

FORMACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: HACIA UNA ATENCIÓN BASADA EN DERECHOS

Laura Limiñana-Bravo^{*,} y Francisco José Eiroá-Orosa^{*,**}**

**Universidad de Barcelona; **Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud
Mental en 1ª Persona*

Resumen

Actualmente en salud mental y de manera generalizada se trabaja a partir de unas nosologías creadas en el seno del modelo biomédico, centrado en generar diagnósticos que permitan administrar tratamientos dirigidos a disminuir sintomatología psicopatológica. A pesar de la búsqueda de objetividad, el ejercicio de adjudicar un diagnóstico de salud mental no es un proceso neutral, sino que se ve influido por valores personales e ideologías, tanto de los profesionales que los generan como de los y las usuarias que los reciben. Otro factor involucrado en este proceso es el estigma y los prejuicios que rodean a los problemas de salud mental, en especial el prejuicio de irrecuperabilidad. Todo ello aleja a los profesionales de las necesidades y la realidad que viven los usuarios. El movimiento de la Recuperación llegó para revolucionar este punto de vista, restándole importancia a la sintomatología y remarcando la importancia que tiene en el proceso de recuperación el hecho de retomar el proyecto vital de un modo idiosincrático. Más allá de este enfoque de recuperación, estimamos necesario que el objetivo final de cualquier tratamiento de salud mental sea la plena ciudadanía de los y las usuarias, es decir, en que puedan ejercer sus derechos como cualquier otro miembro de la sociedad. Sin embargo, actualmente todavía se vulneran derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas mediante prácticas tales como el ingreso involuntario, el tratamiento forzoso o las contenciones mecánicas. Como alternativa a estas prácticas, los profesionales cuentan con diferentes herramientas como pueden ser, entre otras, el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y el apoyo mutuo entre personas que han experimentado un problema de salud mental. El objetivo de este capítulo es justificar y desarrollar brevemente las principales bases de un curso

desarrollado a través de un proceso participativo que ha incluido a personas afectadas, familiares y profesionales de la salud mental.

Palabras clave: Estigma, recuperación, derechos, ciudadanía, apoyo mutuo.

MENTAL HEALTH PROFESSIONALS TRAINING: TOWARDS A RIGHT-BASED CARE

Abstract

Currently in mental health and in a generalized way we work using nosologies created within the biomedical model, focused on generating diagnoses that allow the administration of treatments aimed at reducing psychopathological symptoms. Despite the search for objectivity, the exercise of diagnosing in mental health is not a neutral process, but a biased one. This process is influenced by personal values and ideologies, both from professionals who generate them and from users who receive them. Another factor involved in this process is the stigma and prejudices that surround mental health problems, especially the prejudice of irrecoverability. All this distance professionals from the needs and reality that users experience. The recovery movement came to revolutionize this point of view, downplaying the symptomatology and highlighting the importance of the recovery of a life project in an idiosyncratic way during the recovery process. Beyond this recovery approach, we consider the final objective of any mental health treatment to necessarily be the recovery of the full citizenship of the users, so that they can exercise their rights like any other member of society. However, rights recognized in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities of the United Nations are still being violated through practices such as involuntary admission, forced treatment or mechanical restraints. As an alternative to these practices, professionals have different tools such as, among others, informed consent, the document of anticipated wills and peer support among people who have experienced a mental health problem. The objective of this chapter is to justify and briefly develop the main foundations of a course developed through a participatory process that has included affected people, family members and mental health professionals.

Keywords: Stigma, recovery, rights, citizenship, peer support.

Introducción

El proceso de desinstitucionalización llevado a cabo en España durante los años 80 y 90 (Vázquez-Barquero y García, 1999), en el que se pasó gradualmente de la confinación manicomial a una atención en comunidad, supuso una sensible reducción de conductas estigmatizantes y paternalistas, aumento de atención a los derechos, entre los que destacan la reducción del uso de medidas coercitivas, y el paso de una visión centrada en la reducción de síntomas a la rehabilitación psicosocial y más recientemente, a la Recuperación (Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith, 2013).

A pesar de la mejora de la situación, estamos hoy en día todavía lejos de unas condiciones de atención óptimas al colectivo de personas con problemas de salud mental. Por ello, se siguen dando numerosas quejas en cuanto al trato recibido en el ámbito asistencial ya que la percepción de prácticas estigmatizantes y paternalistas llevadas a cabo por parte de los profesionales de salud mental sigue siendo preocupante (Corker et al., 2013; Harris, Leskela y Hoffman-Konn, 2016; Henderson et al., 2014).

A raíz de dicho sentir entre los usuarios de los servicios asistenciales de salud mental, nace la necesidad de implementar una formación destinada a profesionales del ámbito de la salud mental en la que se traten temas que acerquen la atención a las preferencias de los y las usuarias. Después de un proceso participativo llevado a cabo a través de grupos focales y entrevistas a actores clave se han elegido las alternativas a las nosologías actuales, la formulación y establecimiento de objetivos basados en valores de Recuperación, las herramientas disponibles con el fin de respetar los derechos de los usuarios que visitan los servicios de salud mental y la práctica del apoyo mutuo. Formaciones similares ya se llevan a cabo en otros países y pueden servir de precedentes y ejemplos (Gaebel et al., 2017; Mabe, Rollock y Duncan, 2016; Singh et al., 2016). El objetivo de este texto es justificar y desarrollar brevemente las principales bases de este curso.

Críticas a las nosologías, estigma y alternativas

A lo largo de siglos y hasta la actualidad la atención en salud mental se ha estructurado alrededor de los diagnósticos psiquiátricos y es por ello por lo que se ha dedicado un gran esfuerzo al desarrollo de nosologías tales como las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Clasificación Internacional de Enfermedades. A pesar de la búsqueda de la máxima objetividad posible, diversos estudios han dejado de manifiesto que el ejercicio de diagnosticar no es un proceso neutral en el que sólo influya la sintomatología manifiesta, sino que existen otras variables interferentes. Entre estas variables encontramos ideologías políticas y religiosas (e.j. Gartner, Harmatz, Hohmann, Larson y Gartner, 1990), la cultura y el origen étnico (e.j. Bhui y Bhugra, 2002; Delphin-Rittmon et al., 2015), o las diferencias de género (e.j. Mora-Ríos y Bautista, 2014). Por otro lado, la baja fiabilidad ciertos trastornos reconocidos en los manuales diagnósticos más utilizados (Clarke et al., 2013; Rosenhan, 1973) han despertado críticas a los sistemas nosológicos actuales.

Algunas de las críticas se estructuran alrededor de la concepción biomédica imperante en la psiquiatría. En este sentido Wilhelm Reich (1942) pionero en mencionar la transmisión social del malestar psicológico, rechazando los factores biológicos y considerando los socioeconómicos como fundamentales en la génesis del sufrimiento psíquico. Foucault también se opuso a la aplicación del modelo biomédico en psicología debido a que supone establecer un límite arbitrario entre la normalidad y la patología psicológica, lo cual implica calificar de patológico aquello que salga de lo común (Foucault, 1954).

A su vez, el movimiento de la antipsiquiatría, origen tanto de las vertientes críticas del ejercicio de la psicología clínica y la psiquiatría como de nuestro movimiento de usuarios (Rissmiller y Rissmiller, 2006), agrupó un amplio rango de opiniones y críticas con respecto a la práctica psiquiátrica convencional. Algunas de estas críticas son el uso político de la psiquiatría y su uso como instrumento de control social, la medicalización de problemas sociales, la estigmatización a causa de los diagnósticos, los vínculos de la psiquiatría con la industria farmacéutica y el tratamiento involuntario.

Todas estas críticas y otras muchas culminan con la oposición por parte de un sector de los profesionales de la psicología a los sistemas nosológicos más utilizados actualmente (Beutler y Malik, 2002) especialmente a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales debido a la escasa fiabilidad diagnóstica que muestra en diversos trastornos mentales (Clarke et al., 2013; Rosenhan, 1973).

Es importante resaltar el impacto que tiene en la vida de los usuarios recibir un diagnóstico de salud mental debido a que este hecho ha sido corroborado como un factor predisponente de sufrir estigma por parte tanto del entorno social de la persona (Schomerus et al., 2012), como por parte de profesionales de la salud mental (Hansson, Jormfeldt, Svedberg y Svensson, 2011).

Según Corrigan (2006), el estigma está compuesto por tres componentes: el cognitivo, representado por los estereotipos, el emocional, representado por el prejuicio y el comportamental, representado por la discriminación. De entre todos los prejuicios que se atribuyen a las personas con problemas de salud mental, algunos de los más frecuentes son la irrecuperabilidad, la peligrosidad, la imprevisibilidad y la infantilización (Angermeyer y Dietrich, 2006; Obertament, 2016; Rüschi, Angermeyer y Corrigan, 2005). Esto tiene como consecuencia el miedo y la exclusión de estas personas de los círculos micro y macrosociales (Corrigan, Edwards, Green, Diwan y Penn, 2001), influyendo en sus relaciones interpersonales, oportunidades laborales (Stuart, 2006), acceso a vivienda, etc.

En ocasiones, por influencia del entorno social, la propia persona estigmatizada acepta y reproduce estos prejuicios y la discriminación hacia ella misma y su colectivo, lo cual se ha denominado autoestigma (Corrigan y Watson, 2002). El autoestigma puede tener como consecuencia una baja autoestima y autoeficacia (Corrigan, Watson y Barr, 2006), miedo al estigma por pedir ayuda en los dispositivos de salud mental (Rüschi et al., 2005; Thornicroft, Rose, Kassam y Kassman, 2007), menor adherencia a tratamientos validados empíricamente (Sirey et al., 2001), dificultades en los logros orientados a la recuperación y menor calidad de vida (Rüschi, Corrigan, Todd y Bodenhausen, 2010), etc.

Debido a las grandes repercusiones que puede tener adjudicar un diagnóstico trastorno mental y la escasa fiabilidad de los sistemas nosológicos actuales, cabe tener

en cuenta las alternativas existentes tales como el trabajo con las narrativas personales. El trabajo desde esta perspectiva ahorra recursos y facilita la comunicación interpersonal, especialmente en la etapa de la evaluación. Escuchar las narrativas personales puede ser útil a la hora de encontrar elementos de resiliencia que ayudan a los usuarios a superar su sufrimiento. En esta línea Cromby, Harper y Reavey (2013) han creado una nosología basada en las experiencias y las narrativas personales, en contraposición a las nosologías creadas a partir de la lectura de historias clínicas.

Formulación y objetivos basados en valores de Recuperación

A raíz de las sinergias creadas entre las reivindicaciones de las personas con problemas de salud mental, sus familiares, y profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial, a finales de los años 80 nació un nuevo movimiento que defiende la recuperación en salud mental como un proceso personal e idiosincrático que es impulsado por la propia persona, mediante su empoderamiento, y que se puede dar a través de diversas vías (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). Este movimiento es hoy en día conocido con el término de “Recuperación” (Davidson, 2016) y ha promovido una reforma total del sistema de salud mental con mayor protagonismo de los usuarios y sus familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

La principal característica que distingue al movimiento de la Recuperación de las orientaciones de rehabilitación psicosocial o comunitarias es que el primero incide en todos los ámbitos de la salud mental, incluso los hospitalarios, ya que el proceso de recuperación debería empezar desde el primer momento de contacto con la red asistencial (Singh, Barber y Sant, 2016).

Algunas de las estrategias a utilizar por los profesionales de la salud mental a la hora de trabajar desde el modelo de la Recuperación son la separación de la persona del diagnóstico, la exploración de las necesidades de la persona, la exploración y atención a su estilo de autonomía, la negociación de planes personalizados de recuperación, la exploración de las dinámicas de poder que se dan entre profesional y usuario, la reducción de las coerciones y el trabajo en equipo de la manera más horizontal posible (Davidson et al., 2016).

Ciudadanía y derechos en salud mental

El enfoque del modelo de la Recuperación es un paso importante en el proceso de mejora de la asistencia a los usuarios de los servicios de salud mental. Sin embargo, es de vital importancia ir un paso más allá de la recuperación y trabajar en la restauración de la plena ciudadanía de los y las usuarias de servicios de salud mental, entendiendo ésta como la recuperación de un rol de ciudadano de pleno derecho.

Para ello es necesario el paso de la concepción de la atención en salud mental desde la perspectiva del modelo biomédico, que concibe al usuario como objeto de cuidado y política asistencial, a la perspectiva del modelo social, que concibe a la persona como sujeto de derechos.

La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad incluye a las personas con diagnóstico de trastorno mental y reconoce a este colectivo derechos tales como recibir un trato igualitario y no discriminatorio, recibir información comprensible, expresarse libremente, decidir sobre a vidas y sobre el tratamiento, mantener la confidencialidad e intimidad, recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles, vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (Pérez-Pérez y Eiroa-Orosa, 2017).

A pesar de las mejoras que se han dado desde el inicio del proceso de desinstitucionalización, actualmente en España y en muchos otros países se continúan llevando a cabo prácticas consideradas torturas y/o trato degradante por la Organización de las Naciones Unidas en el ámbito asistencial de la salud mental (Gaebel, Rössler y Sartorius, 2017).

Algunos ejemplos de esta vulneración de derechos humanos son el ingreso involuntario, la medicación forzosa, la sobremedicación, la invasión de la privacidad, la terapia electroconvulsiva bajo coacción, la contención mecánica, la reclusión y el aislamiento y la incapacitación total y arbitraria.

Entre las herramientas con las que cuentan los profesionales de la salud mental como alternativas a prácticas que vulneran derechos fundamentales de los usuarios encontramos el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas, así como apoyo mutuo entre personas que han experimentado un problema de salud mental.

Referencias

- Angermeyer, M. C. y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Beutler, L. E. y Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bhui, K. y Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(1), 6–7. doi: 10.1192/bjp.181.1.6
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., ...Kraemer, H.C. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43–58. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070998
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., ... Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry*, 202(Supl. 55), 58–64. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112912
- Corrigan, P. W. (2006). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L. y Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219–225. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. doi: 10.1093/clipsy/9.1.35
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. y Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875

- Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). From disorder to experience. En J. Cromby, D. Harper y P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress* (pp. 3–18). Londres: Palgrave Macmillan.
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., ...Elsamra, S. (2016). Principles for recovery-oriented inpatient care. En N. N. Singh, J. W. Barber y S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39–58). Cham, Suiza: Springer International Publishing.
- Delphin-Rittmon, M. E., Flanagan, E. H., Andres-Hyman, R., Ortiz, J., Amer, M. M. y Davidson, L. (2015). Racial-ethnic differences in access, diagnosis, and outcomes in public-sector inpatient mental health treatment. *Psychological Services*, 12(2), 158–166. doi: 10.1037/a0038858
- Foucault, M. (1954). *Maladie mentale et personnalité. Initiation philosophique, no. 12*. París: Presses Universitaires de France.
- Gaebel, W., Rössler, W. y Sartorius, N. (Eds.). (2017). *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Cham, Suiza: Springer International Publishing.
- Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D. y Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 98–106. doi: 10.1037/0033-3204.27.1.98
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. y Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54. doi: 10.1177/0020764011423176
- Harris, J. I., Leskela, J. y Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 604–609. doi: 10.1037/ort0000179
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ...Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental

- health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
- Mabe, P. A., Rollock, M. y Duncan, G. N. (2016). Teaching clinicians the practice of recovery-oriented care. En N. N. Singh, J. W. Barber y S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 81–97). Cham, Suiza: Springer International Publishing.
- Mora-Ríos, J. y Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303–312.
- Obertament. (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016* (Vol. 1). Obertament. Recuperado de <https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/EstigmaaCatalunya2016-1-Educacio.pdf>
- Pérez-Pérez, B. y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona, España: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona.
- Reich, W. (1942). *Die funktion des orgasmus: Sexualökonomische grundprobleme der biologischen energie*. Colonia, Alemania: Kiepenheuer & Witsch.
- Rissmiller, D. J. y Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services*, 57(6), 863–866. doi: 10.1176/appi.ps.57.6.863
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250–258. doi: 10.1126/science.179.4070.250
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M. y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257–271. doi: 10.4321/S0211-57352013000200003
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R. y Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 150–153. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5

- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. y Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Singh, N. N., Barber, J. W. y Sant, S. Van. (Eds.) (2016). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Cham, Suiza: Springer International Publishing.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J. y Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615–1620. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1615
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522–526. doi: 10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. SAMHSA. Recuperado de <https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. y Kassman, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19, 113–122. doi: 10.1080/09540260701278937
- Vázquez-Barquero, J. L. y García, J. (1999). Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 128–135. doi: 10.1007/s004060050077