

Retos de la Salud mental Comunitaria desde la mirada en primera persona

Por Silvia García Esteban

En primer lugar, quería dar las gracias a los organizadores de esta Jornada por contar conmigo y por permitirme compartir mesa con una compañera como Bárbara a la que admiro tanto.

Creo que es muy significativo que dos expertas en primera persona estemos en este acto de clausura. Es reflejo de un momento de cambio que estamos viviendo a pesar de que convivimos paralelamente también, con el peligro de una profunda involución debido a esta ideología de aniquilación del Sistema Público de Salud que afecta singularmente al modelo de Salud mental Comunitaria.

Un peligro que no deja de poner en riesgo el respeto de los derechos humanos y los apoyos necesarios para la recuperación de las personas que sufren problemas de Salud Mental.

Este fin de semana conocía la noticia de que mi solicitud de ingreso como socia de la AEN había sido aceptada con una amplia mayoría, y de esta forma no solamente la mía, sino que con este paso hacia adelante se ha abierto la puerta a la entrada de tantos otros compañeros que realizan el mismo trabajo que yo y que acompañan el sufrimiento desde otra mirada necesaria.

Por lo que tenemos que ser conscientes de que soplan vientos de cambio a la vez que peligros que tenemos que atravesar juntas.

Es importante escuchar la voz en primera persona para construir un modelo de atención diferente, más basado en los cuidados y en el respeto al otro y su singularidad, que en la coerción y en el control social.

La idea es construir juntas, incorporando todos los discursos que aporten luz para cambiar hacia un nuevo paradigma que se vertebre en un modelo comunitario potencialmente reparador e integrador y no lo que actualmente tenemos.

La voz en primera persona nos trae un punto de vista diferente, un punto de vista que no está teñido de los privilegios inevitables que tenéis y que forman parte de la jerarquía que impone la institución de Salud Mental, es

como un espejo que puede señalar los daños que recibimos y que no se pueden ver sino se hace desde este lugar. Partimos de la base de que la mayoría de profesionales de Salud mental, quieren hacer un buen trabajo, dar una buena atención a las personas que acompañan, pero les falta una pieza fundamental del puzzle y es lo que Bárbara y yo venimos a señalar hoy aquí.

Esperamos poder trabajar juntas para el bienestar común, porque el buen trato no sólo repercutirá en nosotras ni en vosotros, un trato desde el respeto implica también un cambio social en la medida en que sin ninguna duda la mejora en la posibilidad de recuperación de las personas implicará una sociedad menos dañada y más democrática.

En esta pequeña intervención me gustaría ir señalando algunos puntos importantes que es necesario cambiar para construir este nuevo paradigma que tanto necesitamos.

Me gustaría empezar por vuestra mirada hacia nosotros, y quería comenzar con un poema de mi admirada Piedad Bonnet, una poeta superviviente del suicidio de su hijo Daniel a los 28 años de edad a causa de un profundo sufrimiento psíquico.

El Poema se llama Cicatrices, de su libro “Lo terrible es el borde” y dice así:

LAS CICATRICES

No hay cicatriz, por brutal que parezca,
que no encierre belleza.
Una historia puntual se cuenta en ella,
algún dolor. Pero también su fin.
Las cicatrices, pues, son las costuras
de la memoria,
un remate imperfecto que nos sana
dañándonos. La forma
que el tiempo encuentra
de que nunca olvidemos las heridas.

Lo traigo aquí porque creo que uno de los grandes fallos del sistema y que tanto alimenta el estigma social es desde dónde se nos mira, cualquier otro lugar que no implique la realidad de que trabajáis con personas heridas nos aleja de la buena mirada.

Hemos llegado ya a cierto consenso acerca de que en el sufrimiento psíquico que hoy acecha más que nunca a la sociedad y en concreto a la

juventud, hay un factor que daña y que es el modelo de sociedad que tenemos. Eso que se nombra como los problemas del vivir en una sociedad profundamente competitiva, individualista, productivista, con una ruptura del tejido social y una destrucción de los vínculos.

Pero a veces nos da la sensación de que nosotros estuviéramos aparte de este discurso, como si en los problemas de salud mental no hubiera un continuum porque nosotras sufrimos trastorno mental grave y el resto de sujetos problemas del vivir.

La forma de nombrarnos: “enfermos mentales”, personas con “trastorno mental grave”, “personas con enfermedad mental grave, crónica y duradera” ya implica una forma de violencia que nos separa del resto de la sociedad y que de alguna forma destila una no creencia en la recuperación.

No olvidemos que el lenguaje es poder y que es imprescindible cambiar este lenguaje para que haya una transformación de la realidad.

Este lenguaje implicaría aceptar esa línea imaginaria y ficticia entre locura y cordura como forma de mantener a salvo nuestro sistema social.

La realidad que hoy me gustaría traer aquí es que lejos de esta ficción comúnmente aceptada y causada por una mirada biologicista y desde un modelo biomédico imperante, lo único que nos diferencia es el grado de violencias y de dificultades vitales a las que hemos sido expuestos.

Lo que nos diferencia es que en este complicado tránsito que nos ha tocado atravesar nos hemos roto, porque nuestros síntomas no son disfunciones, son un sistema de defensa que hemos generado para sobrevivir a una profunda hostilidad en la que nos ha tocado navegar.

Mi historia no se diferencia mucho de la de tantos compañeros: malos tratos psicológicos en la infancia, sobrevivir a un discurso descalificador desde el mismo momento de nacer y después de esa vulnerabilidad ya instalada en mi estructura, abusos sexuales a los once años de edad.

Sufrir abusos sexuales es una experiencia que ya sabemos que afecta a más del 50% de mujeres con sufrimiento psíquico, que te marca y te deja una herida o una cicatriz, dependiendo del sistema de apoyos que hayas tenido.

En mi caso esta experiencia me condenó a una disociación para poder sobrevivir, rompiendo mi yo en dos pedazos, uno que sabía lo que había ocurrido y otro, con el que continué mi vida, que ignoraba esta experiencia pero que me condenó a vivir con un yo absolutamente fragilizado.

La disociación no es una disfunción de mi psiquismo enfermo, es la forma que encontré para defenderme de una experiencia imposible de integrar con 11 años.

Por lo tanto, lo que me ha ocurrido en mi vida no es ningún desequilibrio bioquímico, no tengo un cerebro roto, no me ha caído ningún rayo en la cabeza que me ha provocado una “enfermedad mental”, me han pasado muchas cosas malas en la vida.

No olvidemos la estadística que dice que entre el 75%-80% de mujeres con problemas de salud mental ha sufrido violencia de género o violencia en el ámbito familiar. Con lo cual es imprescindible también una mirada de género en la atención del sufrimiento.

Los diagnósticos, o ese lenguaje que se utiliza para nombrarnos invisibiliza nuestros contextos biográficos y de vulnerabilidad, también nuestros determinantes sociales de la salud y enfoca la causalidad de nuestro sufrimiento en una enfermedad que no existe.

Nuestras historias de vida se invisibilizan y las etiquetas diagnósticas que están basadas en una visión desde el déficit merman nuestra capacidad de decidir sobre nuestras vidas, sobre nuestros tratamientos y sobre nuestra autonomía.

Como según este discurso estamos enfermas lo mejor que puede pasar es que alguien tome decisiones por nosotras, decisiones que siempre dañan en la medida en que no son nuestras y no incluyen nuestra singularidad, dependemos muchas veces de un médico que se erige como principio de realidad y que a veces nos impone una vida que no es la nuestra y en la que no hemos podido decidir nada.

Desde aquí el abordaje suele ser puramente farmacológico, silenciando nuestras narrativas ni ofreciéndonos la posibilidad de poner en palabras nuestras heridas, algo imprescindible para nuestros procesos de recuperación.

No tengo un discurso contrario a la medicación psiquiátrica, creo que debería estar al servicio de aliviar el sufrimiento en fases agudas del malestar de las personas. Pero sí soy crítica respecto a cómo se utiliza: la sobremedicación es una forma de violencia.

Una forma de violencia en tanto que sus efectos secundarios, en estas dosis, llegan a anular a la persona, les impiden en muchos casos el poder sentir emociones, convirtiéndose en una camisa de fuerza química.

Los fármacos, de ninguna manera pueden sustituir a la escucha y a que los profesionales de salud mental se escuden en ellos para dejar de acompañar y de sostener a la persona que sufre, porque de esto se trata.

La medicación debería ser utilizada con la mínima dosis posible para que la persona pueda continuar con su vida y durante el mínimo tiempo posible.

Ya tenemos estudios a largo plazo que indican que cuantos más años de la administración de fármacos, menor es el índice de recuperación en las personas. También sabemos que la discontinuación de estos tratamientos después de largo tiempo de ingesta de fármacos produce síndrome de abstinencia y dificulta el poder vivir sin ellos. Algo que antes se explicaba por el efecto recaída hoy sabemos que es síndrome de abstinencia.

Medicar a una persona, no escuchar su narrativa y citarla cada tres o seis meses no es atender la Salud mental, es abandonar a las personas.

También quiero introducir aquí que se muestra necesario un modelo comunitario de atención a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

Es imprescindible por tanto la información veraz y el consentimiento informado en los tratamientos farmacológicos, donde las personas sean conscientes de los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo, de los riesgos y beneficios y de todas las posibilidades de tratamiento. Ya sabemos que el principio de inocuidad de estos tratamientos es falso.

Otra medida imprescindible es el respeto a la Ley de Autonomía del paciente, tenemos derecho a decidir, a elegir nuestros tratamientos con toda la información posible y veraz. Y esto, a día de hoy, en pocos lugares se cumple.

La reivindicación de la necesidad de mayor número de profesionales es algo que apoyamos, pero no sin una reflexión importante: no queremos

un ejército de profesionales que sigan ejerciendo las mismas violencias. Si el número de profesionales debe aumentar es para cambiar el modelo de atención, no para continuar con la perpetuación de estos roles que tanto daño hacen.

Si aumentar el número de profesionales implica más escucha, responder a la necesidad de apoyos que las personas demanden, apoyar en la construcción de sus narrativas, desmedicalizar o disminuir los fármacos en la medida de las posibilidades y deseos de la persona, y acompañar en la construcción de proyectos significativos de vida, entonces apoyamos esta demanda.

Si por el contrario esto está al servicio de patologizar la atención y de someter al sujeto al sistema sin reconocer las violencias que padece y desde un lugar adoctrinador utilizando la psicoeducación como arma, entonces lo cuestionamos.

También es necesario que las narrativas en primera persona estén en las formaciones de los profesionales, cómo va a cambiar el modelo de atención si no transformamos la mirada de aquellos que se están formando y que luego continuarán con el mismo sistema.

Si hablamos de los programas de continuidad de cuidados ocurre lo mismo, hay que reflexionar al servicio de qué están.

¿Están para acompañar o están para ejercer un control sobre la vida de las personas?

Y hablo también desde el conocimiento de beneficiosas intervenciones desde enfermería, donde enfermeros especialistas en salud mental han salido de sus despachos y han dado un soporte imprescindible en la recuperación de las personas. Han ido al contexto de los pacientes, han conocido sus realidades, y desde ahí han acompañado sus procesos.

¿Y no es acaso la verdadera atención comunitaria? ¿No es el fin mismo del sistema incidir en el apoyo para que la persona se integre en su ecosistema social en la misma condición de igualdad que el resto de ciudadanos?

Y esto pasa por salir de los despachos en los que muchas veces estáis atrincherados, conquistar parques, y no desconectar de esta realidad

social en la que la persona vive y que forma parte de su sufrimiento pero también de sus posibilidades de recuperación.

Por el contrario, también he sido testigo de programas de continuidad de cuidados que únicamente están al servicio del control, de estar pendientes de si la persona acude a ponerse el depot y si no llamarla o implementar la organización de todo un entramado para que la ambulancia psiquiátrica acuda a su domicilio y la lleve a ingresar. Pero sin escuchar ni tener en cuenta al sujeto

Esto no es continuidad de cuidados, esto es un sistema de vigilancia donde los procesos de las personas, sus dificultades, y sus padecimientos vitales no están en el centro, no hay una atención centrada en la persona sino en su control con una falta de respeto hacia su identidad y sus decisiones.

Por eso hay que poner mucha atención en las palabras y en el significado que tienen esas palabras en el contexto donde trabajamos.

Poner todos estos significantes: modelo comunitario, continuidad de cuidados, acompañamiento, no tienen un significado en sí mismo si no lo llenamos de contenido desde una perspectiva crítica, porque a veces se pueden convertir en grandes eufemismos en los que subyace otra forma de violencia incluso más perversa.

Trabajar desde lo Comunitario implica también hacer visible a la Sociedad la realidad del sufrimiento psíquico, la discriminación y el estigma, la pobreza asociada a las personas que sufren problemas de salud mental por la falta de apoyos en la recuperación, por la falta de tratamientos psicoterapéuticos cuando son necesarios y por la falta de posibilidades reales de integración en la sociedad.

Pero aquí topamos con uno de los grandes problemas, hace unos años se hizo una encuesta sobre cuál era el colectivo con más estigma social respecto a las personas con problemas de salud mental y la encuesta afirmó que eran los propios profesionales de salud mental.

Se necesita un trabajo de revisión continuo de los prejuicios, un cuestionamiento del trabajo, de qué implican los modelos en los que trabajáis y cual es la realidad que subyace detrás.

Se necesita también un trabajo de incidir en el entorno próximo para que las personas tengan verdaderas oportunidades de participación social y de disfrutar plenamente de sus derechos sociales. Esto también es trabajar desde el modelo comunitario, no lo olvidemos.

Quiero para ir finalizando, incidir en la imperiosa necesidad de que las personas con sufrimiento psíquico que nos dedicamos a acompañar desde el modelo peer to peer, o agente de apoyo entre iguales esté plenamente incorporado en todos los recursos de Salud mental.

Creo que esta necesidad surge no solamente porque somos una figura que puede apoyar procesos de personas con sufrimiento, aportando esperanza y modelos de recuperación desde un lugar no jerárquico, sino porque puede ser muy importante para transformar el sistema de Salud mental desde dentro, una transformación hacia la humanización real.

Estar en los equipos, dar nuestra visión de lo que daña y lo que es beneficioso en la recuperación mejorará sin duda la atención en Salud mental y con ello ganaremos todos.

Tenemos que comenzar a trabajar juntos, unir saberes, deconstruir y construir, escuchar y ser escuchados. El valioso saber en primera persona no puede seguir siendo desechado e infravalorado.

Sabemos que lo que tenemos no nos sirve, pero creo profundamente que nuestra unión puede mejorar mucho el estado de las cosas.

No podemos seguir tolerando la vulneración de derechos humanos, los abusos de poder, la pérdida muchas veces de los derechos civiles de las personas que sufren problemas de salud mental. Porque esto no es propio de un Estado de Derecho del siglo XXI en el que estamos, porque sin duda una sociedad en la que se maltrata a aquellas personas más frágiles y vulnerables no es una sociedad digna.

Está en nuestra mano cambiarlo, está en nuestra mano unir nuestras fuerzas para que los cuidados estén en el centro de las intervenciones, está en nuestra mano acompañar a aquel que está sufriendo ofreciéndole una mano que le sostenga mientras pasa la tormenta.

Porque las personas con sufrimiento psíquico podemos recuperarnos, es un derecho que tenemos, que la sociedad nos ofrezca todos los apoyos

necesarios para tener vidas dignas de ser vividas, como una cuestión de justicia social y os necesitamos para construir este camino.

Muchas gracias