con dos ejemplos:

Un artículo de prensa de mayo de 2016<sup>73</sup>, publicado en el diario.es:

*“EE.UU. recomienda terapia antes que medicamentos para los niños hiperactivos. EFE - Atlanta (EE.UU.).*

*Las autoridades sanitarias de Estados Unidos instaron hoy a médicos y padres de familia a optar por terapia antes que medicamentos para tratar a los menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD).*

*Se ha demostrado que (la terapia) es tan efectiva como el medicamento, pero sin el riesgo de los efectos secundarios”, declaró en conferencia de prensa Anne Schuchat, la subdirectora de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU.*

*Pese a los beneficios de tratar la condición con terapia, el reporte indica que cerca del 75 % de los niños menores de 6 años toman medicamentos para controlarla”.*

Titular de La Nueva España, 12.04.2019:

*“Vetada una charla de Marino Pérez en Málaga por negar que la hiperactividad sea un trastorno.*

*El catedrático de Oviedo define el TDAH como un problema de comportamiento. La cancelación se atribuye a padres de niños afectados”.*<sup>74</sup>

#### 4. REFLEXIONES FINALES:

Empezaba con los tres grandes objetivos de la reforma psiquiátrica y de la salud mental de los años 80 del siglo XX, transformar el Hospital Psiquiátrico, cambiar la asistencia represiva basada en reclusión, psicofármacos y electroshock, y restaurar los derechos civiles de los pacientes con trastornos mentales.

Tenemos una red de servicios de salud mental comunitarios amplia en infraestructuras, con cosas a mejorar, tenemos bastantes psiquiatras, siguen faltando unos cuantos psicólogos o psicoterapeutas y revisar las necesidades de otras categorías profesionales, actualizar y profundizar en la organización de la red, corregir tópicos debidos a intereses personales, revisar la asistencia que queremos dar y preguntar a los pacientes, ser prudentes con las demandas de los familiares a los que hay que tener en cuenta sin que tengan el peso de quien sostiene el sistema y aprender de los errores que es la mejor forma de avanzar mejorando. En los que atienden casos graves, unificar equipos para evitar departamentos estancos que se apropian de pacientes para justificar su supervivencia, aceptar al paciente como un ser de la misma categoría personal, sin prepotencia, incluso su negativa a nuestras propuestas, es su derecho, y aplicar lo que sabemos que funciona en la medida que nos lo aplicaríamos a nosotros mismos.

La asistencia a los niños y adolescentes es un tema muy significativo de la medida y la forma en que ha evolucionado la atención en salud mental. De la máxima de aplicación de métodos psicoterapéuticos excluyendo los psicofármacos se ha pasado a su recomendación habitual; un ej. la hiperactividad: bajo el argumento de la causa genética se recomienda prioritaria cuando no

---

<sup>73</sup> [https://www.eldiario.es/sociedad/EEUU-recomienda-terapia-medicamentos-hiperactivos\\_0\\_51199853.html](https://www.eldiario.es/sociedad/EEUU-recomienda-terapia-medicamentos-hiperactivos_0_51199853.html)

<sup>74</sup> <https://www.lne.es/asturias/2019/04/12/vetada-charla-marino-perez-malaga/2456225.html>

exclusivamente anfetaminas y similares, ahora también para adultos. Antes la ingesta de sustancias podían perjudicar el desarrollo del cerebro, ahora la prescripción de psicofármacos es la opción para controlar su comportamiento. Lo que antes era un problema ahora es un negocio y muchas familias están poco o mal informadas.

En el tratamiento de los casos más graves, estamos muy cerca del principio, con servicios que semejan el Hospital Psiquiátrico, con protocolos de contención que ignoran los derechos de los ciudadanos con trastornos de salud mental, incluso presuntos, estamos a tope con las prácticas médico-biológicas, justo las que se pretendían disminuir, más medicados que entonces y en pleno auge del electroshock. Los profesionales que atiendan a personas con trastornos graves tienen que confiar en ellos, en los atendidos, ser y transmitir expectativas de esperanza; los pesimistas, los que creen que nada puede cambiar deben dedicarse a otra cosa.

La utilización de la polifarmacia con mezclas de antipsicóticos, antidepresivos, eutimizantes, tranquilizantes y antiepilépticos, y las dosis excesivas..., tenemos que aplicar más uso racional y los conocimientos buscando un fin terapéutico, no bloquear al paciente. Y evitar la experimentación, ensayando fármacos donde no hay indicación aprobada ni evidencia de resultados.

Tenemos que trabajar las expectativas de los que vienen a consulta porque la vida no se arregla con pastillas, se oculta o se disimula, pero no se resuelve, tenemos que basarnos más en el diálogo y la capacidad de entender y hacer frente a las dificultades y problemas, afrontar las cosas sin intermediarios químicos, los cambios irán con el aprendizaje y nos hará un poco más sabios. Para esto necesitamos más profesionales que se interesen por la psicoterapia y menos medicina.

Parecería que a más servicios y consultas más patología y más medicalización. Por un lado se recomienda acudir a consultar y por otro se lamentan los resultados de consultar. La mayoría o un buen porcentaje de los problemas que se atienden en SM deberían dejar de acudir a servicios sanitarios porque nada tienen que ver con ellos. Tenemos que entender lo que nos pasa en relación con nuestra experiencia, en las relaciones entre nosotros y en una comprensión más práctica y menos tópica en cuestiones morales y mitos culturales y reaprender a apoyarnos en nuestros círculos informales.

Todo lo que se administre debe ser consentido por el interesado, previa explicación comprensible. Y si no le convence poder marcharse. El reconocimiento de los derechos ha de estar por encima de nuestra utilidad al servicio de la seguridad, tenemos que ser libres para decidir sobre nuestra vida y las condiciones en las que la vivimos, respetando las opciones de los otros. Cuando justificamos los ingresos forzosos, el aislamiento y la contención mecánica como “medidas terapéuticas”, estamos diciendo que estamos dispuestos para actuar limitando las decisiones y los derechos de los ciudadanos, en muchos casos más allá de sus legítimos intereses. Corremos el riesgo de perder de vista la ética y utilizar nuestro poder para dirigir a los políticos e influir decisivamente en las sentencias judiciales contra los ciudadanos.

Con la excusa de la recuperación de una práctica suprimida en los Servicios públicos al comienzo de la reforma, se han publicado en la prensa titulares pretendiendo que la TEC es una técnica exenta de riesgos y altamente eficaz, que “muchos pacientes no se curaron por falta de electroshock”<sup>75</sup>. Es un paso más en la evolución de la salud mental asturiana en estos últimos años hacia una práctica biológica sin tapujos, modelo muy alejado del de asistencia integral de la OMS y que cuestiona seriamente los planteamientos del modelo comunitario.

---

<sup>75</sup> <https://www.lne.es/asturias/2018/10/11/pacientes-curaron-falta-electroshock/2361685.html>

La interpretación biologicista, reduccionista y ajena al concepto de lo “mental”, que busca resolver las dificultades y el comportamiento de las personas modificando circuitos o reseteando el cerebro<sup>76</sup>, puede influir en síntomas concretos pero es dudoso que aporte soluciones reales a los problemas. No parece que los resultados que traducen los expertos coincidan con los efectos sobre la experiencia que cuentan los pacientes que la recibieron.

La mente no es la suma de circuitos y moléculas cerebrales sino una entidad superior por encima de todas ellas. La mente es la persona, el sujeto, y la mente se corresponde con la salud como estado de bienestar, a eso parece referirse la OMS; los síntomas pueden ser producto del cerebro, pero éste solo no explica la mente, ni al individuo.

---

<sup>76</sup> CONSENSO ESPAÑOL SOBRE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. © 2018 Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Coordinadores: Miquel Bernardo Arroyo, Ana González-Pinto, Miquel Urretavizcaya. Pág. 96.