

ENFERMEDAD MENTAL, LA DEFENSA Y RECUPERACIÓN: ¿ESTAMOS PREPARADOS O NO?

Jeffrey Geller, MD, MPH

Un programa nacional de salud mental debe reconocer que la enfermedad mental grave es el problema central y un asunto pendiente del movimiento de salud mental.

Action for Mental Health, 1961

Los defensores de la salud mental en Estados Unidos han estado activos desde la apertura del primer institución psiquiátrica pública –el *Eastern State Hospital* en Williamsburg, Virginia– en 1772. El fomento y la función de los defensores continúan en la actualidad, 240 años más tarde, en la medida en que la comunidad de la salud mental ejerce presión por los derechos y las preocupaciones de las personas que viven con enfermedades mentales. Las iniciativas de defensa se centran en diversos temas, tales como la cobertura de seguro de salud integral (p. ej., la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible federal), la implementación de instrucciones anticipadas y la necesidad de servicios especializados para los niños con condiciones de enfermedad mental y sus familias. Este boletín informativo de psiquiatría estudia la historia de la recuperación y las actividades de defensa, los obstáculos y las estrategias para el movimiento de defensa, y las posibles dificultades que enfrentan los defensores por no trabajar en conjunto hacia objetivos comunes.

La recuperación como centro de la defensa

La recuperación, probablemente el punto central fundamental en el abogar y defensa contemporánea, es un concepto que ha tenido altibajos en su importancia para la psiquiatría estadounidense desde la edad de oro de los "asilos de locos", que fueron fundados bajo el principio de la recuperación. Los psiquiatras en los asilos se concentraban en retirar de las personas afectadas las fuentes de estrés (familias, trabajo) y llevarlas a un ambiente de curación (asilo), en donde el director, asistido por un personal poco numeroso, podía buscar la cura de cada paciente individual y devolver el paciente a la comunidad. Al entender a la locura como una enfermedad aguda que se podía curar durante cada episodio y si solo se tenía en



cuenta las dadas de altas, los directores informaban índices de cura que superaban más del 90 por ciento. Para la década de 1880, Pliny Earle, el director de la institución psiquiátrica en Northampton, Massachusetts, había documentado las falacias en las estadísticas de los directores (Earle, 1887).

Desde finales de la década de 1880 hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría estadounidense dejó de centrarse en la recuperación como objetivo fundamental de defensa. El tamaño de las poblaciones de los hospitales estatales –conformadas por personas con enfermedades mentales, con neurosífilis, adultos mayores o personas que simplemente no tenían a dónde ir– creció más allá de toda expectativa, con hospitales estatales con 16,000 a 18,000 pacientes. El enfoque en la recuperación reapareció en la década de 1950 con un énfasis de los hospitales estatales en las habilidades sociales, el trabajo, y el regreso de los pacientes a la comunidad y a la población activa (Geller, 2000). Antes de que la recuperación pudiera ganar nuevamente terreno, la recuperación hospitalaria se perdió ante el nuevo enfoque de simplemente sacar a los pacientes del hospital, lo que se conocía anteriormente como "desinstitucionalización". En los últimos años, el concepto de la recuperación se ha vuelto a destacar entre las comunidades de salud mental y psiquiátrica y los profesionales. La *American Association of Community Psychiatrists* [Asociación Estadounidense de Psiquiatras Comunitarios] fue el primer grupo de profesionales

en centrarse en la versión moderna de la recuperación, como lo prueban las pautas que estableció la organización sobre la recuperación en 2003 (AACP 2003). En julio de 2005 (APA 2005) la recuperación se convirtió en un enfoque central para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría al adoptar una posición declaratoria referida a la recuperación. Asimismo, la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias ha impulsado recientemente el programa de recuperación con todas las herramientas dentro de su cartera.

Como en cualquier movimiento, hay algunas personas que están al frente. Entre los líderes del resurgimiento de la importancia de la recuperación se encuentran Judy Chamberlin (fallecida) y Dan Fisher, MD, PhD, del Centro Nacional de Empoderamiento [National Empowerment Center]; Pat Deegan del Instituto para el Estudio de la Resiliencia Humana Institute for the Study of Human Resilience]; Fred Frese, PhD, de la Universidad de Medicina del Noreste de Ohio [Northeast Ohio Medical University]; y William Anthony, PhD, del Centro para la Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston [Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation]. Anthony fue la primera persona que no se autoidentificó como una persona con enfermedad mental grave actual o anterior en pedir un cambio fundamental en el tratamiento psiquiátrico a un modelo de recuperación (Anthony, 2000).

Obstáculos para la defensa

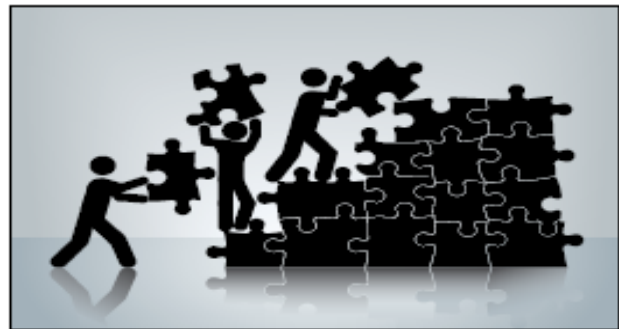
Los impedimentos para una defensa eficaz para mejorar el tratamiento y los servicios basados en la comunidad se han mantenido prácticamente sin cambios durante 50 años. Un obstáculo para lograr la defensa ha sido la falta de colaboración, que puede deteriorarse hasta llegar a un fuerte antagonismo y una hostilidad abierta entre las tres principales cohortes de la defensa de la salud mental: los profesionales, las personas con enfermedades mentales/los grupos de consumidores y las familias y otros defensores de las personas con enfermedades mentales. El otro obstáculo para la defensa es la lucha interna dentro de las cohortes, p. ej., entre el psiquiatra y el psicólogo, los pacientes a favor y en contra de la medicación psicotrópica, y los miembros de la familia a favor y en contra de los medicamentos involuntarios para los pacientes ambulatorios.

Solo cuando estas diferentes cohortes puedan defender de manera uniforme las mejoras en el sistema de atención de las personas con enfermedades mentales, surgirá la defensa de esta población de su estado marginado y se logrará un movimiento hacia la reforma gubernamental.

Estrategias de defensa

Las tres cohortes de defensores enfatizan diferentes métodos de defensa. Los profesionales se concentran en ejercer presión a través de organizaciones que a menudo tienen un cabildero pagado para informar a los legisladores, los grupos de consumidores utilizan las manifestaciones y las protestas, y las familias se organizan para educar y presionar a los encargados de formular políticas. El énfasis en los diversos métodos de defensa ha tendido a ocultar las prioridades comunes de

estas cohortes separadas. Por ejemplo, los grupos de consumidores protestan contra el uso de dispositivos de sujeción, mientras que los profesionales trabajan para reducir los dispositivos de sujeción al mínimo necesario. Dado que estos grupos tienen objetivos bastante similares, se podría suponer que estos dos grupos se podrían juntar para abordar la reducción de los dispositivos de sujeción con un objetivo común, pero esto rara vez ocurre.



Una defensa en conjunto

Cada uno de estos grupos de defensa tiene un punto de vista legítimo, pero únicamente cuando las personas que conforman el mundo de la psiquiatría -los pacientes, los médicos, los consumidores, los enfermeros, las víctimas y los beneficiarios- realicen un trabajo de abogar en conjunto, se podrán movilizar plenamente los recursos para la recuperación con el fin de lograr resultados positivos. Tal como se recomienda en la publicación de la Organización Mundial de la Salud de 2003, Fomento de la Salud Mental, estos grupos de defensores "deberían entablar diálogo con los representantes de todos los grupos involucrados en la defensa de la salud mental en el país o en la región. Es importante entender sus necesidades, sus motivaciones y sus distintos métodos de abordar la defensa. Ayudarles a encontrar temas y objetivos comunes puede contribuir a la creación de alianzas y coaliciones mientras que ayudarles a identificar sus similitudes puede darles más fuerza y poder para abogar tanto por la población general como por los gestores políticos sin perder por ello su identidad". (pág. 61) Los defensores deben unirse para desarrollar posiciones de consenso sobre:

- un esquema de seguro de salud no discriminatorio e inclusivo,
- una campaña para terminar con el estigma,
- un plan para la prevención de las comorbilidades,
- lugares para la rehabilitación/recuperación y
- un sistema de desarrollo profesional dirigido tanto a los proveedores de tratamiento, como a los especialistas en empleo que ayudan a las personas con discapacidades psiquiátricas a ingresar o regresar a un empleo competitivo.

La elección es nuestra. ¿Estamos preparados o no?

[Agradecemos sus comentarios: haga clic aquí para responder una encuesta breve](#)

Este es un producto de *Psychiatry Information in Brief*. Se puede encontrar una copia electrónica de este boletín informativo con las referencias completas en <http://escholarship.umassmed.edu/pib/vol9/iss4/1>. Las opiniones vertidas en este boletín son las de los autores y no necesariamente las de la Facultad de Medicina o el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Massachusetts.

Referencias

American Association of Community Psychiatrists (2003). AACP Guidelines for Recovery Oriented Services. http://www.communitypsychiatry.org/publications/clinical_and_administrative_tools_guidelines/ROSGuidelines.aspx

American Psychiatric Association. (2005). Use of the concept of recovery: A position statement.

Anthony WA (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. Psychiatric Rehabilitation Journal 24:159-168.

Earle P (1887). The curability of insanity: a series of studies. Philadelphia, J.B. Lippincott.

Geller JL (2000). The last half-century of psychiatric services as reflected in Psychiatric Services. Psychiatric Services 51:41-67.

Joint Commission on Mental Illness and Health (1961). Action for Mental Health, Basic Books, New York.

World Health Organization (2003). Advocacy for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance. Geneva.

[Enfermedad mental, la defensa y recuperación: ¿estamos preparados o no? - J. Geller](#)