

37 PROPUESTAS DE FLIPAS GAM
-Colectivo madrileño de apoyo mutuo y activismo en salud mental-
PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL
EN LA SANIDAD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En el proceso de elaboración desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid del **Plan Estratégico de Salud Mental 2017-2020**, habiendo solicitado que fuera tenida en cuenta en cada fase de dicho plan la voz -directa y sin intermediación de nuestros profesionales o familiares- de los propios usuarios de los distintos servicios de atención a la salud mental, y habiendo sido convocados para una reunión el viernes 19 de mayo con Dña. Mercedes Navío (Coordinadora del Plan Regional de Salud Mental, dentro de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid¹) a fin de hacerles llegar nuestra visión, presentamos **37 propuestas concretas** que solicitamos sean incluidas en el plan, según se ha trabajado y consensuado en nuestro colectivo Flipas GAM, de manera horizontal y asamblearia.

PROPUESTAS CONCRETAS A INCLUIR EN EL PLAN (no las enmarcamos en concreto en ninguna de las nueve líneas estratégicas del borrador)

1. Participación de usuarios con voz directa y sin intermediarios en TODO el proceso de elaboración, implantación y evaluación (continua y final) del Plan. Establecer mecanismos para que esto sea un hecho (entre ellos, pero no sólo, participación presencial directa de usuarios en un posible Observatorio del Plan).
2. Facilitar espacios en TODOS los servicios de la red de atención a la salud mental (desde CSM, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, unidades de media y/o larga estancia, unidades de tratamiento y rehabilitación) para que los usuarios podamos difundir materiales sobre DDHH, activismo en 1ª persona en salud mental u otros de nuestro interés, empezando, por ejemplo, por situar corchos o tabloneros de anuncios a disposición de los propios usuarios. Fomentar también la autonomía de los usuarios de estos servicios facilitando espacios físicos donde nosotros mismos podamos autoorganizar charlas y/o actividades grupales. Coordinarse con la Consejería de Servicios Sociales para que esta práctica se replique en la red de atención social en temas de salud mental dependiente de dicha Consejería (CRLs, CRPS, etc).²
3. Introducir a todos los niveles (desde documentación o informes médicos hasta las propias consultas con profesionales) un lenguaje menos estigmatizador y desempoderante que no hable siempre de enfermedad mental crónica, trastorno

¹ Los únicos cambios existentes entre el documento que se aportó en la reunión con la Consejería de Sanidad y éste que hoy hacemos público, es el añadido de este paréntesis con el cargo de Dña. Mercedes Navío (y esta propia nota al pie, que modifica la numeración de las notas al pie siguientes), y la introducción de los números de página.

² Actualmente el que esto sea posible depende de la mejor o peor disposición del responsable del servicio o centro, y la respuesta es negativa en la inmensa mayoría de las ocasiones.

mental grave (TMG), etc... incluyendo términos como diversidad mental (que puede o no traducirse en problemas de salud mental), sufrimiento psíquico, experiencias psíquicas inusuales. Respetar la narrativa que cada persona hacemos de nosotros mismos, en un proceso que suele evolucionar a medida que nos empoderamos y cogemos las riendas de nuestra vida. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

4. Incluir en el plan, si no lo hiciera ya, un estudio (a cuyos datos completos y conclusiones pueda acceder la ciudadanía general, ya que uno de los principales objetivos de esta propuesta es que se ejerza la transparencia a la que tenemos derecho como ciudadanos) de la evaluación de la salud mental en la Comunidad de Madrid, recopilando datos de años pasados y de cara también a continuarlo a medio y largo plazo, contemplando y estudiando si hay crecimiento, reducción o estancamiento (analizando posibles causas como factores psicosociales asociados) en datos como:
 - a. Consumo de psicofármacos desglosado por tipología de medicación.
 - b. Número de personas atendidas en los distintos servicios.
 - c. Número de intentos de suicidio de los que haya constancia y de suicidios consumados.
 - d. Número de ingresos en las distintas unidades hospitalarias y % de reincidencia en los ingresos.
 - e. Número de incapacitaciones judiciales en personas con problemas de salud mental.
 - f. Otros de interés.
5. Crear un grupo de trabajo específico, con presencia directa y sin intermediarios de los propios usuarios, para avanzar en la puesta en marcha de un sistema de voluntades anticipadas en salud mental que sea vinculante a efectos legales.
6. Dentro de la línea estratégica 7, de atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria, hay un objetivo específico que dice “aumentar la participación activa de los pacientes y/o allegados en todo el proceso asistencial”. Este objetivo debe plasmarse también en TODAS las demás líneas estratégicas del plan (y en todo caso hablar de pacientes Y allegados, no “O”, no sustituir nuestra propia voz y participación por la de nuestros allegados).
7. De cara a las situaciones de estigmatización, discriminación, trato vejatorio y de maltrato o abusos vividas en los servicios sanitarios, situaciones por las que una inmensa mayoría de nosotros hemos pasado³:

³ Adjuntamos un documento sobre este tema (“Estigma o Discriminación en la Atención en Salud Mental”, ponencia presentada por Hernán María Sampietro en el XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental en mayo del 2015), que recoge testimonios en primera persona de pacientes que han vivido algunas de estas situaciones, a modo de ejemplo. También en este enlace (<http://madinamerica-hispanohablante.org/el-estruendoso-silencio-de-los-abusos-en-psiquiatria/>) se habla del caso del psiquiatra de Alcalá de Henares que se suicidó recientemente tras haber sido denunciado por abusos a sus pacientes, y tras lo que haberse focalizado toda la atención sobre su suicidio y apenas nada sobre sus víctimas abusadas.

- a. Reconocer que estas situaciones están pasando y de manera cotidiana. No son casos aislados o malas praxis particulares, son sistémicas.
 - b. Reconocer el trauma y sufrimiento extra e innecesario que nos generan estas prácticas. Apoyar de forma especial a las personas que hemos sufrido estigmatizaciones, discriminaciones, tratos vejatorios, maltratos y abusos en momentos en los que además estábamos especialmente vulnerables, por parte de personas que supuestamente velaban por nuestra salud y seguridad. Facilitarnos mecanismos de denuncia ante estas situaciones.
 - c. Desarrollar -contando aquí también con la voz de los propios usuarios, sin intermediarios- planes específicos que lleven a eliminarlas o reducirlas a su mínima expresión, con posibles sanciones a sus responsables. ESTAS PRÁCTICAS DEBEN SER ELIMINADAS EN SU TOTALIDAD.
8. Creación de una Oficina de Derechos en Salud Mental pública y gratuita, con atención telemática, telefónica y en algún horario semanal, también presencial, donde poder informarnos de nuestros derechos y, en su caso, efectuar reclamaciones o/y obtener asesoramiento jurídico.
 9. Impedir las visitas de comerciales farmacéuticos en las consultas de los profesionales de la sanidad pública, en el mismo sentido que recientemente se ha pronunciado el Foro Vasco de Salud⁴.
 10. Fomentar la formación continua al margen de la industria farmacéutica y sus intereses, en los profesionales de salud mental de la Comunidad de Madrid. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.
 11. Trabajar de forma conjunta con el resto de Consejerías que estén implicadas en los procesos de facilitar nuestra inserción laboral (Empleo, Servicios Sociales a través de sus CRLs, etc) de forma que cuando se persiga conseguir la inserción laboral de personas del colectivo, sea en empleos de calidad, no de precariedad o explotación, y que sean empleos significativos para cada persona concreta (según su propia subjetividad). Esta NO es la práctica que conocemos ahora.

PROPUESTAS CONCRETAS A INCLUIR EN EL PLAN, ENMARCADAS EN LAS DISTINTAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS QUE SE PRESENTAN:

Línea Estratégica 1. Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave.

⁴ Más información sobre la petición que ya hizo el Foro Vasco de Salud en el Parlamento Vasco, en este enlace:

<http://www.diariovasco.com/sociedad/201705/11/foro-salud-pide-visitas-20170511014756-v.html>

Además de recordar nuestra propuesta anterior (nº 3) sobre avanzar hacia un lenguaje menos estigmatizador, queremos centrarnos en este punto en el objetivo estratégico 2 sobre mejorar la atención hospitalaria. En este sentido tenemos algunas propuestas para incluir en el plan:

12. Incluir un plan específico, en cuyo desarrollo y seguimiento participemos desde el colectivo de usuarios con voz directa y sin intermediarios, de reducción de medidas coercitivas en los centros hospitalarios, incluyendo ingresos forzosos, contenciones mecánicas, medicación forzosa y/o bajo coacción, otros posibles tratamientos no farmacológicos forzosos o/y bajo coacción entre los que incluimos especialmente la Terapia Electroconvulsiva o TEC, aislamiento “terapéutico”, etc.

13. Registro obligatorio y pormenorizado de cada una de estas medidas coercitivas desglosada por medida concreta y centro o recurso hospitalario. Tener en cuenta estos datos a la hora de evaluar a cada centro y recurso, ya que son indicador de baja calidad en la atención y fracaso del tratamiento.

14. Obligatoriedad de que cada una de estas medidas coercitivas sea incluida en la redacción de la historia clínica del paciente afectado, que debe ser fácilmente accesible al usuario tras solicitud previa.

15. Regular claramente y de forma no arbitraria el procedimiento legal de objeción de conciencia para profesionales sanitarios que elijan acogerse a esta opción para no ser obligados a llevar a cabo estas medidas coercitivas con los pacientes que atienden. Establecer mecanismos por los que estos profesionales puedan ser defendidos ante las presiones, coacciones, acoso laboral o represalias que sufren en sus centros de trabajo por no querer llevar a cabo estas prácticas coercitivas contra nosotros.

16. Establecer mecanismos para asegurar que DURANTE el proceso que dure cada ingreso, sea este voluntario o involuntario, se nos permita siempre poner reclamaciones presencialmente en atención al paciente del centro donde estemos ingresados el mismo día en que lo solicitemos, y se dé respuesta a las mismas a la mayor prontitud.⁵

17. En los ingresos también habrá obligatoriedad de, al menos, informarnos siempre que así lo solicitemos, sobre cuál es el tratamiento farmacológico que nos está siendo aplicado, posibles aumentos de dosis, cambios de medicación, etc.⁶ Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

⁵ El proceso habitual actualmente en la mayoría de los casos, si no en todos, es que durante el ingreso nos lo impiden, diciendo siempre que sólo podrás hacerlo una vez tengas el alta.

⁶ La práctica habitual en la actualidad es que, incluso en ingresos voluntarios, si preguntas por la medicación que te está siendo administrada por el personal de enfermería, te respondan que “lo tienes que hablar con el psiquiatra”, a quien puede que no veas hasta como mínimo el día siguiente o con posterioridad, y aun sin saber qué pastillas son, te obliguen a tomártela, forzando incluso tensiones con otros pacientes ingresados (por ejemplo, haciendo que nadie se pueda levantar de la mesa hasta que tú no aceptes tomarte una medicación que desconoces qué es). Estas situaciones son humillantes, no son terapéuticas, no favorecen el responsabilizarnos de nuestro proceso, y no deben seguir dándose.

18. Diseñar e implantar desde la Consejería de Sanidad un cuestionario que evalúe la calidad del servicio y del trato recibido en cada ingreso de cada centro hospitalario, que deba ser obligatoriamente facilitado a cada paciente en el momento del alta, rellenado de forma libre y devuelto a la Consejería después para su posterior evaluación como indicador de calidad de los distintos centros y servicios, ayuda en la detección de problemas, etc. En el diseño del cuestionario se tendrá en cuenta la voz directa y sin intermediarios de los colectivos y agrupaciones de usuarios.

19. Trabajar hacia un modelo de atención no hospitalaria o de hospitalización domiciliaria, destinando los recursos y personal necesario para ello, según el modelo que por ejemplo se sigue en Finlandia según el Diálogo Abierto, cuya experiencia ya se está replicando en otros lugares debido a sus buenos resultados.

20. Creación progresiva de unidades de hospitalización libres de medicación, como ya está impulsando, entre otros, el Ministerio de Salud de Noruega.⁷ Creación también de unidades de ingreso hospitalario con la filosofía de “puertas abiertas”, a la manera que se instauró en 2014, en la UHB del Hospital Comarcal de Inca⁸, en Baleares, y que también se hace en otros países de nuestro entorno, como Alemania o Reino Unido.

21. Las unidades de hospitalización no pueden ser meros “aparcamientos”, en las que la única actividad del día sea una consulta de diez minutos con el psiquiatra, por lo que se debe ofrecer en ellas actividades terapéuticas que puedan ayudarnos en esos momentos de especial vulnerabilidad. Sin embargo, el asistir o no a estas actividades debe ser siempre voluntario, y no convertirse la asistencia o no a las mismas en algo a premiar o castigar, como sucede actualmente cuando alguna de esas actividades existe.

22. Tener en cuenta de manera vinculante la opinión de cada paciente ingresado sobre las posibles visitas que recibimos, no entorpeciendo que estas visitas procedan de más allá del entorno familiar si así lo deseamos, favoreciendo así el mantenimiento de los lazos con nuestra propia red de apoyo y sin permitir vetos que provengan de profesionales o/y familiares. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

También tenemos tres últimas propuesta dentro de esta misma línea estratégica, que debería contemplarse tanto dentro como fuera de la atención hospitalaria:

23. Ahondar en la importancia del consentimiento libre e informado en cuanto al tratamiento (especialmente el farmacológico), consentimiento libre e informado al que debemos tener derecho también los pacientes de salud mental. En las consultas ambulatorias con nuestros profesionales para establecer de manera consensuada nuestros tratamientos se nos debe informar correctamente de las distintas opciones, de los diferentes efectos de las

⁷ Más información sobre unidades libres de medicación en Noruega, en este enlace: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/las-salas-libres-de-medicacion-llegan-a-los-hospitales-psiquiatricos-1296>

⁸ Más información sobre la iniciativa “Open Doors” o “puertas abiertas” en Psiquiatría, en este enlace: <http://www.elmundo.es/baleares/2016/03/21/56efb389268e3ede088b456c.html>

medicaciones, de sus posibles efectos secundarios no deseados a corto, medio y largo plazo, de posibles interacciones, y ser nosotros quienes consintamos o no, siempre con el correcto asesoramiento de nuestro profesional y pactando en su caso entre profesional y el paciente el tratamiento farmacológico. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

24. Apostar siempre, a la hora de plantearnos un tratamiento farmacológico, por usar la menor dosis necesaria el menor tiempo posible, en vez de tender hacia la sobremedicación y la cronificación de los tratamientos, como pasa en la actualidad. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

25. Al trabajar con y desde las “necesidades del usuario”, tener en cuenta de forma determinante las necesidades que los propios usuarios explicitamos, y acompañarlas.

Línea Estratégica 2. Atención a la salud mental a niños y adolescentes.

En esta línea, algunas propuestas para incluir en el plan referentes al objetivo 4, sobre salud mental perinatal.

26. Establecer unidades especializadas y de tratamiento integral de la salud mental perinatal (al menos desde la concepción -idealmente desde el proceso de bajada de medicación si la futura madre tiene problemas previos de salud mental y está bajando esa medicación de cara a poder intentar un futuro embarazo-, que continúen durante todo el embarazo y durante el primer año de vida del bebé). Ante un embarazo en una futura madre con problemas ya presentes de salud mental, habrá unidades especializadas para seguir ese embarazo, donde el equipo médico (que deberá estar compuesto, entre otros, por psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, matronas, trabajadores sociales...) trabaje con cada mujer de manera coordinada.

27. Apostando como ya decíamos por el consentimiento informado de todo paciente en cuanto a su tratamiento farmacológico, recalamos la importancia de este factor -necesidad de dar información ajustada a la realidad, explicada claramente y de forma comprensible, y teniendo siempre la mujer la decisión final en su mano, libre, informada y sin coacciones- en las mujeres embarazadas, también en situación de ingreso hospitalario. Establecer los mecanismos y las garantías necesarias para que esto se cumpla.

28. Creación en la Comunidad de Madrid de al menos una Unidad de Ingreso Psiquiátrico Hospitalario Madre-Bebé (como ya existen en países de nuestro entorno como Reino Unido, Francia o Australia), donde, si hubiera casos donde la madre reciente necesitase ingresar como último recurso (recordando nuestra propuesta nº 19 de trabajar en facilitar antes un posible ingreso domiciliario), pudiera estar si así lo desea acompañada de su bebé, para favorecer el mantenimiento de la lactancia, el vínculo con el bebé, y el mayor bienestar de ambos.

Y también una propuesta a incluir en el plan que hace referencia a los otros objetivos de la línea estratégica en cuestión:

29. Extremar la precaución con el sobrediagnóstico, medicalización y sobremedicalización infantil.

Línea Estratégica 3. Atención a la salud mental en el ámbito de la Atención Primaria.

30. Formación antiestigma para los profesionales sanitarios⁹. En el diseño, implantación y evaluación de estas formaciones estaremos también presentes los propios usuarios.

También en este punto, relacionado con el objetivo de coordinación asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental, proponemos incluir en el plan:

31. Trabajar en la reducción de las listas de espera para la primera atención en salud mental (tanto en psicología como en psiquiatría y respetando la voluntad del paciente sobre cuál de estos dos abordajes prefiere) tras ser derivados desde Atención Primaria.¹⁰

Línea Estratégica 4. Atención a las personas con trastornos adictivos.

Al no reseñarse previamente ningún objetivo concreto dentro de esta línea solo incluimos una propuesta concreta a añadir en el plan:

32. Aumento de plazas en unidades que traten específicamente patología dual.

Línea Estratégica 5. Prevención del suicidio.

Algunas propuestas dentro de esta línea que pedimos incluir en el plan son:

33. Instaurar un teléfono gratuito de atención 24 horas, sin límite de tiempo por llamada, llevado por especialistas y como un servicio público, para atendernos a las personas que presentamos ideación suicida y otras que nos pongan en riesgo (autolesiones, etc).

⁹ La ponencia de Hernán Sampietro que adjuntamos y ya mencionamos antes, también muestra a modo de ejemplo algunos testimonios que muestran cómo este estigma sin lugar a dudas existe también entre profesionales sanitarios (desde atención primaria, especialistas, urgencias... hasta los propios profesionales de salud mental) influyendo muy negativamente en la atención que recibimos.

¹⁰ Hay personas que quieren y necesitan ser atendidas en salud mental por un especialista, y desde que el médico de cabecera las deriva (a veces tras aplazarlo, no siempre es fácil ser derivado aunque lo solicitemos y aunque el propio médico de cabecera lleve meses recetándonos psicofármacos) hasta que llega la fecha de la cita pueden pasar dos meses, tres en ocasiones. No puede ser así.

34. Fomentar vínculos significativos entre iguales como estrategia de prevención del suicidio y reincidencia en los intentos.¹¹

Línea Estratégica 6. Atención a las personas con trastornos del espectro autista.

Por el momento no tenemos propuestas específicas para esta línea del plan.

Línea Estratégica 7. Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Por el momento tenemos solo una propuesta concreta dentro de este área, para incluir en el plan:

35. En situaciones de ingreso, facilitar espacios y momentos que favorezcan el contacto social con otros pacientes, independientemente de que no se compartan diagnósticos o problemáticas¹².

Línea Estratégica 8. Atención a las personas con trastornos de la personalidad.

Por el momento tenemos solo una propuesta concreta dentro de este área, a incluir en el plan:

36. Respetar las características propias de cada individualidad sin patologizarlas, y extremar la precaución a la hora de diagnosticar para evitar el sobrediagnóstico innecesario.¹³

¹¹ En nuestra experiencia, los sucesivos ingresos, la cronificación, la sobremedicación... no nos ayudan a reforzar nuestro vínculo con la vida, a veces muy débil. Lo que nos ha ayudado ha sido, por una parte, resolver situaciones psicosociales límite (riesgo de desahucio, precariedad extrema, exclusión social, etc) y por otra, fomentar el establecimiento de relaciones personales significativas, vínculos afectivos, el desarrollo de actividades también significativas, y recuperar el poder de la toma de decisiones sobre nuestras propias vidas.

¹² En nuestra experiencia, encontramos enriquecedor y terapéutico este contacto entre, a la vez, iguales -personas que convivimos con problemas de salud mental, sufrimiento psíquico o experiencias inusuales- y diversos -personas que compartimos distintas problemáticas y distintos diagnósticos-. Si lo reseñamos de manera específica en esta línea es por la frecuencia con que los TCA son tratados en unidades específicas, o incluso en secciones aparte dentro de la misma unidad de ingreso psiquiátrico.

¹³ Realmente esta propuesta debería tenerse presente de manera general, pero desde nuestra experiencia, los trastornos de personalidad es quizá una de las áreas donde más se incumple y por eso la incluimos específicamente en esta línea.

Línea Estratégica 9. Humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.

Hemos ya hecho varias referencias a propuestas que también podríamos incluir en este área aunque ya las hayamos mencionado (nº 3 sobre lenguaje menos estigmatizador; nº 7 sobre eliminar discriminaciones, tratos vejatorios, maltratos y abusos en los servicios de salud mental; desde la nº 12 a la nº 22 referentes a la mejora -y humanización- de la asistencia hospitalaria; nº 30 sobre formación autoestigma a los y las profesionales sanitarios, etc) Las recordamos de nuevo por su importancia también dentro de esta línea estratégica.

También, dentro del objetivo específico sobre “mejorar y optimizar la capacitación de todos los profesionales implicados en la comunicación, atención y manejo de los pacientes con problemas de salud mental”, tenemos una propuesta concreta a incluir en el plan:

37. Establecer sistemas y mecanismos para que parte de esa capacitación a los distintos profesionales provenga de charlas y formaciones que les demos nosotros mismos, los propios usuarios y usuarias, “expertos por experiencia”, desde la primera persona y la experiencia propia en problemas de salud mental.

Mayo de 2017

Flipas GAM

Colectivo madrileño de apoyo mutuo y activismo en salud mental

Para contactar con Flipas GAM: gamsaludmentalmadrid@gmail.com

Otras vías de contacto:

Facebook: <https://www.facebook.com/flipas.gam.madrid/>

Twitter: [@FlipasGAM](https://twitter.com/FlipasGAM)