

**1<sup>a</sup> Jornada “La GCM en salud mental: per una nova cultura asistencial”**  
**13 de diciembre de 2019**

**REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Leticia Medeiros Ferreira, MD, MSc, PhD

Cap Clínic CSMA Nou Barris Nord

Mientras reflexionaba sobre los cambios vividos desde los primeros procesos de reforma psiquiátrica hasta este nuevo momento de cambio de paradigma en el cual estamos insertados, me ha evocado esta definición de todo lo que es proteico/cambiante:

“Proteo era un dios griego del mar (relacionado con Poseidón) que adoptaba diferentes formas y era conocedor de los secretos del pasado, del presente y del futuro. Sin embargo, Proteo era muy astuto y se mostraba reticente a compartir su saber a menos que alguien le cogiera mientras dormía y resistiese mientras él ejecutaba una sucesión de cambios de forma bruscos y difíciles de soportar. No resultaba fácil agarrar a un león que se transformaba en una serpiente para luego transformarse en agua. Proteo personifica las formas líquidas, indefinidas y mutables”.

Lo proteico puede definir todo: los tiempos que vivimos, los cambios globales, las relaciones humanas, nuestro trabajo clínico o campo de estudio, para citar algunas. Constituye nuestro día a día, en sus formas más bellas y a la vez más inquietantes. Desde el primer contacto en una visita de acogida en un centro de salud mental, este hito fundacional de una relación terapéutica, hasta el proceso de construir esta misma relación basada en la confianza y en la colaboración, hay muchos cambios de formas. Hay que resistir, todos los involucrados, lo sabemos.

En este contexto, la escucha y la mirada, entendidas desde su sentido más amplio, van a ser grandes aliados para promover este cambio de paradigma clínico tan necesario en los dispositivos de salud mental. El trato/el buen trato, este trabajo de artesanía realizado por varias manos (usuarios, familiares, profesionales) articulará la red de apoyo necesaria para el desarrollo de la persona que atendemos para lograr lo que llamamos “Recuperación”.

Entendida como “la experiencia de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad, de manera que experimentan y recuperan un nuevo sentido de sí mismos” (Deegan, 1988) o como “un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria y esperanzadora, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos de la enfermedad mental” (Anthony, 1993).

La recuperación es uno de los conceptos que guía de forma subliminal el plan terapéutico individualizado de cualquier persona que se trata, por ejemplo, en nuestro centro de salud mental, dado que esta orientación nos lleva a considerar el proceso personal de cada individuo por encima de nuestros objetivos en el pronóstico. Eso nos recuerda la importancia de acompañar los procesos terapéuticos para “no hacer daño” y buscar siempre confeccionar aquel “traje a medida” del que tanto se habla en las reuniones de discusiones de casos en los dispositivos de salud mental.

A nivel del individuo, la recuperación involucra cinco procesos centrales: 1) conectarse con otros; 2) tener un sentido de esperanza y optimismo sobre el futuro; 3) tener un sentido positivo de la identidad; 4) otorgar un sentido o significado a la propia vida; y 5) cuidarse y decidir por sí mismo (Tondora et al, 2010). De acuerdo con estos procesos, la recuperación puede promoverse a nivel individual a través de: 1) fomentar las relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima; 2) transmitir esperanza; 3) centrarse en las fortalezas (en contraposición a los déficits) y en los esfuerzos de la persona para desarrollar y mantener un sentido de la propia identidad; 4) apoyar a la persona en la realización de actividades de las

que pueda derivar sentido y propósito; y 5) estimular a la gente para que asuma el cuidado de sí misma y reivindique sus derechos de ciudadanía e inclusión social.

A nivel institucional, la prestación de atención orientada a la recuperación se basa en un plan de atención centrado en la persona en el que el individuo y sus seres queridos desempeñan un papel integral en asociación con los profesionales. Un plan de cuidado centrado en la persona es un plan que aspira a capacitarla a vivir una vida que ella y sus allegados valoran positivamente e incluye los servicios y apoyos que pueda necesitar para hacerlo, como, por ejemplo, tratamientos para reducir o superar los síntomas y otras barreras generadas por el sufrimiento psíquico. Como el plan también se orienta a promover el autocuidado y la gestión de la enfermedad, incluye los pasos que la persona tendrá que tomar por sí misma, así como las tareas que la familia y los amigos han acordado asumir. Por último, es importante que la persona y su red social desempeñen un papel importante en colaboración con los profesionales en el desarrollo del plan (Davitson y González-Ibañez, 2017).

Dicho de otra manera, la práctica clínica en salud mental tiene algo que va mucho más allá del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico y el motivo por el cual estamos reunidos aquí hoy es apenas un ejemplo de ello. La forma de tratar a las personas con problemática grave de salud mental (como en el caso del espectro de las esquizofrenias) tiene que ser proteica por naturaleza. En caso contrario se sedimenta, negando la subjetividad a los diferentes actores que participan del acto terapéutico. Con esta cristalización se pierde la capacidad de la colaboración y la clínica se torna impositiva, independientemente del modelo terapéutico del cual provenimos. Para trabajar en el campo de la salud mental hay que dominar los tratamientos farmacológicos, estar familiarizado con la diversidad cultural y saber tratar de forma psicoterapéutica los procesos de enfermedad en sus más distintas formas. Además, y probablemente sobre todo, de la sensibilidad que nos posibilitará acompañar al otro. Por este motivo, creemos que profesionales con distintos bagajes culturales, escuelas terapéuticas y formas de ver y sentir el mundo que les rodea, son importantes para la construcción de esta nueva forma de asistencial.

En esta línea, el proyecto sobre la Gestión Colaborativa de la Medicación, un proyecto de acción-participativa en salud mental, toma como foco el acceso por parte del usuario a la información necesaria sobre los tratamientos psicofarmacológicos y sus alternativas. Su objetivo es implementar políticas de salud integradoras que persigan un nivel pleno de ciudadanía de los afectados, entre otros objetivos ya mencionados por los/las colegas.

Este proyecto desarrollado en nuestro CSMA (y también el el CSMA Badalona 2) nos ha permitido conocer mejor la realidad en la cual estamos insertados y abrir el debate a los usuarios y sus familiares sobre qué significa todo eso que llamamos procesos de salud-enfermedad-salud/vínculo/recuperación/preferencias, no necesariamente en este orden, y mucho más. Está en consonancia con otros conceptos como la toma compartida de decisiones (shared decision making), a toma asistida de decisiones (supported decision making) y el diálogo abierto (open dialogue).

La toma de decisiones es una interacción social compleja y dinámica que involucra al profesional y al usuaria/o en un proceso de trabajo conjunto para seleccionar toda la información posible que ayudará a la persona a alcanzar su objetivo. De nuevo, se nos aparece Proteo. Mientras existe un consenso en medicina en que la toma compartida de decisiones es el camino a seguir, en salud mental hay controversias. En Inglaterra, lo recomiendan desde las políticas públicas en los servicios de atención de salud mental de adultos (NHS, 2011). En los Países Bajos, han encontrado que este modelo de atención redujo el abuso de sustancias y mejoró la calidad de vida de los 220 pacientes de una unidad de agudos que participaron del estudio (Jooster et al, 2009). En un estudio clínico controlado realizado en Michigan (EEUU), y donde participaron 80 usuarios de un centro de salud mental, mostró ventajas clínicamente significativas en la capacidad de participar en la planificación y revisión del plan terapéutico (Woltmann et al., 2011).

Más cerca. Un estudio realizado en las Islas Canarias analizó las respuestas de 1477 usuarios y comparó la experiencia entre los pacientes que acudían a un CSMA y a la Atención Primaria. Sus autores encontraron que los usuarios que acudían al CSMA argumentaron que habían sido ayudados a entender la información ofrecida pero que no se les preguntaba sobre

la opción de tratamiento preferida, que no había negociación y que la selección del tratamiento no era fruto de un consenso (De las Cuevas et al. 2013). En una revisión sistemática de Cochrane en el año 2015, concluyeron que, de momento, no hay evidencias robustas. Sin embargo, la evidencia disponible hasta el momento en diversos contextos apunta a un aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico cuando los pacientes están verdaderamente implicados. Todo eso si pensamos desde el punto de vista estrictamente relacionado con el tratamiento psicofarmacológico. Si pensamos desde el punto de vista ético: es un derecho. Se trata de un proceso que involucra al “experto por el entrenamiento” (el clínico) y al “experto por la experiencia” (el paciente), ambos contribuyendo con su conocimiento y siendo respetuoso con la perspectiva del otro (Slade, 2017).

El proyecto CEDAR (Estudio sobre la toma de decisiones clínicas y pronóstico en contexto ambulatorio para personas con trastorno mental grave) capitaneado por la Unión Europea en países de nuestro entorno (Dinamarca, Alemania, Hungría, Italia, Suiza y Reino Unido) durante los años 2009-2014, evidenció que un total de 588 usuarios y sus respectivos profesionales de referencia preferían la toma compartida de decisiones en lugar de que se hiciera de forma unilateral por uno u otro. Sin embargo, al analizarlo estadísticamente en mayor profundidad se observó que el pronóstico era mejor cuando los clínicos apoyaban la toma de decisiones por parte de los usuarios (Puschner et al., 2013). Lo que nos lleva a pensar que más que la toma compartida de decisiones, la toma asistida de decisiones es preferible a largo plazo a fin de maximizar la satisfacción y promover el ejercicio más pleno de ciudadanía. Proteo se viste de desafío, no sólo para profesionales como para los usuarios y sus familiares. Las consideraciones éticas y culturales todavía ralentizan el proceso de cambio de paradigma y la implementación de iniciativas novedosas como la gestión colaborativa de la medicación y la toma asistida de decisiones.

Este movimiento es imparable dado que los sistemas internacionales están en proceso de transición hacia a servicios altamente comunitarios que envuelven interacciones entre personas con conocimientos muy diversos sobre salud mental y que desean una participación activa en su proceso de recuperación. La horizontalidad, la colaboración y la participación

son elementos fundamentales de este cambio de paradigma. Esto sería ser congruente con al menos 3 preceptos del Juramento Hipocrático (en algunas de sus versiones, 1948):

- VELAR ante todo por la salud y el bienestar de los pacientes;
- RESPETAR la autonomía y la dignidad de los pacientes;
- COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud”.

## **Referencias bibliográficas**

Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4), 11-23.

Davitson L, González-Ibañez A. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2017;131:189-205.

Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988;11(4), 11-19.

De las Cuevas C, Penate W, Perestelo-Pérez L et al. Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:1045-52.

Joosten EAG, de Jong CAJ, de Weert-van Oene GH et al. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance- dependent patients. *Psychother Psychosom* 2009;78:245-53.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. CG136. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.

Puschner B, Neumann P, Jordan H et al. Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS). *BMC Psychiatry* 2013;13:48.

Slade, M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World psychiatry* 2017;146-153.

Tondora J, Miller R, Davidson L. The top ten concerns redux: Implementing person-centered care. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica* 2010;1.

Tondora J, Miller R, Slade M, Davidson L. Partnering for recovery in mental health: A practical guide to person-centered planning. London: Wiley Blackwell;2014.

Woltmann EM, Wilkniss SM, Teachout A et al. Trial of an electronic decision support system to facilitate shared decision making in community mental health. *Psychiatr Serv* 2011;62: 54-60.