

Compareixença davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (CESMA)

19/01/2023

Francisco José Eiroá Orosa

1. Universitat de Barcelona
2. Programa de la Universitat Yale per a la Recuperació i la Salut Comunitària
3. Grup de Recerca en Salut Mental a Primera Persona de la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1ª Persona – VEUS

Històricament l'Organització Mundial de la Salut ha fet servir els canvis conceptuals amb objectius polítics clars. El concepte de salut com a “estat de benestar físic, mental i social complet, i no només l'absència d'afeccions o malalties” enunciat en la seva constitució en acabar la segona guerra mundial, apuntava a la creació de dispositius de prevenció i atenció primària que tant han augmentat la nostra esperança de vida. El 2004 l'Organització Mundial de la Salut va redefinir el concepte de salut mental, introduint conceptes abans absents com benestar, consciència, capacitats, productivitat, contribució, comunitat... Aquesta redefinició estava circumscrita al llançament d'un ambiciós document sobre promoció de la salut mental on es parlava més de drets humans que de simptomatologia o malalties. Gairebé 20 anys després cal preguntar-se si hem anat més enllà dels documents.

Suposo que, tant per coneixements previs com pel que s'ha parlat en sessions anteriors, les persones que formeu part d'aquesta comissió sou conscients de la història d'abusos i negligències en l'atenció a la salut mental que han portat milers de persones a triar entre amagar-se o viure a l'ostracisme pel fet d'haver rebut un diagnòstic de trastorn mental. No estem en la mateixa situació que als anys 50 del segle passat o fins i tot que al començament d'aquest mil·lenni, però per a alguns col·lectius l'avenç és extremadament lent. Hem tancat alguns manicomis i hem implementat dispositius comunitaris, però encara estem molt lluny de la ciutadania plena. En els centres sanitaris, lluny de considerar a la persona en la seva complexitat, es continua situant la simptomatologia al centre, l'abordatge farmacològic continua sent la primera o única opció pràctica, encara que no ho sigui en algunes guies, i els aspectes comunitaris només prenen rellevància real quan el comportament de les persones és disruptiu o involucra diversos serveis d'atenció, és a dir, quan ja suposen un problema per a l'administració. Des de les entitats en primera persona, creiem que el problema no és que les i els professionals de salut mental siguin persones amb poca sensibilitat comunitària, ans al contrari, ens consta que moltes la tenen malgrat que el sistema no ho fomenti.

El que dona legitimitat a les i els professionals de la salut mental que dissenyen els dispositius i intervencions, no són els seus coneixements sobre salut mental, sinó sobre trastorns mentals. Quan s'estudia per al MIR, el PIR, l'EIR... els continguts sobre salut mental, almenys la salut mental que defineix actualment l'OMS, en són l'excepció. Quan es planteja una promoció, especialment als llocs de més responsabilitat en institucions sanitàries públiques, els mèrits que cal considerar acostumen a anar vinculats al desenvolupament d'una carrera de recerca sobre la dimensió biològica del malestar psíquic. La situació a les institucions de recerca i docència no és gaire millor. Un dels aspectes que legitima la meua presència avui aquí és que gaudeixo d'un dels prestigiosos contractes Ramon i Cajal. Doncs bé, a la seva àrea de psicologia formo part del cinc per cent que no es dedica a aspectes biològics o bàsics i l'únic dedicat a la salut mental comunitària en els seus més de vint anys d'història.

Encara que els sembli que estic divagant, el que he explicat fins ara no és només una disquisició teòrica sobre la salut mental o una queixa pel infrafinançament d'algunes àrees de coneixement. Estem parlant d'un marc de comprensió i funcionament que condiciona l'estructura organitzativa dels dispositius assistencials, incloent-hi, entre d'altres:

- La classificació de les persones usuàries en programes organitzats per diagnòstics en lloc de trajectòries de recuperació.
- El finançament dels dispositius per exemple en funció dels percentatges de certs diagnòstics.
- La definició de rols professionals, l'adjudicació de places, l'equilibri de nombre i poder entre professions i la promoció dins de la jerarquia.
- La capacitat de decisió sobre continguts a les institucions on es formen els i les futures professionals.

Tot i això, amb l'esforç de moltes persones usuàries, familiars i professionals hem aconseguit introduir alguns temes a l'agenda. Podem destacar el debat sobre l'abolició de les contencions mecàniques i la involuntarietat en els tractaments i ingressos, la inserció dels documents de voluntats anticipades (DVA) i de planificació de decisions anticipades (PDA) a la història clínica compartida, la implementació de la figura d'agent de suport entre iguals al sistema, i en general, que els organismes i professionals comencin a fer l'esforç de plantejar les intervencions en termes de recuperació i benestar. Totes aquestes iniciatives, però, tenen en comú que després d'anys de documents, reunions i projectes pilot, encara estan per fer.

No vull que pensin que són davant d'una persona amb una visió parcial sobre la salut mental influïda per la meua pertinença a col·lectius que reivindiquen reformes. Jo mateix he estat format en aquest mateix sistema i soc autor de manuals sobre tractament psicològic amb capítols dividits per diagnòstics. Tampoc vull que pensin que tinc una visió unidimensional i que no reconec el pes de la dimensió biològica del patiment psíquic. Des dels col·lectius en primera persona no estem en contra del coneixement, però sí de generar coneixements amb costos milionaris amb un impacte nul en el benestar de les persones. Aquest ha estat el cas de diverses línies en neurobiologia i genètica, mentre hem estat incapaços de reduir les intervencions coercitives i iatrogèniques en general. Aquesta opinió la compartim amb familiars i professionals. En paraules del president del grup de treball que va escriure la quarta versió del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV) i director emèrit del departament de psiquiatria de la universitat de Duke: "L'abandonament dels malalts mentals greus és una plaga a la nostra societat que la investigació genètica no resoldrà. Està bé apuntar a les estrelles, però no quan estem fallant en la nostra responsabilitat diària. Menys glamur, més compassió". Ens hem d'observar, detectar àrees de millora i no quedar-nos en les paraules. Comptem amb bons professionals de l'àrea de la biomedicina als que hem de proporcionar formació i context per a que puguin treballar de forma integrada amb altres professions d'arrelament psicosocial i amb les mateixes persones afectades per proporcionar la millor de les atencions.

Tampoc proposem ignorar la simptomatologia. El patiment és real i pot ser un obstacle per a la ciutadania plena. Tot i això, un sistema d'atenció a la salut mental centrat en els símptomes no aborda la complexitat de les necessitats i esperances de les persones. La nostra proposta és moure el focus de la simptomatologia a la ciutadania plena, de tal manera que els símptomes siguin un element més a tractar i la ciutadania una condició i resultat principal de qualsevol intervenció en salut mental. Per això, reivindiquem entendre l'acompanyament en salut mental com un procés en què les i els professionals fomentin la ciutadania de les persones usuàries en termes de:

- Ser més conscients dels seus drets i aprendre estratègies per exercir-los de manera assertiva i respectuosa.
- Assumir responsabilitats d'acord amb les seves capacitats, avaluant riscos sense imposar límits.
- Exercir rols considerant tant les seves preferències i necessitats com les d'altres persones a les seves comunitats.
- Obtenir i gestionar recursos per elles mateixes.

- I establir relacions de suport mutu i complicitat amb altres persones sense importar edat, ètnia, gènere o classe social.

Sé que no està en el poder d'aquesta comissió un canvi conceptual d'aquestes característiques que implicaria reformes profundes, moltes subjectes a legislació estatal. Però sí que és a les seves mans fer propostes perquè les intervencions que afecten negativament la ciutadania de les persones deixin de ser considerades efectives. En aquesta línia, cal posar a l'agenda els canvis pragmàtics que hem comentat abans i que suposarien un avenç cap a un sistema en què els i les professionals treballen en funció de les necessitats i preferències de les persones usuàries en lloc de malgrat elles. Quan una persona acudeix a un centre sanitari ho fa essent vulnerable i sol·licitant ajuda, no obstant, en ple segle XXI, hi ha persones que quan demanden ajuda es senten menystingudes, reben tractaments amb considerable potencial iatrogènic, son ingressades contra la seva voluntat o pateixen tortura. Sovint els i les professionals de salut mental es troben en un context que fomenta el paternalisme, el curtplacisme o fins i tot la coerció doncs hi ha falta de recursos humans i materials, falta d'infraestructura que ajudi a les persones vulnerables a sentir-se acollides, falta de temps per poder entendre i fer-se entendre, no hi ha un registre on es puguin consultar les preferències de les persones usuàries i, malgrat les solidíssimes evidències científiques i experiències internacionals, la participació de persones amb experiència pròpia al sistema de forma efectiva és residual.

Començàvem parlant de les definicions i els documents de l'OMS. A Catalunya, el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions i altres organismes han recollit les propostes del moviment en primera persona generant altres documents i aquest mateix dimecres s'han presentat algunes d'aquestes propostes a la segona reunió del Pacte Nacional de Salut Mental. Volem anar més enllà dels documents, per això us demanem suport polític per dur a terme les transformacions que el sistema d'atenció a la salut mental necessita.

Moltes gràcies per la seva atenció.