

Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)

www.fearp.org



FEARP

Rehabilitación Psicosocial

Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)
www.fearp.org

Equipo Revista 4ª época (2019)
Dirección: Jaime A. Fernández (Canarias)
Secretaría de Redacción: Luis Pelegrín (Murcia)
Diseño y Maquetación: Noelia Morales (Grupo 5. Clariane)

Consejo de Redacción

Juan I. Fernández Blanco (Madrid)
Alejandra Reboveda (Galicia)
Cristina Gisbert (Cataluña)
Margarita Hernanz (País Vasco)
M.ª Asunción Garay (País Vasco)
Carolina Mogollón (Extremadura)
Daniel Navarro (Madrid)
Juan Lázaro (Valencia)
Daniel Pinazo (Castellón)

Consejo Asesor

Presidentes de asociaciones autonómicas de FEARP

Junta FEARP
Luis Pelegrín
Presidente FEARP
Carolina Mogollón
Vicepresidenta FEARP
Francisco Villegas
Vicepresidente FEARP
Isabel Contreras
Secretaría FEARP
Mónica García
Vicesecretaria FEARP
Alicia de la Calle
Vocal Formación FEARP
Jesús Rienda
Vocal FEARP por AVRISEM
Carlos Salamero
Vocal FEARP por AMRP
Ricardo Guinea
Expresidente y actual vocal WAPR
Martín Vargas
Expresidente FEARP , ex director de la Revista
Marta Rosillo
Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial
Victor R. Morales
Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial
Elisa Lucas
Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)
Enric Arqués
Asociación Fórum D'iniciatives Assistencials i de Gestió en Salut Mental a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa
Juan J. M. Jambrina
Asociación Astur Galaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial
Carolina Mogollón
Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial
Begoña Frades
Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)
Lluís Lalucat
BCN Salut Mental

Imágenes

Licencia de Contenido de Pixabay Diseño de Freepik
Canva Premium, libre de derechos de autor
Unsplash, libre de derechos de autor
Pexels, libre de derechos de autor
Manific, libre de derechos de autor

CONTENIDOS

CONTENTS

01	Sobre la rehabilitación psicosocial en la época actual: una perspectiva bioética On psychosocial rehabilitation in the current era: a bioethical perspective Perla Orozco-Vázquez, Alma Rosa Marroquín-Escamilla, Mirthala Cavazos-Parra, Juan Roque-Segovia, Nancy Martínez-Moreno, Antonio Díaz-Quiroz.	Pág. 10
02	Formar en libertad: la formación como práctica ética en psiquiatría comunitaria y rehabilitación psicosocial Training in Freedom: Education as an Ethical Practice in Community Psychiatry and Psychosocial Rehabilitation Rafael Sepúlveda.	Pág. 16
03	Ingresos involuntarios en rehabilitación psicosocial, una controversia de nuestra realidad asistencial expuesta bajo el método deliberativo Luciano Rodríguez del Rosario, Dulcinea Vega Dávila, Judit Herrera Rodríguez, Tomás Domingo Moratalla.	Pág. 28
04	Consentimiento informado: mucho más que una firma Izaskun Elortegi Kaiero.	Pág. 40
05	Espacios transversales en salud mental con perspectiva bioética Transversal spaces in mental health with a bioethical perspective Carolina Mogollón-Rodríguez.	Pág. 46
06	Conflictos éticos referidos por trabajadores hospitalarios o comunitarios de la red de salud mental de Álava: Un Estudio Comparativo Ethical Conflicts Reported By Hospital And Community Healthcare Workers Within The Alava Mental Health Network: A Comparative Analysis Margarita María Hernanz Manrique, Paloma González Fontecha, Juan Miguel Jordana Zorrilla.	Pág. 60
07	El Decálogo en primera persona: una herramienta participativa para avanzar en derechos en salud mental The Decalogue from Lived Experience: a participatory tool for advancing rights in mental health Ana Aznar-Martínez, Àurea B., Alicia Carcereny, Yaité Díaz, Bruno García, Paloma Morales-Benito, Joan Ortí, Núria Puigdel·lívol, Josep Puigdueta, Guillem Pueyo y Xavier Sanromà (GrupAntiestigma de los Serveis de Rehabilitació Comunitària de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi).	Pág. 70
08	Resumen del simposio sobre Prácticas Basadas en Derechos Humanos “Quality Rights como hoja de ruta para el cambio de paradigma: actualizaciones y ejemplos del Comité de Derechos Humanos de la WAPR” Alexander W. Smith, MA	Pág. 82
09	Rafael Inglott Dominguez In memoriam Consejo Editorial	Pág. 88
10	Lecturas recomendadas	Pág. 98

EDITORIAL

Monográfico Ética y Derechos Humanos

“La rehabilitación es una práctica motivada por la ética que precisa encarnarse en unas técnicas adecuadas —frente a la ingenuidad moral del inexperto—. Lo implicado en estas tesis es que la ética no es un plus externo a la rehabilitación sino una dimensión interna a ella.”

Xabier Etxeberria (2008)

La revista Rehabilitación Psicosocial dedica este número monográfico a la reflexión sobre la relación entre Ética, Derechos Humanos y atención a personas con problemas de salud mental. Esta elección responde a la relevancia que estas dimensiones han adquirido en el desarrollo de los modelos de atención, especialmente en el contexto de la rehabilitación psicosocial, la recuperación y los enfoques basados en derechos.

Los avances producidos durante las últimas décadas han transformado profundamente la manera de comprender la salud mental y las prácticas de acompañamiento. La progresiva superación de modelos asistenciales centrados exclusivamente en la enfermedad, la institucionalización y la tutela ha dado paso a perspectivas orientadas hacia la autonomía, la participación comunitaria, la inclusión social y el reconocimiento de la ciudadanía plena de las personas con experiencia propia de sufrimiento psíquico. La rehabilitación psicosocial se sitúa en el centro de este proceso de transformación, entendida no sólo como un conjunto de intervenciones técnicas, sino como un modelo de relación y una forma de comprender el apoyo a los proyectos vitales de las personas (véase el artículo de R. Sepúlveda).

Este cambio de paradigma implica necesariamente una revisión ética de las prácticas profesionales y organizativas. La incorporación de los derechos humanos como marco de referencia exige analizar cómo se toman las decisiones, cómo se distribuye el poder en la relación asistencial y qué condiciones son necesarias para garantizar que las personas puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, firmado por España en 2007) y el desarrollo de iniciativas internacionales basadas en derechos han reforzado este cambio de perspectiva, promoviendo el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y no únicamente como destinatarias de protección o cuidados.

Los artículos que integran este monográfico abordan diferentes dimensiones de este desafío. En primer lugar, se analiza el papel de la bioética como herramienta para comprender y abordar la complejidad de la práctica

cotidiana en salud mental. Las decisiones profesionales se desarrollan frecuentemente en escenarios donde convergen valores diversos y, en ocasiones, contrapuestos: autonomía y protección, confidencialidad y seguridad, libertad individual y responsabilidad asistencial. La deliberación ética aparece así como un instrumento fundamental para favorecer decisiones prudentes, justificadas y respetuosas con la dignidad de las personas.

En esta línea, la formación de los profesionales constituye asimismo una cuestión central. La consolidación de modelos comunitarios, de recuperación y basados en derechos humanos requiere profesionales preparados no solo desde la competencia técnica, sino también desde una perspectiva ética y reflexiva. Como plantea el trabajo de Rafael Sepúlveda, la formación participa en la construcción de las identidades profesionales y resulta determinante para favorecer prácticas coherentes con la ciudadanía, la participación y la emancipación de las personas atendidas

Otro de los ejes fundamentales del monográfico es la transformación de la relación asistencial. El consentimiento informado constituye uno de los elementos esenciales de este cambio, pero su significado trasciende el cumplimiento de un procedimiento formal. Supone establecer procesos de comunicación adaptados, comprensibles y continuos, orientados a favorecer la participación real de la persona en las decisiones relacionadas con su salud y su proyecto de vida. El consentimiento informado representa, por tanto, una expresión concreta del respeto a la autonomía y de una relación profesional basada en el diálogo.

El monográfico aborda igualmente uno de los debates más complejos de la atención en salud mental: las intervenciones involuntarias. Los ingresos no voluntarios continúan generando importantes controversias éticas, jurídicas y clínicas. Su análisis requiere evitar posiciones simplificadoras y considerar simultáneamente la protección de derechos, la evaluación de la capacidad de decisión, la proporcionalidad de las intervenciones y el desarrollo de alternativas comunitarias que permitan reducir progresivamente las medidas coercitivas. La deliberación ética resulta imprescindible para abordar estos escenarios desde la responsabilidad y el respeto a la persona.

El estudio sobre los conflictos éticos identificados por profesionales de la Red de Salud Mental de Álava muestra la presencia habitual de dilemas relacionados con la confidencialidad, la capacidad de decisión, la autonomía y la disponibilidad de recursos. Sus resultados ponen de manifiesto la necesidad de generar espacios de reflexión compartida y apoyo institucional para que los profesionales puedan afrontar estas situaciones complejas desde metodologías deliberativas.

Junto a estos debates, el número incorpora experiencias orientadas a ampliar la participación de todos los agentes implicados en los procesos de atención. La creación de espacios transversales de diálogo entre personas usuarias, familiares y profesionales constituye una estrategia innovadora para incorporar diferentes perspectivas, favorecer el aprendizaje colectivo y fortalecer modelos asistenciales más horizontales. Estas experiencias muestran que la bioética no debe limitarse a ámbitos especializados, sino integrarse en la práctica cotidiana de los servicios de salud mental.

Desde esta perspectiva, la ética y los derechos humanos no representan elementos complementarios o externos a la rehabilitación psicosocial, sino principios estructurales que orientan su desarrollo. La calidad de los servicios no puede evaluarse únicamente mediante resultados clínicos o indicadores de funcionamiento; debe incluir también la capacidad de promover autonomía, participación, inclusión y respeto a la dignidad de cada persona.

La rehabilitación psicosocial continúa evolucionando como disciplina y como práctica. Su futuro dependerá de nuestra capacidad para mantener abierta la reflexión sobre cómo acompañamos, cómo decidimos y cómo construimos relaciones basadas en el reconocimiento pleno de la persona. En este camino, la ética no constituye únicamente un marco de análisis, sino una condición para avanzar hacia una atención en salud mental más justa, participativa y respetuosa.

Finalmente, desde el Consejo Editorial queremos rendir un especial homenaje al Dr. Rafael Inglott, referente imprescindible de la psiquiatría en Canarias y motor de la Reforma Psiquiátrica en el archipiélago, de cuyo fallecimiento en Madrid tuvimos constancia a finales de julio, durante la preparación de esta edición. Considerado una de las personalidades más relevantes de la psiquiatría del siglo XX tanto en las islas como en toda España, su trayectoria encarna el esfuerzo de una brillante generación de profesionales que lucharon por la transformación de los hospitales psiquiátricos y se abrieron con valentía a las estrategias de la Rehabilitación Psicosocial. Su firme compromiso con los modelos de atención comunitaria, su aportación al progreso de la disciplina y su incansable defensa de una praxis clínica humanizada y fundamentada en los derechos humanos constituyen un legado para el futuro. Quienes compartieron vivencias con él destacan, ante todo, su profunda calidad humana, manifestada tanto en el trato hacia los pacientes como hacia los profesionales.

En un número dedicado a la ética y los derechos humanos, queremos rendir homenaje a quien hizo del compromiso profesional, la cercanía y la vocación de servicio una forma de entender la psiquiatría y la rehabilitación psicosocial. A su memoria:

“El tiempo avanza inexorablemente mientras contamos nuestra historia —no solo nuestro tiempo, el tiempo que dedicamos a contarla, sino también el tiempo profundamente pasado de Hans Castorp y de aquellos que comparten su destino allá arriba en la nieve— y trae consigo cambios.”

Thomas Mann, La Montaña Mágica (1924)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Etxeberria, X.. Perspectiva ética de la práctica de rehabilitación psicosocial. [Norte de Salud Mental. 2008, 7, Nº. 32 - Dialnet](#) ISSN-e 1578-4940, págs. 31-36.
- Mann, T. La Montaña Mágica. Edhasa Literaria; 1056 pp. Barcelona 2024 (Ed 2005).

Consejo Editorial

SOBRE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN LA ÉPOCA ACTUAL: UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

On psychosocial rehabilitation in the current era:
a bioethical perspective

Autores:

Perla Orozco-Vázquez¹, Alma Rosa Marroquín-Escamilla¹, Mirthala Cavazos-Parra¹, Juan Roque-Segovia¹,
Nancy Martínez-Moreno², Antonio Díaz-Quiroz³.

Datos de contacto: perla.rov@yahoo.com.mx

(1) Secretaría de Salud de Nuevo León. Monterrey, N.L. México.

(2) AEQUS, Rehabilitación Psicosocial, Monterrey, Nuevo León. México

(3) Centro de Acompañamiento Terapéutico. Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León. México.



RESUMEN

El presente artículo propone una discusión sobre el rol y alcances de la práctica de la rehabilitación psicosocial en la época actual; considerando, por un lado, una posible superposición con lo establecido bajo el paradigma de recovery. Por otra parte, y considerándose la discapacidad psicosocial como un problema bioético que debe ser atendido, se interroga sobre su posicionamiento ante la homologación de este término, cuyos efectos al evaluar su prevalencia, podrían potenciar la visibilidad de los efectos clínicos y sociales de un problema mental. A la par, ofrecer un fundamento más claro que pueda trasladarse a las actualizaciones legislativas y ser aplicado en las políticas públicas en pro de la recuperación de las personas afectadas.

Palabras clave

Rehabilitación psicosocial, discapacidad psicosocial, recovery, bioética, paradigmas, modelos.

ABSTRACT

This article proposes a discussion on the role and scope of the practice of psychosocial rehabilitation in the current era; considering on the one hand, a possible overlap with the recovery paradigm. On the other hand, and considering psychosocial disability as a bioethical problem that must be addressed, questions are asked about its position regarding the homologation of this term, whose effects, when evaluating its prevalence, could enhance the visibility of the clinical effects of a mental problem. At the same time, to offer a clearer basis that can be transferred to legislative updates and be applied in public policies in favor of the recovery of affected people.

Keywords

Psychosocial rehabilitation, psychosocial disability, recovery, bioethics, paradigm, models.

“Lo psicosocial” como adjetivo de la discapacidad y la rehabilitación.

La Rehabilitación Psicosocial ha sido concebida como un elemento clave en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, al proveer a personas con diagnósticos de trastornos mentales tendientes a la cronicidad, herramientas para mantenerse en su entorno (1). La Declaración de Consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) estableció hace casi tres décadas algunos parámetros indispensables para definir su práctica. Entre estos podemos destacar su conceptualización como un proceso, su enfoque comunitario, así como el planteamiento de objetivos y estrategias a nivel individual, relativas al servicio y sobre el entorno. La definición plasmada en dicho documento señala como destinatarios a personas que experimentaron un trastorno mental y manifestaron algún deterioro que tuvo como resultado cierto nivel de discapacidad.

La publicación realizada hace algunos años de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (3) permitió dibujar con mejor nitidez los niveles de estrategias señaladas y las intervenciones consideradas con mayor evidencia científica. Se tomaron como intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial: intervenciones psicológicas, intervenciones sociales e intervenciones de nivel de servicios. A manera de síntesis, en cuanto a las intervenciones psicológicas, el mayor grado de recomendación correspondió a intervenciones psicoeducativas para usuarios y familiares y en menor grado, la rehabilitación cognitiva. En cuanto a intervenciones sociales, los programas dirigidos al empleo mostraron superioridad en su recomendación, mientras que en las clasificadas como nivel de servicios, la mayoría fueron de buena práctica (basadas en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor) y con un grado de recomendación aceptable, los equipos de tratamiento asertivo comunitario en casos de personas con Trastorno Mental Grave y número elevado de reingresos o riesgo de recaída.

Como se puede apreciar en lo señalado con anterioridad, el adjetivo “psicosocial” en la práctica, implica la necesidad de intervenir no sólo en (con) la persona, sino también con la familia y con el entorno social en aras de reducir el estigma sobre los padecimientos mentales y así mejorar el trato y acompañamiento. Esto es una condición ineludible, por ejemplo, en la promoción del acceso al empleo.

Ahora bien, no es azaroso haber comenzado por la rehabilitación y no por la discapacidad. Consideramos que sobre la rehabilitación psicosocial se ha hecho un gran trabajo en las últimas décadas y España ha sido un referente de gran relevancia; prueba de ello es la producción científica al respecto y la organización/especialización de servicios para

mejorar las condiciones y funcionamiento de las personas con Trastorno Mental Grave. Sin embargo, el término de discapacidad psicosocial continúa siendo un tema que genera discusión. No es asumido aún como un término homologado y con criterios claros que puedan cristalizarse tanto en la clínica como en las esferas legislativa y social de cualquier país. En esta imprecisión podemos encontrar que la discapacidad psicosocial pareciera ser equivalente en algunos ámbitos a discapacidad psíquica, psiquiátrica o mental; o bien, la consideración de que un trastorno mental sea catalogado por sí mismo como discapacidad psicosocial (4). Ambas nociones conllevan a diversas problematizaciones en el tratamiento, la percepción social y los apoyos sociales.

Es necesario hacer notar la convergencia de dos modelos en el planteamiento de la discapacidad psicosocial: el modelo biopsicosocial (relativo a la atención clínica) y el modelo social (“externo” al discurso sanitario y sustentado en derechos humanos) (4). Esta complementariedad de perspectivas posibilita ver desde un mismo lente factores intervinientes (biológicos, psicológicos y sociales) en la cronicidad y deterioro del funcionamiento de una persona con determinado padecimiento mental. El objetivo (clínico) claramente corresponde a evitar o reducir el impacto de estos desenlaces, evaluando y tratando oportunamente. El objetivo social estriba en la reducción del “déficit de ciudadanía” (4) y aumento del empoderamiento de las personas con un problema mental, a través de una legislación adecuada que respalde el diseño de políticas públicas y con ello seguir avanzando en la construcción de una cultura inclusiva.

Recovery: ¿un replanteamiento y armonización de paradigmas y modelos?

El enfoque de *recovery* o recuperación en salud mental, como es señalado por Hernández (5), emergió de movimientos de usuarios de servicios de salud mental, quienes argumentando vulneración, lucharon por la restitución de derechos que les habían sido negados por su condición mental. Actualmente el concepto ya forma parte de narrativas de salud mental, pero su implementación y evaluación aún se encuentran en desarrollo. Una aproximación al constructo de *recovery* comprende un punto de acuerdo en que su definición se relaciona con un viaje personal (de la persona afectada) y con un sentido de empoderamiento (6), (7). También incluye la característica de dimensionalidad, contemplando la coexistencia de dimensiones clínica, personal y social (8); o bien, tomando la propuesta de Slade (9): clínica (síntomatología), existencial (autodeterminación, autoeficacia, sentido de empoderamiento), funcional (trabajo, ocupación) y física (bienestar físico, incluyendo actividad física y no consumo de sustancias).

Es en la implementación donde se presentan algunas dificultades. Si analizamos la literatura podemos percatarnos que existen diversas estrategias, modelos, programas e intervenciones que pueden incluso ser similares a una práctica de rehabilitación psicosocial. Slade (9) ha descrito cinco enfoques de intervenciones que pueden promover la recuperación:

- 1) Actividades de los *peer support workers*, referidas a las acciones -remuneradas- realizadas por personas con trastorno mental, cuyo objetivo principal es brindar apoyo a otras personas en proceso de recuperación, mediante la propia experiencia;
- 2) Voluntades anticipadas en casos de crisis, aluden a un mecanismo a través del cual las personas afectadas -por un problema mental- explicitan las acciones que desean que sean realizadas cuando su capacidad de decidir esté comprometida. Esto puede incluir algo referente al tratamiento y/o la designación de un representante al cual consultar en el escenario señalado.
- 3) *Strengths* Model es una intervención focalizada en ayudar a las personas a delimitar y cumplir objetivos que las lleven a vivir de un modo independiente;
- 4) Inserción y apoyo laboral, como su nombre adelanta, tiene como fin ayudar a las personas a elegir, buscar y mantener un empleo. Finalmente,
- 5) Refocus se encuentra dirigido a los equipos de servicios de salud mental, donde un planteamiento central radica en la capacitación del personal en tres actividades: la identificación de valores y preferencias del tratamiento, la valoración de fortalezas y la identificación de recursos para el logro de los objetivos planteados por los usuarios.

Para un profesional experimentado en materia de rehabilitación psicosocial, podría no representar inconveniente el cruce o similitud de intervenciones con las de *recovery*. Para profesionales y países que no han contado con este florecimiento, puede constituir una barrera. La Declaración de Consenso sobre Rehabilitación Psicosocial (2) hacía mención que ésta (rehabilitación psicosocial) tenía carácter complejo y era ambiciosa en tanto abarcaba los hospitales (mentales), los hogares, los sitios de trabajo y la sociedad en general. ¿Podría considerarse el paradigma de Recovery la filosofía que ahora adquiera esa labor compleja, ambiciosa y transversal y cuya materialización sea la rehabilitación psicosocial? O quizá lo pertinente sería pensarlo como sugirió Navarro (10) en otro contexto, en términos de un metamodelo de atención.

Una perspectiva bioética

Existen diferentes definiciones, enfoques y metodologías de análisis en Bioética. Con fundamento en algunas de ellas, podemos establecer que se trata de una rama de la ética aplicada cuyo objeto son las ciencias de la vida y de la salud. Su enfoque es interdisciplinario, por lo que sus recomendaciones u orientaciones devienen de un diálogo entre saberes, incluyendo la integración de principios filosóficos y criterios científicos (11). En el ámbito de salud mental han sido abordados desde esta perspectiva temas que atañen a la bioética clínica y la toma de decisiones de los usuarios, como los casos de consentimiento informado y voluntades anticipadas. Desde cualquier ángulo o enfoque (derechos humanos, rehabilitación psicosocial, *recovery*), sin duda son asuntos que debe continuar trabajándose.

No obstante, otro asunto que continúa vigente concierne propiamente a la discapacidad asociada a padecimientos mentales. Anteriormente se identificaba predominantemente como una consecuencia casi natural de los Trastornos Mentales Graves, pero en la actualidad podemos dar cuenta de su manifestación en Trastornos Mentales Comunes y Trastornos por Consumo de Sustancias. Este es uno de los panoramas que ha sido compartido por la Organización Panamericana de la Salud (12) y el problema que desde una perspectiva bioética debe ser atendido. Entre paréntesis quedaría plantear algunas hipótesis sobre estos resultados, pero en materia de atención, es imperante un análisis crítico sobre los elementos que lo constituyen. Por ahora uno de nuestros empeños ha sido mostrar las dificultades que representan la (in)definición misma de la discapacidad psicosocial como un entramado de los modelos clínico y social. Su importancia se concentra en dos acciones: 1) para reforzar la construcción de una red de salud mental eficiente en términos de evaluación, tratamiento y prevención de discapacidad (niveles, fases de atención) y 2) para contribuir en la actualización de legislaciones que sustenten políticas públicas que promuevan la inclusión.

CONCLUSIONES

La Bioética nos convoca a poner sobre la mesa la discapacidad psicosocial como un desenlace que están enfrentando nuestros usuarios y sus familias. Desconocemos qué tanto (más allá de lo publicado por la OPS) esta apreciación pueda ser compartida por otros países y en qué medida, ya que aún las publicaciones en la materia son escasas. Como se hizo mención, este concepto conjuga los modelos clínico y social, por lo que puede ser entendible que desde una lógica sanitaria encontremos mayor difusión de estudios sólo sobre algunos aspectos de este constructo (por ejemplo, funcionamiento cognitivo, habilidades sociales, remisión sintomatológica).

Con fundamento en lo que hemos expuesto, apreciaciones locales de nuestro contexto geográfico en torno a las condiciones actuales de los procesos de salud-enfermedad y las áreas de oportunidad de nuestros servicios de salud mental, consideramos que la rehabilitación psicosocial no implica sólo un proceso destinado a la “habilitación” de los usuarios, sino también de los sistemas de salud y su articulación con dependencias gubernamentales y de la sociedad civil. Esta afirmación no es novedosa, fue plasmada en la Declaración de la AMRP-OMS y reiterada en documentos posteriores. Sin embargo, hoy contamos con realidades, conocimientos, problemas e infraestructuras distintas que nos obligan a reformular o actualizar nuestros cimientos.

REFERENCIAS

- Hernández Monsalve M, Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estudios de Psicología [Internet]. 2011;16(3):295-303. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26122323013>
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial / Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. Boletín de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial [Internet]. 1997;6. Disponible en: https://www.wapr.org/wpcontent/uploads/2023/12/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. [Internet]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>
- Calle-Carrasco Ana, Campillay-Campillay Maggie. Una mirada bioética a la representación social de la discapacidad psicosocial. Rev. Bioét. Derecho [Internet]. 2023;(58): 165-185. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872023000200010&lng=es. Epub 25-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.1344/rbq2023.58.42406>.
- Ramon, S. The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2018; 15(1052): 1-14. Disponible en: DOI 10.3390/ijerph15061052
- Xie, H. Strengths-based approach for mental health recovery. Iran. J. behav. psychiatry. sci [Internet]. 2013; 7(2): 5-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3939995/pdf/ijpbs-7-005.pdf>
- Anthony, W.A. A Recovery-oriented service system: setting some system level standards. Psychiatr Rehabil J. [Internet] 2000; 24(2) 159-168. Disponible en: <https://www.northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2011/02/anthony2000.pdf>
- Norton, M., Cuskelly, K. Family Recovery Interventions with Families of Mental Health Service Users: A Systematic Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2021; 18(7858): 1-16. Disponible en DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph18157858>
- Slade, M. La investigación sobre la recuperación. Nuevas respuestas, nuevas preguntas. En Maone, A. y D'Avanzo, B. Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. España: Psimática Editorial; 2017. p. 131-145.
- Navarro, D. Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave. Problemas, soluciones y metaperspectiva. Clin. Contemp. [Internet] 2011; 2(3). Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n3a1.pdf>
- Secretaría de Salud / Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

FORMAR EN LIBERTAD: LA FORMACIÓN COMO PRÁCTICA ÉTICA EN PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Training in Freedom: Education as an Ethical
Practice in Community Psychiatry and
Psychosocial Rehabilitation

Autor: Rafael Sepúlveda.

Psiquiatra, MSP, Doctorando en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Médicas USACH, Facultad de Medicina Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco, Vicepresidente WAPR para las Américas.

Datos de contacto: rafaelsepulveda@uchile.cl



RESUMEN

Las reformas psiquiátricas han transformado los horizontes normativos de la atención en salud mental. La desinstitutionalización, la rehabilitación psicosocial, la recuperación y los enfoques basados en derechos humanos han cuestionado formas tradicionales de comprender la locura y la relación entre profesionales, instituciones y ciudadanía. Sin embargo, la formación de quienes sostienen estas transformaciones ha recibido menor atención.

Objetivo: proponer la formación como dimensión ética de las reformas contemporáneas y analizar desplazamientos observados en residentes de psiquiatría expuestos a experiencias docentes de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial, recuperación y derechos humanos.

Método: artículo de reflexión con análisis cualitativo documental de materiales anonimizados: 13 diarios reflexivos de residentes de tercer año tras una rotación en una Unidad de Rehabilitación Psicosocial y 26 reflexiones comparativas de residentes de primer año al finalizar un curso de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Los documentos fueron analizados mediante lectura temática reflexiva, orientada a identificar transformaciones en la práctica clínica y rol profesional.

Resultados: se identificaron seis desplazamientos: 1) del diagnóstico a la trayectoria vital; 2) de la adherencia a la participación; 3) del riesgo a la ciudadanía; 4) del individuo al territorio; 5) del experto al acompañante; y 6) de la adaptación a la emancipación. Estos muestran que la formación no sólo transmite contenidos, sino que participa en la construcción de subjetividades profesionales compatibles —o incompatibles— con la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos.

Conclusión: formar en libertad exige ejercer críticamente el conocimiento, reconocer la dignidad de las personas acompañadas y sostener prácticas orientadas por recuperación, ciudadanía y derechos humanos.

Palabras clave: Rehabilitación Psiquiátrica; Recuperación de la Salud Mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Educación de Postgrado en Medicina; Derechos Humanos; Ciudadanía.

ABSTRACT

Psychiatric reforms have transformed the normative horizons of mental health care. Deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, recovery, and human rights-based approaches have challenged traditional ways of understanding madness and the relationship between professionals, institutions, and citizenship. However, the training of those expected to sustain these transformations has received less attention.

Objective: to propose training as an ethical dimension of contemporary reforms and to analyze shifts observed in psychiatry residents exposed to educational experiences in community mental health, psychosocial rehabilitation, recovery, and human rights.

Method: reflective article based on a qualitative documentary analysis of anonymized materials: 13 reflective journals written by third-year residents after a rotation in a Psychosocial Rehabilitation Unit and 26 comparative reflections written by first-year residents at the end of a course on Community Mental Health and Psychiatry. The documents were analyzed through reflexive thematic reading, aimed at identifying transformations in clinical practice and the professional role.

Results: six shifts were identified: 1) from diagnosis to life trajectory; 2) from adherence to participation; 3) from risk to citizenship; 4) from the individual to the territory; 5) from expert to companion; and 6) from adaptation to emancipation. These shifts show that training does not merely transmit content, but participates in the construction of professional subjectivities that are compatible —or incompatible— with recovery, psychosocial rehabilitation, and human rights.

Conclusion: training in freedom requires the critical exercise of knowledge, recognition of the dignity of the people being accompanied, and the sustaining of practices guided by recovery, citizenship, and human rights.

Keywords: Psychiatric Rehabilitation; Mental Health Recovery; Community Mental Health Services; Education, Medical, Graduate; Human Rights; Citizenship

INTRODUCCIÓN

Las reformas psiquiátricas desarrolladas desde la segunda mitad del siglo XX transformaron la forma de comprender la locura, el sufrimiento psíquico y las respuestas institucionales frente a ellos. Desde la experiencia italiana impulsada por Franco Basaglia hasta la Declaración de Caracas y las orientaciones posteriores de la OMS, la OPS y los movimientos de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, se consolidó un horizonte orientado a desplazar la atención desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad, desde la tutela hacia la ciudadanía y desde el control hacia los derechos [1-7].

No obstante, la transformación de dispositivos, leyes y discursos no garantiza por sí sola prácticas compatibles con ese horizonte. La experiencia internacional muestra que relaciones paternalistas, formas de coerción, lecturas biomédicas estrechas y culturas profesionales centradas en el control pueden persistir incluso dentro de servicios formalmente comunitarios [1-7]. Esta constatación vuelve decisiva la pregunta por la formación de quienes sostienen las reformas en la práctica cotidiana.

Durante las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial, la recuperación y los enfoques basados en derechos humanos han ampliado el sentido de la atención en salud mental. El objetivo ya no puede reducirse a la estabilidad clínica o a la adaptación social; debe incorporar autonomía, participación, apoyos, inclusión comunitaria, calidad de vida y proyectos significativos definidos por las propias personas [5,8-13].

Más recientemente, Desviat ha situado esta discusión en el campo de la salud mental colectiva, proponiendo una clínica capaz de integrar subjetividad, determinación social, participación y experticia en primera persona. Desde esta perspectiva, la clínica deja de entenderse como corrección de déficits para orientarse a la construcción de posibilidades y a la emancipación, en diálogo con desarrollos latinoamericanos de la salud colectiva [14-18].

Esta transformación normativa, clínica y política exige revisar la formación psiquiátrica. No basta con añadir contenidos sobre derechos humanos, recuperación o comunidad a currículos tradicionales. Es necesario interrogar qué formas de subjetividad profesional se producen, cómo se aprende a ejercer autoridad, qué saberes se reconocen como legítimos y qué lugar ocupan las personas usuarias en la construcción del cuidado.

Este artículo sostiene que la formación constituye una dimensión ética de las reformas psiquiátricas porque participa en la construcción de profesionales capaces —o incapaces— de traducir recuperación, ciudadanía, rehabilitación psicosocial y derechos humanos en prácticas concretas.

OBJETIVOS

El objetivo general del artículo es proponer la formación como dimensión ética de las reformas psiquiátricas contemporáneas.

De modo específico, busca: situar la formación en el marco de la desinstitutionalización, la salud mental colectiva, la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos; describir una experiencia docente desarrollada en programas de especialización en psiquiatría de adultos en Chile; y analizar seis desplazamientos observados en materiales reflexivos de residentes expuestos a experiencias formativas comunitarias.

MARCO CONCEPTUAL: REFORMA PSIQUIÁTRICA, RECUPERACIÓN Y FORMACIÓN

Reforma psiquiátrica y salud mental colectiva

Basaglia comprendió tempranamente que el problema no residía sólo en el manicomio como edificio. El manicomio expresaba una forma de organizar relaciones sociales, producir saberes y distribuir poder [1]. Por ello, la desinstitutionalización debía transformar simultáneamente instituciones, prácticas y culturas profesionales [1-3].

La experiencia de Trieste y las discusiones abiertas por la Declaración de Caracas trasladaron esta preocupación al diseño de redes comunitarias en distintos contextos. Sin embargo, la creación de dispositivos comunitarios no elimina automáticamente las lógicas tutelares; estas pueden reaparecer como paternalismo, gestión restrictiva del riesgo o reducción de la persona a su diagnóstico [2-7].

En este punto, la salud mental colectiva aporta un desplazamiento epistemológico y político. El sufrimiento psíquico se comprende en relación con la subjetividad, la determinación social de la salud, las condiciones materiales de existencia y las relaciones de poder. La pregunta clínica deja de ser sólo cómo tratar síntomas y se amplía hacia cómo construir condiciones de vida compatibles con autonomía, participación y ciudadanía [14-18].

Recuperación, rehabilitación psicosocial y derechos humanos

La rehabilitación psicosocial no puede reducirse a una técnica ni a una etapa posterior al tratamiento. Constituye una forma de orientar la práctica hacia proyectos de vida, vínculos sociales, acceso a derechos y participación comunitaria [12,13].

En la misma dirección, la recuperación no equivale necesariamente a remisión sintomática. Anthony, Deegan, Davidson y otros autores la han descrito como un proceso personal y social mediante el cual las personas construyen vidas satisfactorias, esperanzadoras y significativas, aun cuando persistan experiencias de sufrimiento psíquico [8-11].

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refuerza esta exigencia al cuestionar los modelos de sustitución de voluntad y promover autonomía, capacidad jurídica, apoyos, participación e inclusión social [5]. Para la formación, esto implica desplazar la autoridad profesional desde la decisión por otros hacia la construcción compartida de condiciones para el ejercicio efectivo de derechos.

Formación y subjetividad profesional

Freire permite comprender la educación como práctica de libertad y no como simple depósito de contenidos [19]. En salud mental, esta idea resulta especialmente fecunda: formar no consiste sólo en transmitir teorías o técnicas, sino en crear condiciones para problematizar la propia práctica, las instituciones y las relaciones de poder que atraviesan el cuidado.

Esta preocupación dialoga con críticas contemporáneas a la formación psiquiátrica. Pūras ha advertido que los sistemas de salud mental compatibles con derechos humanos encuentran obstáculos en enfoques excesivamente biomédicos y en la medicalización de sufrimientos producidos socialmente [20]. Ortiz Lobo y Colina, desde perspectivas afines, han cuestionado la reducción de la formación a competencias diagnósticas y farmacológicas, con escasa atención a historia de vida, ciudadanía, participación y experiencia subjetiva [21,22].

Desde los estudios sobre dispositivos, puede añadirse que la formación transmite modos de mirar, clasificar e intervenir. Las categorías diagnósticas, los protocolos, las fichas, los sistemas de evaluación y las jerarquías institucionales no sólo organizan el trabajo: también modelan aquello que puede ser visto, pensado y realizado [23-25]. Por ello, formar para la recuperación y los derechos humanos exige experiencias que modifiquen la relación con el conocimiento, la autoridad y las personas acompañadas.

MÉTODO

El artículo corresponde a una reflexión académica apoyada en análisis cualitativo documental de materiales pedagógicos anonimizados. La experiencia docente analizada se ha desarrollado durante más de dos décadas en programas universitarios de especialización médica en psiquiatría de adultos en Chile.

Los espacios formativos se orientan a incorporar perspectivas de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial, recuperación, derechos humanos y salud mental colectiva. Su propósito no fue sólo transmitir contenidos, sino problematizar la práctica clínica y favorecer formas de relación profesional coherentes con los principios declarados.

Los dispositivos pedagógicos incluyeron diarios reflexivos, trabajo biográfico, análisis de trayectorias institucionales, etnografía de dispositivos, lectura crítica de políticas públicas, análisis de experiencias de usuarios, trabajo territorial y participación en espacios de rehabilitación psicosocial.

Se analizaron 13 diarios reflexivos elaborados por residentes de tercer año tras completar una rotación en una Unidad de Rehabilitación Psicosocial y 26 reflexiones comparativas elaboradas por residentes de primer año al finalizar un curso anual de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. En estas últimas se solicitó comparar las producciones elaboradas al inicio y al término del curso, utilizando como marco los objetivos de aprendizaje.

Los documentos fueron sometidos a lectura reiterada y análisis temático reflexivo. El análisis buscó identificar transformaciones recurrentes en la comprensión de la práctica psiquiátrica, la rehabilitación psicosocial y la recuperación. No tuvo fines evaluativos individuales. Para proteger la confidencialidad, los fragmentos se presentan anonimizados mediante códigos: R¹ para residentes de primer año y R³ para residentes de tercer año; además, se eliminaron datos personales y detalles clínicos potencialmente identificables.

RESULTADOS: DESPLAZAMIENTOS OBSERVADOS DURANTE LA FORMACIÓN

El análisis permitió identificar seis desplazamientos principales. Se presentan numerados para facilitar la lectura. No deben entenderse como etapas lineales ni como resultados homogéneos, sino como movimientos recurrentes que atraviesan los materiales revisados y que expresan transformaciones en la subjetividad profesional.

1. Del diagnóstico a la trayectoria vital

Uno de los cambios más consistentes corresponde al paso desde una comprensión centrada en el diagnóstico hacia una lectura situada de las trayectorias vitales. En etapas iniciales, los residentes tendían a organizar la comprensión del sufrimiento alrededor de categorías diagnósticas relativamente estables. A medida que avanzaban los procesos formativos, incorporaron dimensiones relacionadas con historia de vida, experiencias traumáticas, relaciones familiares, trayectorias institucionales y condiciones materiales de existencia.

Un residente de tercer año sintetizó este desplazamiento al revisar un caso inicialmente comprendido como depresión resistente: “Comprendí las limitaciones de un enfoque que individualiza y patologiza el sufrimiento, ignorando las dimensiones sociales, económicas y culturales que lo generan” (R³-02). Otro diario describió cómo la exploración de intereses, pérdidas y experiencias de invalidación permitió abandonar una intervención centrada en corregir déficits y construir un vínculo terapéutico más significativo: “al abandonar nuestros supuestos y validar la subjetividad herida del usuario, se generó un vínculo terapéutico que construyó nuevas formas de encontrar soluciones” (R³-03).

Este desplazamiento coincide con la propuesta de la salud mental colectiva, donde el sufrimiento deja de interpretarse exclusivamente como fenómeno individual para situarse en la intersección entre subjetividad, determinación social y contexto histórico [14,16-18].

2. De la adherencia a la participación

Un segundo desplazamiento se relaciona con la comprensión de la relación terapéutica. Las categorías tradicionales de adherencia, cumplimiento o conciencia de enfermedad comenzaron a coexistir con conceptos como participación, autonomía, toma de decisiones compartida y experticia en primera persona.

Una residente de tercer año describió que las actividades observadas en rehabilitación psicosocial mostraban “un trabajo en conjunto, participativo y colaborativo” orientado a generar alternativas para que cada persona pudiera participar de la forma en que se sintiera más cómoda (R³-01). Otra reflexión comparativa sostuvo que el proceso formativo permitió “aprender a ceder poder” y pensar la práctica “más como acompañante que como quien decide todo” (R¹-02).

Este movimiento es coherente con la literatura sobre recuperación, que enfatiza el protagonismo de las personas en la definición de sus propios proyectos de vida [8-11]. También se articula con la CDPD, en la medida en que desplaza la práctica desde la sustitución de voluntad hacia la construcción de apoyos para el ejercicio efectivo de derechos [5].

3. Del riesgo a la ciudadanía

Un tercer desplazamiento aparece en las discusiones relacionadas con psicosis, coerción y hospitalización. Diversos residentes describieron una transformación en la manera de comprender situaciones habitualmente organizadas alrededor del concepto de riesgo. En lugar de pensar exclusivamente en términos de control, estabilización o protección, comenzaron a incorporar preguntas relacionadas con ciudadanía, dignidad y capacidad de decisión.

Una residente cuestionó la insistencia en eliminar experiencias psicóticas cuando estas no constituían un obstáculo para el proyecto de vida de la persona: “¿A quién quiero dejar tranquilo con el tratamiento, a mí o al paciente?” (R³-13). En una reflexión final de primer año, otra residente sostuvo que dejó de comprender “estar bien” como simple compensación, adherencia o ausencia de crisis, al observar que una persona puede seguir escuchando voces y, sin

embargo, trabajar, tener vínculos, organizarse y sentirse parte de algo (R¹-20).

Este desplazamiento no implica negar la existencia de situaciones complejas o riesgos reales. Implica reconocer que la gestión del riesgo no puede transformarse automáticamente en suspensión de derechos ni en reducción de la persona a su peligrosidad potencial [5-7,20].

4. Del individuo al territorio

Otro cambio consistente se relaciona con la comprensión del territorio. En las producciones iniciales, la comunidad aparecía frecuentemente como un contexto relativamente externo a la práctica clínica. Al finalizar los procesos formativos, el territorio comenzó a ser comprendido como una dimensión constitutiva del cuidado.

Un residente de primer año describió este cambio señalando que el contexto dejó de ser una condición de comprensión para transformarse en condición de pertinencia clínica y responsabilidad profesional (R¹-07). Otra reflexión formuló de manera especialmente clara este tránsito: “dejé de ver lo comunitario como algo externo a mi práctica y comencé a pensarlo como parte constitutiva de ella” (R¹-13).

En los diarios de tercer año, esta dimensión apareció también en la observación de dispositivos concretos. Una residente destacó que la rehabilitación psicosocial no debería limitarse a una unidad física, sino integrarse transversalmente en el curso vital y en todos los equipos de salud mental (R³-10). Estos hallazgos coinciden con las formulaciones contemporáneas de la rehabilitación psicosocial, que entienden la inclusión social como una dimensión inseparable de la recuperación [12,13].

5. Del experto al acompañante

Quizás uno de los cambios más profundos corresponde a la transformación de la identidad profesional. Muchos residentes describieron explícitamente un cuestionamiento de la figura tradicional del especialista como experto encargado de diagnosticar, indicar tratamientos y dirigir procesos terapéuticos. En su lugar emergieron formulaciones donde el profesional aparece como acompañante, facilitador de apoyos, participante de redes y colaborador en proyectos definidos junto a los usuarios.

La crítica a la subjetividad heroica desempeñó un papel relevante en este proceso [26]. En distintos diarios, los residentes reconocieron que actuar desde el lugar de héroe o salvador puede anular la agencia de las personas y bloquear el pensamiento colectivo. Uno de ellos formuló este aprendizaje con precisión: “dejar de salvar para empezar a acompañar” (R³-04). Otro señaló que el objetivo era “no asumir un rol salvador sino facilitador: construir redes, habilitar espacios de expresión, fomentar el protagonismo de los usuarios” (R³-01).

Este desplazamiento no supone renunciar al conocimiento especializado. Supone ejercerlo de otro modo: no como monopolio de la decisión, sino como recurso situado dentro de relaciones colaborativas, interdisciplinarias y orientadas por la ciudadanía.

6. De la adaptación a la emancipación

Finalmente, el desplazamiento más cercano a la propuesta de Desviat corresponde al paso desde una lógica de adaptación hacia una orientación progresivamente emancipadora [14,15]. En varios textos la recuperación dejó de ser entendida como retorno a la normalidad o ajuste exitoso a exigencias del entorno. Comenzó a comprenderse como posibilidad de construir vidas significativas, incluso cuando dichas vidas no coincidieran plenamente con ideales normativos dominantes.

Una residente de primer año sostuvo que la recuperación “no es un número, ni un alta, ni un objetivo técnico, sino un proceso humano que se construye en relación con otros y en condiciones concretas de vida” (R¹-02). Otro residente indicó que la clínica debía dejar de administrar el fracaso mediante categorías como mala adherencia y comenzar a registrar qué barreras del servicio y qué ajustes del plan habían sido intentados (R¹-07).

Desde la perspectiva de la salud mental colectiva, este desplazamiento posee una relevancia particular. La clínica deja de entenderse como corrección de déficits para transformarse en construcción de posibilidades [14]. La formación no se limita entonces a enseñar recuperación como concepto; permite experimentar la tensión entre adaptación, ciudadanía y emancipación.

DISCUSIÓN: FORMACIÓN COMO PRÁCTICA ÉTICA, RECUPERACIÓN Y EMANCIPACIÓN

Los hallazgos presentados permiten avanzar más allá de una comprensión pedagógica de la formación. Aunque los desplazamientos observados poseen una dimensión educativa evidente, su relevancia principal no reside en la adquisición de nuevos conocimientos ni en la incorporación de conceptos especializados. Lo que parece estar en juego es una transformación más profunda: una modificación de las formas mediante las cuales los futuros profesionales comprenden el sufrimiento, ejercen autoridad, interpretan la autonomía y construyen relaciones de cuidado.

La pregunta por la formación suele abordarse desde perspectivas curriculares. Los debates se organizan alrededor de competencias, metodologías docentes, contenidos mínimos o resultados de aprendizaje. Sin embargo, cuando se trata de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial y derechos humanos, la cuestión formativa remite a un problema más profundo. No se trata únicamente de qué conocimientos se transmiten, sino de qué formas de relación con otros seres humanos se vuelven posibles [19].

Freire propuso comprender la educación como práctica de libertad [19]. Esta formulación resulta particularmente fecunda para pensar la formación en salud mental. Enseñar no consiste en depositar contenidos en sujetos considerados vacíos, sino en generar condiciones para la problematización crítica de la realidad. El conocimiento deja de aparecer como una verdad externa que debe ser incorporada y pasa a entenderse como una construcción situada que emerge en diálogo con otros y con el mundo.

Las reformas psiquiátricas compartieron, aunque desde tradiciones distintas, una preocupación semejante. Basaglia insistió en que el problema fundamental de la psiquiatría no residía exclusivamente en sus técnicas o tratamientos, sino en las relaciones de poder que organizaban el encuentro entre instituciones, profesionales y personas diagnosticadas [1]. La crítica al manicomio era también una crítica a determinadas formas de producir saber, autoridad y subjetividad [1-3].

Esta preocupación reaparece en los desarrollos recientes de la salud mental colectiva. Desviat sostiene que los límites actuales de las reformas psiquiátricas no pueden comprenderse únicamente como insuficiencias organizacionales. La alternativa no reside sólo en mejores dispositivos o tratamientos más eficaces, sino en la construcción de nuevas formas de comprender subjetividad, participación y determinación social del sufrimiento [14].

Los desplazamientos observados no corresponden únicamente a cambios conceptuales. Constituyen transformaciones en la manera de situarse frente al sufrimiento humano. El paso desde el diagnóstico hacia la trayectoria vital, desde la adherencia hacia la participación o desde el experto hacia el acompañamiento expresa modificaciones en las formas de comprender qué significa ayudar y qué lugar corresponde a quienes solicitan atención.

Desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, este cambio posee importancia fundamental. La rehabilitación no constituye simplemente un conjunto de técnicas destinadas a mejorar el funcionamiento social. Supone una determinada forma de comprender a las personas y su relación con la comunidad. Implica reconocer que quienes experimentan sufrimiento psíquico son portadores de proyectos, preferencias, capacidades y saberes propios. Exige aceptar que la inclusión social no puede producirse unilateralmente desde instituciones o profesionales, sino que debe construirse junto a quienes viven dichas experiencias [12,13].

La recuperación profundiza esta exigencia. Recuperar no significa necesariamente eliminar síntomas ni alcanzar una normalidad predefinida. Significa construir vidas significativas, habitables y coherentes con los propios valores [8-11]. Desde esta perspectiva, la tarea profesional deja de consistir exclusivamente en estabilizar cuadros clínicos. Consiste también en crear condiciones para que las personas puedan ejercer ciudadanía, sostener vínculos, participar socialmente y desarrollar proyectos de vida.

Los materiales sugieren, además, que los procesos formativos no sólo modifican la comprensión de los usuarios. También transforman la comprensión que los propios profesionales tienen de sí mismos. No estamos simplemente frente a procesos de adquisición de competencias. Estamos frente a procesos de construcción de determinadas formas de ser profesional. Se aprende a diagnosticar, pero también se aprende a escuchar. Se aprende a indicar tratamientos, pero también a distribuir poder. Se aprende a gestionar riesgos, pero también a reconocer ciudadanía.

Desde esta perspectiva, la formación aparece como una dimensión estratégica de las reformas psiquiátricas. Las reformas pueden modificar leyes, dispositivos y políticas públicas. Pueden transformar hospitales, crear redes comunitarias o promover nuevos marcos normativos. Sin embargo, si quienes habitan esos espacios continúan comprendiendo el sufrimiento, la autonomía y la ciudadanía desde racionalidades heredadas de modelos tutelares, las transformaciones institucionales encontrarán límites persistentes.

Formar en libertad no constituye simplemente una estrategia pedagógica. Constituye una apuesta ética. Supone reconocer que la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos no dependen únicamente de nuevos dispositivos o nuevas políticas. Dependen también de la capacidad de las futuras generaciones de profesionales para construir formas de cuidado compatibles con dignidad, participación y vida en comunidad.

IMPLICANCIAS, ALCANCES Y LIMITACIONES

Los hallazgos de este estudio sugieren que la formación constituye una dimensión frecuentemente subestimada de las reformas psiquiátricas contemporáneas. Mientras la literatura ha dedicado considerable atención a procesos de desinstitutionalización, reorganización de servicios, desarrollo de dispositivos comunitarios y reformas normativas, la construcción de subjetividades profesionales necesarias para sostener dichos cambios ha recibido comparativamente menor atención.

La experiencia italiana mostró tempranamente que la transformación institucional no podía reducirse al cierre de hospitales psiquiátricos. Basaglia comprendió que el manicomio era mucho más que una estructura arquitectónica: representaba una forma específica de organizar relaciones sociales, producir saberes y distribuir poder [1]. Sin embargo, la experiencia internacional posterior ha mostrado que la desaparición de instituciones totales no garantiza por sí misma la desaparición de racionalidades tutelares. Formas de paternalismo, coerción o exclusión pueden persistir dentro de dispositivos formalmente comunitarios [2,3,6,7].

Los materiales analizados apuntan en esta dirección. Los residentes describen un proceso progresivo de reconocimiento de categorías, prácticas y formas de relación previamente naturalizadas durante su formación biomédica. La transformación observada no consiste simplemente en aprender nuevos conceptos. Consiste en problematizar formas de comprensión previamente consideradas evidentes.

Las reformas psiquiátricas no transforman únicamente instituciones. Transforman también formas de mirar. Y esas formas de mirar se aprenden. La formación aparece entonces como uno de los lugares donde se decide, en parte, el futuro de los procesos de reforma.

Este punto adquiere relevancia particular cuando se lo pone en diálogo con los enfoques contemporáneos de recuperación y rehabilitación psicosocial. La recuperación ha cuestionado profundamente la idea de que los resultados clínicos puedan definirse exclusivamente desde perspectivas profesionales [8-11]. La pregunta por la estabilidad clínica deja de aparecer como objetivo suficiente y comienza a coexistir con interrogantes relacionadas con inclusión social, vínculos, trabajo, pertenencia comunitaria y sentido de vida.

Este desplazamiento modifica la comprensión misma del éxito terapéutico. La recuperación deja de ser algo que los profesionales producen y se transforma en algo que acompañan. La rehabilitación psicosocial ocupa un lugar central en esta transformación, al insistir en que las dificultades experimentadas por personas con sufrimiento psíquico no pueden comprenderse exclusivamente como consecuencia de síntomas o déficits individuales. Intervienen también barreras sociales, económicas, culturales e institucionales [12,13].

Los materiales analizados muestran una creciente sensibilidad hacia esta dimensión contextual. La comunidad deja de aparecer como recurso complementario para transformarse en condición de posibilidad de la recuperación. El territorio deja de ser escenario para convertirse en parte constitutiva del proceso terapéutico. El trabajo, la vivienda, las redes sociales y la participación comunitaria dejan de ser factores secundarios para convertirse en dimensiones centrales de la práctica clínica.

Este hallazgo dialoga directamente con los desarrollos recientes de la salud mental colectiva. Desviat ha planteado que la alternativa a las limitaciones actuales de las reformas psiquiátricas no puede encontrarse únicamente en mejores dispositivos o tratamientos más sofisticados. Se requiere avanzar hacia formas de atención capaces de integrar subjetividad, determinación social, participación y experticia en primera persona [14]. La noción de clínica participada

resulta particularmente útil para interpretar los desplazamientos observados, porque permite comprender la clínica como construcción compartida de posibilidades y no sólo como intervención ejercida sobre sujetos pasivos [14,15].

La formación aparece entonces como un espacio privilegiado para producir estas transformaciones. Los diarios reflexivos y las comparaciones elaboradas por residentes muestran que el aprendizaje más significativo no consiste necesariamente en incorporar nuevos contenidos. Consiste en desarrollar capacidades para revisar críticamente las propias prácticas, reconocer las relaciones de poder presentes en la clínica y cuestionar categorías previamente naturalizadas.

Esta observación coincide con la propuesta freireana de comprender la educación como práctica de libertad [19]. El aprendizaje no aparece como acumulación de conocimientos, sino como transformación de formas de comprensión y acción. Desde esta perspectiva, los procesos formativos analizados pueden entenderse como experiencias de producción de subjetividad profesional: no forman únicamente especialistas; forman determinadas maneras de ser especialista.

El estudio posee limitaciones. Los materiales analizados provienen de experiencias formativas situadas, vinculadas a programas específicos de formación en Chile, y no pretenden representar la totalidad de la formación psiquiátrica. Además, el análisis fue desarrollado desde una posición docente implicada, lo que constituye simultáneamente una fortaleza —por la densidad del conocimiento situado— y una limitación —por el riesgo de interpretar los materiales desde los objetivos pedagógicos del propio curso. Por ello, los resultados deben comprenderse como hipótesis interpretativas y no como generalizaciones empíricas.

Aun así, los hallazgos poseen implicancias relevantes para la formación futura de especialistas. Si las reformas psiquiátricas aspiran a consolidar prácticas coherentes con recuperación, rehabilitación psicosocial y derechos humanos, parece insuficiente limitar los procesos formativos a la transmisión de contenidos teóricos o competencias técnicas. Resulta igualmente necesario generar espacios capaces de favorecer la reflexión crítica, trabajo sobre la propia práctica, revisión de relaciones de poder y análisis de las condiciones sociales e institucionales que producen sufrimiento.

CONCLUSIONES

Las reformas psiquiátricas han transformado profundamente los marcos normativos de la atención en salud mental. La ciudadanía, la recuperación, la participación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos ocupan hoy un lugar central en los discursos, políticas y programas desarrollados en distintos países. Sin embargo, la consolidación de estos principios depende de algo más que transformaciones organizacionales o normativas. Depende también de las formas mediante las cuales los profesionales aprenden a comprender el sufrimiento, ejercer autoridad y construir cuidado.

A partir del análisis de materiales producidos por residentes de psiquiatría en distintos momentos de su formación, este artículo ha mostrado que los procesos formativos pueden favorecer transformaciones significativas en la manera de comprender la práctica clínica. Los desplazamientos observados —desde el diagnóstico hacia la trayectoria vital, desde la adherencia hacia la participación, desde el riesgo hacia la ciudadanía, desde el individuo hacia el territorio, desde el experto hacia el acompañamiento y desde la adaptación hacia la emancipación— sugieren que la formación participa activamente en la construcción de subjetividades profesionales.

Desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, estos hallazgos poseen una relevancia particular. La recuperación, la inclusión social y la ciudadanía no pueden sostenerse únicamente mediante nuevos dispositivos o nuevas normativas. Requieren profesionales capaces de habitar críticamente esos principios y traducirlos en prácticas concretas.

La principal contribución de este trabajo consiste en proponer que la formación debe ser comprendida como una dimensión ética de las reformas psiquiátricas contemporáneas. No porque enseñe ética como contenido, sino porque participa en la producción de formas de relación con otros seres humanos.

Formar en libertad no significa formar profesionales sin referencias técnicas ni institucionales. Significa formar profesionales capaces de ejercer críticamente su conocimiento, reconocer la dignidad de quienes acompañan y sostener prácticas compatibles con recuperación, ciudadanía, rehabilitación psicosocial y derechos humanos. Las reformas psiquiátricas no se juegan únicamente en hospitales, leyes o programas. También se juegan en las formas mediante las cuales aprendemos a cuidar.

DECLARACIONES ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD

Los materiales empíricos utilizados corresponden a producciones pedagógicas elaboradas en el contexto de cursos de formación de residentes. Para este manuscrito fueron tratados de forma anonimizada, sin identificación de residentes, usuarios, familiares ni equipos clínicos. Las viñetas y fragmentos citados fueron seleccionados por su valor analítico y se editaron mínimamente para proteger la confidencialidad, manteniendo su sentido original. El análisis no tuvo fines evaluativos individuales.

REFERENCIAS

1. Basaglia F. La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral; 1972.
2. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalización, otra vía. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 1987;7(21):165-187.
3. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an open door-no restraint system of care for recovery and citizenship. J Nerv Ment Dis. 2014;202(6):440-445.
4. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas: OPS; 1990.
5. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
6. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. World Health Organization. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization; 2023.
8. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
9. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosoc Rehabil J. 1988;11(4):11-19.
10. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press; 2003.
11. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
12. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
13. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. ¿Qué es la rehabilitación psicosocial? Un mapa para profesionales [Internet]. Madrid: FEARP; 2019 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://fearp.es/que-es-la-rehabilitacion-psicosocial/>
14. Desviat M. De la psiquiatría del fármaco a la salud mental colectiva: subjetividad, emancipación y clínica participada. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2024;44(146):269-284.
15. Desviat M. Capitalismo digital y producción de subjetividad: apuntes para una clínica política de la emancipación [Internet]. Viento Sur. 2026 Abr 13 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://vientosur.info/capitalismo-digital-y-produccion-de-subjetividad-apuntes-para-una-clinica-politica-de-la-emancipacion/>
16. Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008;4(2):173-185.
17. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
18. Correa-Urquiza M, Silva T, Belloc M, Martínez-Hernández A. La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. En: Martínez-Hernández A, Masana L, DiGiacomo S, editores. Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Tarragona: Publicacions URV; 2013.
19. Freire P. Pedagogía del oprimido. Montevideo: Tierra Nueva; 1970.

20. Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. Nueva York: Naciones Unidas; 2017.
21. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.
22. Colina F. Sobre la locura. Valladolid: Cuatro Ediciones; 2013.
23. Foucault M. Dits et écrits: 1954-1988. Vol. 3. París: Gallimard; 1994.
24. Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Sociológica. 2011;26(73):249-264.
25. Sisto V, Zelaya V. La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. Univ Psychol. 2013;12(4):1345-1354.
26. De la Aldea E, Lewkowicz I. La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Buenos Aires: manuscrito de circulación docente; 2004.

INGRESOS INVOLUNTARIOS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, UNA CONTROVERSIA DE NUESTRA REALIDAD ASISTENCIAL EXPUESTA BAJO EL MÉTODO DELIBERATIVO

21

Autores:

Luciano Rodríguez del Rosario¹, Dulcinea Vega Dávila², Judit Herrera Rodríguez³, Tomás Domingo Moratalla⁴.

(1) Psiquiatra del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Gran Canaria. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

(2) Psiquiatra de la Unidad de Estancia Media (UME) de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria.

(3) Psiquiatra del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria.

(4) Catedrático de Filosofía. UNED.



RESUMEN

Los ingresos involuntarios son un tema controvertido en psiquiatría, pero conforman una realidad clínica aún vigente. En este trabajo hemos querido manifestar nuestra preocupación al respecto en el campo de la recuperación, huyendo de soluciones dilemáticas y planteando el conflicto desde un enfoque deliberativo. Siguiendo el esquema del método deliberativo de Diego Gracia analizaremos el conflicto valorando los hechos, valores y deberes, apartados del presente trabajo.

Palabras clave: ingreso involuntario, rehabilitación psiquiátrica, deliberación

ABSTRACT

Involuntary hospitalizations are a controversial topic in psychiatry, yet they remain a current clinical reality. In this paper, we aim to express our concern regarding this issue within the field of recovery, avoiding simplistic solutions and approaching the conflict from a deliberative perspective. Following Diego Gracia’s deliberative method, we will analyze the conflict by evaluating the facts, values, and duties outlined in this paper.

Key words: involuntary admission, psychiatric rehabilitation, deliberation

INGRESOS INVOLUNTARIOS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, UNA CONTROVERSIA DE NUESTRA REALIDAD ASISTENCIAL EXPUESTA BAJO EL MÉTODO DELIBERATIVO.

INTRODUCCIÓN Y MÉTODO

En este trabajo trataremos la controversia sobre los ingresos involuntarios en rehabilitación psicosocial mediante un análisis bioético apoyado en una revisión narrativa de la literatura. Abordar este conflicto parte de nuestra reflexión sobre la contradicción entre el modelo actual de trabajo centrado en la autonomía de la persona y una realidad asistencial en la que los ingresos involuntarios persisten. Por nuestro interés en la bioética, hemos decidido utilizar el método deliberativo como herramienta para abordar estos problemas, evitando así las posiciones dilemáticas. Emplearemos el método desarrollado por Diego Gracia¹ por su accesibilidad y utilidad práctica, que se puede resumir en el siguiente esquema²:

El procedimiento deliberativo

I. Deliberación sobre los hechos.

- 1. Presentación del caso.*
- 2. Deliberación sobre los hechos del caso:*
 - a. ¿Qué pasa? (Diagnóstico).*
 - b. ¿Cómo va a evolucionar? (Pronóstico).*
 - c. ¿Qué puede hacerse? (Tratamiento.)*

II. Deliberación sobre los valores.

- 3. Identificación de los problemas morales del caso.*
- 4. Elección del problema moral a discutir.*
- 5. Explicitación de los valores en conflicto en ese problema.*

III. Deliberación sobre los deberes.

- 6. Identificación de los cursos extremos de acción.*
- 7. Búsqueda de cursos intermedios.*
- 8. Elección del curso óptimo.*

IV. Pruebas de consistencia de la decisión.

- 9. Prueba de la legalidad.*
- 10. Prueba de publicidad.*
- 11. Prueba del tiempo.*

V. Toma de decisión definitiva.

Una vez definida la controversia como conflicto moral, la parte ardua pero enriquecedora del trabajo consiste en la deliberación propiamente dicha, fortalecida por el trabajo en grupo en el que, a partir de la revisión de la literatura y nuestras propias inquietudes y experiencias, se discuten los distintos cursos de acción.

HECHOS

Los ingresos involuntarios suponen una de las intervenciones más controvertidas utilizadas en Salud Mental³. El ingreso involuntario y la contención mecánica suponen el extremo de un amplio espectro de medidas coercitivas que pueden observarse (aunque no exclusivamente) en el marco de la psiquiatría contemporánea y la atención a las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG). Se considera una medida coercitiva a toda presión ejercida por una persona (u organización) sobre otra con la intención de hacer que ésta actúe de acuerdo a los deseos de aquella⁴. Podemos diferenciar la coerción formal, aquella regulada por la Ley, de la coerción informal, que abarca desde la persuasión hasta la obligación forzosa⁵. En términos de coerción formal encontraríamos fundamentalmente el ingreso involuntario y algunas intervenciones vinculadas al mismo, como la contención mecánica, la contención química y el aislamiento⁶. Las controversias existentes respecto a sus efectos beneficiosos y su difícil evaluación despierta interés en la ética clínica y dificulta el proceso de toma de decisiones³.

La realidad actual de los ingresos involuntarios en España se sustenta en un marco legal que establece unos límites a la voluntariedad. La Ley Básica de Autonomía del Paciente⁷ contempla la posibilidad de que un individuo no tenga capacidad para prestar consentimiento por su estado psíquico, y requiera consentimiento por representación (una forma de no voluntariedad). Es el famoso artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil⁸, el que establece el procedimiento y garantías sobre el internamiento no voluntario y actualmente está en proceso de revisión⁹. Recientemente, la incorporación de la Ley para el Apoyo de las Personas con Discapacidad¹⁰ ha supuesto un importante punto de inflexión para la modificación normativa a tenor de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU ratificada en España desde 2008¹¹. En este marco legal, la ejecución de un internamiento involuntario exigiría, por un lado, que el individuo no tenga capacidad de decidir, y por otro, que se den las circunstancias que justifiquen la intervención. Estas circunstancias, a grandes rasgos serían la existencia de riesgo (para la propia persona, sobre todo) y/o necesidad, esto es que exista una indicación terapéutica y un tratamiento que beneficie al paciente¹².

La redacción de la normativa ha sido duramente criticada porque puede dar a entender que las personas con TMG (por la redacción en el texto legal de “por razón de trastorno psíquico”), son susceptibles de ingresar de forma no voluntaria por motivo diagnóstico. En todo caso, sea por un trastorno mental o por cualquier motivo que afecte a la capacidad de tomar decisiones (en última instancia un trastorno psíquico atendiendo a la literalidad), el centro alrededor del que pivota la no voluntariedad es la capacidad^{13–15}.

El concepto de capacidad como representación del principio de autonomía en la toma de decisiones no está exento de matices¹⁶. Su evaluación es un proceso complejo y no se dispone de un modelo único^{17–19}. Se puede decir que la presencia de un trastorno mental no anula ni necesariamente deteriora la capacidad para tomar decisiones. Si acaso, se puede considerar que el TMG supone un “riesgo” de deterioro en la capacidad sobre todo en relación con la presencia de síntomas cognitivos y anosognosia^{20–22}. No es raro que un individuo con anosognosia, por lo demás autónomo, que hoy abandona el tratamiento (por no considerarlo necesario al carecer de insight) se exponga en pocos meses a una

recaída que lleve a una pérdida de autonomía en el resto de áreas, y pérdida del control de su proyecto vital. Además, la capacidad puede verse transitoriamente afectada durante los episodios agudos, de forma parcial o completa²¹.

Algunos sectores se muestran críticos ante la importancia del componente clínico-médico en la falta de capacidad^{15,16,23}, discutiendo la necesidad de tratamientos, en beneficio de una perspectiva social de la capacidad, más enfocada a la provisión de los apoyos necesarios. Desde estas perspectivas se exige la erradicación de las medidas coercitivas²⁴, y en especial el internamiento involuntario, aunque igualmente se admite que esta supresión no es posible realizarla de la noche a la mañana. Sin lugar a dudas, la alternativa a los internamientos involuntarios no puede ser el abandono del paciente^{25,26}, así que se llama al desarrollo de un fuerte y sólido sistema de apoyos comunitarios que permita abolir o, mejor expresado, volver innecesario el internamiento involuntario. Por otro lado, se ha señalado que esta visión abolicionista podría entrar en conflicto con otros derechos y avances logrados tras la redacción de la Convención de Derechos de las Personas con discapacidad²⁵.

En caso de aplicarse, las medidas involuntarias han de ser proporcionales, lo que exige que los ingresos involuntarios sean una decisión de último recurso, de la forma menos restrictiva posible y el tiempo más corto¹².

Son escasos los estudios de investigación que recogen la opinión en primera persona. Un reciente trabajo nacional evalúa las formas de coerción por usuarios de un dispositivo de rehabilitación hospitalaria (Unidad de Media Estancia) y se consideró que, “aunque son poco frecuentes, las formas más comunes de coerción formal fueron: el ingreso involuntario y el tratamiento obligatorio”. Las personas que habían sido o estaban siendo sometidas a alguna forma de coerción formal obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de coerción²⁷.

A modo ilustrativo, los ingresos involuntarios en casos de alto riesgo y gran necesidad, especialmente en momentos de crisis, representan el extremo más fácil de entender (traslados urgentes e ingresos en unidades de agudos). Sin embargo, también es posible encontrar otros casos no tan evidentes: individuos gravemente enfermos y con serias dificultades para tomar decisiones respecto a su salud (como por ejemplo pacientes con anosognosia²² o deterioro cognitivo²¹). Personas con alteraciones de conducta que no causan alarma social (autoabandono, aislamiento, negligencias) que permanecen largos períodos de tiempo inadvertidos. Situaciones susceptibles de tratamiento en el sentido amplio y con claro y progresivo deterioro psicosocial^{28,29}. Es muy posible que un marco normativo centrado en el riesgo deje “olvidados” a los pacientes con más necesidad³⁰, justo aquellos que requieren más apoyos^{15,31}.

El ingreso involuntario ha de tener una finalidad terapéutica que no sólo persiga el tratamiento médico del TMG, sino también toda actividad asistencial tendente a la rehabilitación, recuperación e integración¹³. Existen casos muy complejos, como los ejemplos mencionados, desde el punto de vista clínico y social³², en los que el ingreso, incluso en condiciones de no voluntariedad, puede tener utilidad más allá de las unidades de agudos³³. Los nuevos recursos de hospitalización de media y larga estancia³⁴ tienden a enmarcarse en los métodos de la rehabilitación psicosocial y adherirse a los principios de la recuperación. El objetivo en estas unidades es contar al máximo con las capacidades del individuo, restaurar su autonomía y revocar la medida involuntaria tan pronto como sea posible, con el fin de lograr una adaptación a la vida en la comunidad³⁵. Más allá de consolidar estabilidad sintomatológica y garantizar adherencia a tratamientos médicos, en estas unidades se evalúan y organizan planes de alta atendiendo a otros aspectos sociales: relaciones, familia, alojamiento, necesidades económicas, organización doméstica y un largo etcétera de competencias individuales.

La Rehabilitación Psicosocial es un proceso altamente autodirigido que busca construir un proyecto vital individual con los apoyos necesarios³⁶. Desde la perspectiva de la recuperación, las medidas coercitivas, y particularmente los ingresos involuntarios, parecen poco congruentes con el modelo^{34,37,38}. Sin embargo, existe un importante número de individuos hospitalizados en unidades de larga y media estancia³⁹ con autorización judicial de ingreso no voluntario, aunque a nivel epidemiológico llama la atención la dificultad a la hora de encontrar datos, especialmente en internamientos de media-larga estancia y rehabilitación⁴⁰. En datos de nuestro entorno (Gran Canaria), encontramos en 2026 que en las unidades de rehabilitación hospitalaria de larga y media estancia, más de un tercio de los pacientes tienen auto de involuntariedad .

En este punto, existe un desarrollo cada vez mayor de estrategias no coercitivas^{41–43}, entre los que se proponen planificación de la atención, servicios de promoción de la autonomía personal, equipos de tratamiento asertivo comunitario, programas de empleo, vivienda, provisión de apoyos para el acceso igualitario al ejercicio de la capacidad jurídica, etc²⁶. Sin embargo, este desarrollo, aunque en aumento, es desigual y por ahora insuficiente para evitar el deterioro psicosocial de algunas personas con TMG, en forma de vacíos asistenciales, invisibilidad y transinstitucionalización⁴⁴.

Los individuos con patologías mentales están sobrerrepresentados en todos los entornos de privación de libertad⁴⁵ (prisiones, centros de retención de extranjeros), o entornos marginales de los que es difícil salir (la exclusión social en todas sus formas, como la sinhogaridad). Ante esta situación, muchos autores tienden a admitir las medidas coercitivas y el internamiento involuntario como “la opción menos mala en determinadas circunstancias”⁴⁶.

La mayor fuente de los conflictos se produce en los casos en los que un individuo sin suficiente capacidad se *opone* a un ingreso o tratamiento necesario¹⁵, pero desde el punto de vista analítico el internamiento involuntario no tiene porqué ser una medida forzosa^{47,48} y puede estar en consonancia con el principio de la prestación de apoyos: un individuo sin la suficiente capacidad para decidir respecto a su ingreso requiere de garantías para el respeto de su autonomía, independientemente de si acepta o se niega a la medida.

Es muy importante tener en cuenta que en medicina existen notables rangos de incertidumbre, y estos márgenes son muy evidentes en psiquiatría, donde la heterogeneidad diagnóstica, la variabilidad de respuesta a los tratamientos y las diferencias intersubjetivas dificultan la toma de decisiones. A esto se añade que en estas situaciones complejas los mejores intereses del paciente entran con frecuencia en conflicto con valores éticos y el respeto a sus derechos, lo que sitúa al profesional en una posición incómoda y que supone a veces una gran carga (estamos seguros de que son las circunstancias más desagradables de nuestro ejercicio profesional). En este escenario, muy raras son las decisiones que se toman con certeza apodíctica, y es por eso que los métodos deliberativos constituyen un marco especialmente adecuado para el análisis y la toma de decisiones, especialmente cuando se enfrentan valores éticos importantes⁴⁹.

Estas inquietudes como profesionales en torno a los ingresos involuntarios en dispositivos de rehabilitación psicosocial, motivan el presente trabajo. Se trata de una cuestión escasamente abordada en la literatura frente al mayor interés suscitado por los ingresos en las unidades de agudos, y nuestro objetivo es analizar este conflicto mediante el método deliberativo de Diego Gracia, con el fin de enriquecer el debate ético y ofrecer un marco de reflexión que facilite la toma decisiones superando planteamientos polarizados o meramente dilemáticos.

DISCUSIÓN SOBRE LOS VALORES

Identificando el problema ético principal:

En las últimas décadas se produce un importante desarrollo de normativas, convenciones y leyes orientadas a la reducción o eliminación de las medidas coercitivas, y con ello voces que defienden la extinción del ingreso involuntario. Esto se da en un panorama nacional con desarrollo desigual e incompleto de recursos comunitarios y en una sociedad con una tendencia individualista que no facilita la verdadera integración de las personas con TMG en la comunidad. Además, existen personas con TMG que a lo largo de su evolución pueden sufrir una pérdida de capacidad (que puede ser parcial y transitoria), y entonces necesitar intervenciones para recuperar esta capacidad, su autonomía y dignidad, más allá del ingreso en una unidad de agudos.

¿Está éticamente justificado suprimir el ingreso involuntario en unidades de rehabilitación en ausencia de alternativas comunitarias bien desarrolladas y obviando la existencia de ciertos perfiles clínicos complejos?

Esta pregunta plantea dos problemas éticos:

En primer lugar, el papel del ingreso involuntario en unidades de rehabilitación en los casos más vulnerables y complicados (en pacientes con menor autonomía, más discapacidad y más necesidad).

En segundo lugar, en el contexto actual, el ingreso involuntario como “la opción menos mala” en ausencia de alternativas reales en la comunidad.

Este tipo de intervenciones pone en contraste algunos valores importantes^{50,51}:

Autonomía	Beneficencia No maleficencia Seguridad e Integridad Equidad y Justicia
Confianza	Abuso de poder y presión social Cuidado, acompañamiento y compasión
Abandono y Desprotección	Vulnerabilidad y Sufrimiento
Proporcionalidad	Vida con sentido

Gran parte de los conflictos que podemos encontrar en los ingresos involuntarios emergen de la amenaza al principio de autonomía, la representación de la libertad del individuo. Entender la autonomía como un valor humano intrínseco, es lo que lleva a esta posición problemática. Sin embargo, la autonomía puede estar amenazada por otras cuestiones, como podrían ser una pérdida de la capacidad de decidir secundaria a un TMG, u otras situaciones de vulnerabilidad (exclusión social, prisión). Es en este punto donde merece la pena contrastar estos valores: ante la pérdida de la capacidad de decidir (autonomía en entredicho), existen otros valores que pueden imponerse: la seguridad personal, la integridad física o el propio proyecto vital.

La actitud benéfica es la de proporcionar tratamiento a aquello que amenaza la capacidad de decidir con la intención última de restaurar la autonomía. La pérdida de autonomía puede amenazar también el acceso justo a los recursos, y abocar a la persona a las consecuencias de la enfermedad (autoabandono, aislamiento, problemas legales, etc) en una posición de mayor vulnerabilidad.

El deber de cuidado de los profesionales nos llama a no abandonar al paciente, especialmente en el momento más vulnerable, y la medida habrá de ser proporcional. Existe por contra, la posibilidad de un abuso de poder en una relación asimétrica de vergonzosa herencia histórica, y también la tentación de ceder ante una presión social que exige el control forzoso de comportamientos incómodos. El paso del paternalismo autoritario a una actitud compasiva pondría el acompañamiento y el cuidado en el centro de la relación.

El peor de los escenarios es el ingreso en contra de la voluntad del paciente, lo que produce un daño moral, pues lesiona su sentimiento de agencia y también la confianza en los profesionales. El ingreso involuntario sería una medida de último recurso cuando todo lo demás falla, proporcional al riesgo y también, buscando siempre el beneficio para la persona.

Y en la ponderación de valores, uno de los principales ejes de la recuperación es vivir una vida con sentido. El ingreso involuntario puede ser un medio para obtener los propósitos positivamente manifestados por la propia persona, que por la interferencia de sus síntomas y su vulnerabilidad, no logra acometer el cambio deseado con sus propios recursos y el resto de apoyos no es suficiente.

DELIBERACIÓN DE LOS DEBERES

Dentro de este método deliberativo se recomienda optar por los cursos intermedios para optimizar decisiones prudentes en contextos de incertidumbre, así como excluir cursos extremos para evitar, entre otras cuestiones, la pérdida de valores en juego¹. En la deliberación de este conflicto se ha pretendido ir más allá del principalismo bioético y ampliar a una perspectiva narrativa que incluya lo particular, la experiencia de los implicados y una dimensión de responsabilidad, profesionalidad y compromiso⁵².

Cursos extremos de acción:

En el conflicto bioético expuesto, los cursos extremos de acción serían las siguientes opciones:

- 1) No validar ingresos involuntarios en rehabilitación psiquiátrica bajo ningún concepto.
- 2) Validar ingresos involuntarios en rehabilitación psiquiátrica por diagnóstico de TMG.

En el primer caso, no validar los ingresos involuntarios en este contexto puede apoyarse en el modelo predominante de la recuperación, centrado en la autonomía y libertad del paciente, donde se comprende que un plan individualizado de rehabilitación no tiene cabida sin el consenso de la persona. Además, en un contexto de limitación de recursos asistenciales y en favor del principio de justicia, se debería favorecer el acceso al recurso rehabilitador a un paciente con compromiso y motivación para un proceso de recuperación, presumiblemente más coherente con un ingreso voluntario. Podemos incluir en este extremo evitar la maleficencia por un posible sufrimiento asociado a un ingreso no aceptado.

En el otro extremo, la validación de ingresos involuntarios en rehabilitación por el mero hecho de tener un TMG se plantea apoyado en el principio de beneficencia por proporcionar un tratamiento que puede mejorar la salud del paciente. Este curso, aparte de entrar en conflicto con muchos otros valores, estaría fuera de la normativa legal vigente.

Cursos intermedios de acción:

Frente a los cursos extremos, ofrecemos varios cursos intermedios de acción que no son necesariamente excluyentes y proporcionan diferentes perspectivas a tener en cuenta:

- Validar un ingreso involuntario en rehabilitación en aquel paciente que, más allá de los tiempos de las unidades de agudos, presente **alteración de su capacidad** y situación de riesgo y/o necesidad. El principio de justicia aquí implicaría el uso del recurso a favor de la salud, la integridad, el cuidado y el acompañamiento para ese perfil de paciente más grave y vulnerable. Por otro lado, permitir la toma de decisiones perjudiciales (como el alta hospitalaria en la situación descrita) entraría en el campo de la maleficencia.

• Asegurarse, en caso de un ingreso involuntario, que éste se ha realizado **conforme a la Ley vigente**, así como las recomendaciones que nos recuerda la reciente sentencia del TEDH al respecto⁵³, no solo en el derecho a representación de su abogado, si no a valoración presencial judicial y valoración independiente de médico forense.

• Estudiar de forma holística el **riesgo y necesidad**. Valorar si el riesgo es inminente y vital o previsible no urgente. Conocer si el riesgo afecta a otros, limitando apoyos posibles. O si por otro lado, hacemos referencia al riesgo por repercusión de la sintomatología productiva o deterioro en su funcionamiento y sus consecuencias, o necesidad de tratamiento.

• **Evaluar la capacidad** del paciente de forma adecuada, conforme a la ley 41/2002 por los médicos responsables, recomendando herramientas específicas para ello (por ejemplo la evaluación Aid to Capacity Evaluation)⁵⁴. Si la capacidad está alterada, se debe acudir, tal y como recomienda la Ley, a los representantes que conocen los valores del paciente en momentos de estabilidad y pueden tomar decisiones centradas en el sujeto. Además, se debe conocer si el paciente tiene Manifestación Anticipada de Voluntades (MAV) a las que acudir en estas situaciones.

• Favorecer los procesos de **Planificación Anticipada de Decisiones** en Salud Mental⁵⁵ y respetarlos cuando estén disponibles.

• Integrar los **Planes de Rehabilitación Individualizados**. Abordaje interdisciplinar del caso, donde los objetivos se puedan consensuar con el paciente y su familia, ponderando los riesgos y las necesidades, realizando un acompañamiento hasta la recuperación de la capacidad.

• Plantear siempre la **temporalidad** del ingreso involuntario, ya que se sostendría por la falta de capacidad en situaciones de riesgo o necesidad, basados en la prudencia y la ética del cuidado, hasta que el sujeto mejore su capacidad y pueda tomar decisiones autónomas.

• Continuar la lucha por **aumentar los recursos**, equipos y programas comunitarios con enfoque centrados en la recuperación que garanticen la continuidad de cuidados para minimizar o eliminar en el futuro los ingresos involuntarios.

Curso óptimo:

El curso óptimo implica una decisión centrada en cada persona, limitación principal de este trabajo que aborda el conflicto de forma general y no se centra en un caso clínico. Siendo coherentes con el modelo que sigue este trabajo que se apoya en una humildad deliberativa en contextos de incertidumbre, el curso óptimo sería una aplicación de aquellos cursos intermedios que sean necesarios y compatibles con cada situación. En todo caso, sí que prima la recomendación de mantener unos “mínimos dentro de la ética de mínimos”: asegurándonos actuar dentro del principio de Justicia y no Maleficencia⁵⁶.

Prueba de legalidad, temporalidad y publicidad:

Para que puedan ser útiles en contextos reales, el curso óptimo ha de pasar las pruebas de consistencia externa. En este sentido, este curso se ajusta a la prueba de legalidad: el marco normativo actual de nuestro país, pese a que la modificación del artículo que regula los internamientos involuntarios por razones de trastorno psíquico es un cambio legal pendiente. También se ajusta a la prueba de temporalidad: se volvería a emitir el mismo informe pasado un tiempo prudencial siempre que los recursos existentes no faciliten otras opciones. Y por último, se ajusta a la prueba de publicidad: las decisiones se podrían defender públicamente si fuese necesario sosteniendo la humildad de trabajar en espacios de incertidumbre con prudencia.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Los ingresos involuntarios son una de las medidas de coerción formal más controvertidas, especialmente cuando hablamos de ingresos involuntarios en unidades hospitalarias de rehabilitación psicosocial. La principal reflexión que podemos extraer de nuestro trabajo tras el proceso deliberativo, es que toda intervención en rehabilitación psicosocial ha de estar orientada a maximizar la autonomía del paciente. El internamiento involuntario, en este sentido, sólo podría considerarse en el caso de existir una alteración en la capacidad de la persona para tomar decisiones y necesidad importante de atención. Es una medida excepcional, que se pone en marcha cuando todas las demás estrategias voluntarias han fracasado y debe ser proporcional a la necesidad y al riesgo. Como resulta obvio, la naturaleza formal del ingreso involuntario exige también unas garantías legales que han de respetarse siempre. Asimismo, se trata de un proceso altamente individualizado y limitado en el tiempo, puesto que la intención fundamental es restaurar la autonomía y lograr una transición a la comunidad de la forma menos restrictiva posible.

Aunque es difícil establecer un curso óptimo de acción en un proceso tan individualizado, tras nuestra deliberación nos atrevemos a realizar algunas sugerencias generales para los profesionales:

Todo ingreso involuntario ha de cumplir con garantías legales, respetando en todo momento la norma vigente: plazos, formas y mecanismos de apelación. Priorizar una adecuada evaluación de la capacidad en el momento del ingreso, y reevaluar periódicamente para revertir la medida involuntaria cuanto antes. Ponderar la medida involuntaria de forma integral y holística, teniendo en cuenta las necesidades y riesgos, así como los deseos y valores de la persona. Siempre ha de ser un proceso individualizado y planificado, con intervención de un equipo multidisciplinar a través de un Plan de Tratamiento Individualizado que integre tanto tratamientos médicos como un amplio abanico de intervenciones psicosociales. Potenciar en la medida de lo posible la elaboración y el respeto a la Planificación Anticipada de Decisiones y los límites del consentimiento a través de las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad. Independientemente del carácter involuntario del ingreso, la base deberían ser los objetivos consensuados con el paciente.

Plantear el ingreso involuntario en rehabilitación como un conflicto bioético permite ampliar la perspectiva más allá de soluciones dilemáticas. La principal limitación de este trabajo es que el proceso deliberativo no se ha centrado en un caso concreto sino en analizar la situación general. Desde nuestra posición de no tener la mejor respuesta, respondemos con una intención de implicación y respeto: la deliberación (prudencia en marcha) no es solo un método de resolución de problemas, sino una búsqueda de autonomía y responsabilidad^{57,58}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Júdez J. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clínica. 2001;117(1):18-23. doi:10.1016/S0025-7753(01)71998-7

2. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Bioética: el estado de la cuestión. 1.a ed. España: Triacastela; 2011. p. 101-54.

3. Laureano CD, Laranjeira C, Querido A, Dixe MA, Rego F. Ethical Issues in Clinical Decision-Making about Involuntary Psychiatric Treatment: A Scoping Review. Healthcare. 9 de febrero de 2024;12(4):445. doi:10.3390/healthcare12040445

4. Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. J Ment Health. 1 de enero de 2008;17(3):233-44. doi:10.1080/09638230802052203

5. Hotzy F, Jaeger M. Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. Front Psychiatry. 12 de diciembre de 2016;7:197. doi:10.3389/fpsyt.2016.00197

6. World Health Organization. Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329605>

7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Sec. 1, Ley 41/2002. 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2002/11/14/41>

8. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. Sec. 1, Ley 1/2000. 8 de enero de 2000. p. 575-728. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2000/01/07/1>

9. Congreso de los Diputados. Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. 122/000279 [Internet]. 4 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/B/BOCG-15-B-328-1.PDF

10. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica [Internet]. Sec. 1, Ley 8/2021. 3 de junio de 2021. p. 67789-856. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2021/06/02/8>

11. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 [Internet]. Sec. 1, Acuerdo Internacional. 21 de abril de 2008. p. 20648-59. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1))

12. Flores B, Fernando L. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. diciembre de 2012;32(116):829-47. doi:10.4321/S0211-57352012000400011

13. Berenguer Albaladejo MC. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. Derecho Priv Const [Internet]. 2014 [citado 28 de abril de 2026];(28). Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/DPC/article/view/106563>

14. Prados García C. El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad [Internet]. Dykinson; 2023 [citado 28 de abril de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10016/36605>

15. Sánchez Gómez A. Ingresos involuntarios civiles: Salvaguardias ante el nuevo paradigma en materia de discapacidad [Internet]. Madrid: Reus; 2022 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/95818> doi:10.30462/9788429026160

16. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014): Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2014. Report CRPD/C/GC/1. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g14/031/23/pdf/g1403123.pdf>

17. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients’ competence to consent to treatment. N Engl J Med. 1 de noviembre de 2007;357(18):1834-40. doi:10.1056/NEJMcp074045 PubMed PMID: 17978292.

18. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to Consent to Research: A Psychiatric Overview. Arch Gen Psychiatry. 1 de agosto de 1982;39(8):951-8. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290080061009

19. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1 de enero de 2008;28(102):102.

20. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav.* 1995;19(2):149-74. doi:10.1007/BF01499323
21. Jeste DV, Depp CA, Palmer BW. Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophr Bull.* enero de 2006;32(1):121-8. doi:10.1093/schbul/sbj001
22. Lehrer DS, Lorenz J. Anosognosia in Schizophrenia: Hidden in Plain Sight. *Innov Clin Neurosci.* 2014;11(5-6):10-7.
23. Álvarez Lata N, Seoane JA. El proceso de toma de decisiones de la persona con discapacidad: una revisión de los modelos de representación y guarda a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Derecho Priv Const.* 2010;(24):11-66.
24. Manifiesto de Cartagena “por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción”. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2017;14(1):65-7.
25. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC, Kleinman A, Makhashvili N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry.* septiembre de 2015;2(9):844-50. doi:10.1016/S2215-0366(15)00218-7
26. Parliamentary Assembly. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Doc. 14895 [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: https://pace.coe.int/en/files/27701/html#_TOC_d30e371
27. Aragonés Calleja M. Vivencia de coerción en hospitalización psiquiátrica [Internet]. Universitat de València; 2025 [citado 24 de julio de 2026]. p. 1. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10550/110572>
28. Poder Judicial. Noticias Judiciales CGPJ [Internet]. 2021 [citado 13 de mayo de 2026]. El Tribunal Supremo dicta la primera sentencia sobre la aplicación de la nueva Ley de apoyo a personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-dicta-la-primer-sentencia-sobre-la-aplicacion-de-la-nueva-Ley-de-apoyo-a-personas-con-discapacidad>
29. Moreno Flórez RM. Comentario de la sentencia del Tribunal Supremo de 8 de septiembre de 2021 (589/2021) [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/comentarios_sentencias_unificacion_doctrina_civil_y_mercantil/abrir_pdf.php?id=COM-D-2021-8
30. Ewuoso CO. Beneficial Coercion in Psychiatric Care: Insights from African Ethico-Cultural System. *Dev World Bioeth.* junio de 2018;18(2):91-7. doi:10.1111/dewb.12137
31. Burns T. Paternalism in Mental Health – When Boots are Superior to Pushkin. En: *Coercive Treatment in Psychiatry* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [citado 18 de mayo de 2026]. p. 175-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470978573.ch11> doi:10.1002/9780470978573.ch11
32. Muñoz García JJ, Carpintero Cruz AI, Verdugo Martínez A, Gijón Serrano JL, Hodann Caudevilla RM. Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2023;43(143):117-39.
33. Glick ID, Sharfstein SS, Schwartz HI. Inpatient psychiatric care in the 21st century: the need for reform. *Psychiatr Serv.* febrero de 2011;62(2):206-9. doi:10.1176/ps.62.2.pss6202_0206
34. Jiménez Estévez JF, Maestro Barón JC. Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2004;4(2):175-94.
35. Uriarte JJ. Unidades de rehabilitación, «espacios intermedios hospitalarios». En: *Acciones de Salud Mental en la Comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2012. (Estudios; n.o 47).
36. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):11-23. doi:10.1037/h0095655
37. Rosenbaum L. Liberty versus Need - Our Struggle to Care for People with Serious Mental Illness. *N Engl J Med.* 13 de octubre de 2016;375(15):1490-5. doi:10.1056/NEJMms1610124
38. Uriarte Uriarte JJ, Vallespí Cantabrana A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2017;37(131):241-56.
39. Molina Martín J de D. El papel del Hospital de Larga Estancia en el Proceso de Rehabilitación. *Norte Salud Ment.* 2003;5(17):7-13.

40. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry.* febrero de 2004;184(2):163-8. doi:10.1192/bjp.184.2.163
41. Noguero Alegre A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioét Derecho Publ Máster En Bioét Derecho.* 2021;(53):37-55.
42. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ.* 1 de enero de 2020;98(1):52-8. doi:10.2471/BLT.19.234906
43. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review [Internet]. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.; 2019. Disponible en: https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf
44. Lamb HR. Does deinstitutionalization cause criminalization? The penrose hypothesis. *JAMA Psychiatry.* febrero de 2015;72(2):105-6. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2444
45. Confederación Salud Mental España. Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental [Internet]. Confederación Salud Mental España. Madrid; 2023 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/>
46. Badre N, Barnes S, Lehman D, Steingard S. Coercion and the Critical Psychiatrist: Controversies and Clinical Implications. En: *Critical Psychiatry.* 2019. p. 155-77. doi:10.1007/978-3-030-02732-2_7
47. Sisti DA. Nonvoluntary Psychiatric Treatment Is Distinct From Involuntary Psychiatric Treatment. *JAMA.* 19 de septiembre de 2017;318(11):999-1000. doi:10.1001/jama.2017.10318
48. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law.* 1993;11(3):239-58. doi:10.1002/bsl.2370110303
49. Gracia D. El animal deliberante: teoría y práctica de la deliberación moral. Madrid: Triacastela; 2025.
50. Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Front Psychiatry.* 2021;12:790886. doi:10.3389/fpsy.2021.790886
51. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics.* febrero de 2018;25(1):92-110. doi:10.1177/0969733016629770
52. Moratalla TD, Feito Grande L. Bioética narrativa. Madrid: Escolar y Mayo Editores; 2013.
53. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. B.M. c. España. Demanda n.º 25893/23. Sentencia de 6 de noviembre de 2025. Estrasburgo: TEDH; 2025. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/engi001-245702>
54. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, et al. Aid to Capacity Evaluation [Internet]. 2016 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t05021-000> doi:10.1037/t05021-000
55. Suess Schwend A, Bono Del Trigo Á, Ibáñez Rojo V, Romero Cuesta J, Romero Jimeno MD, Tamayo-Velázquez MI, et al. Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2016;36(129):79-102.
56. Cortina Orts A. Ética mínima: introducción a la filosofía práctica. 2.ª ed. España: Editorial Tecnos; 2000.
57. Moratalla TD. La deliberación: el arte de poder no tener razón. *Argum Philos Rev Encycl Herder.* 2023;(2):59-74.
58. Feito Grande L, Moratalla TD. Autonomía mediterránea: relacional, narrativa y cuidadosa. *Ostium.* 29 de marzo de 2023;19(1).

CONSENTIMIENTO INFORMADO: MUCHO MÁS QUE UNA FIRMA¹

Autora:

Izaskun Elortegi Kaiero.
Directora gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

¹NOTA DEL EDITOR: Este artículo es el primero de una serie sobre "La ética de las decisiones compartidas en el proceder asistencial".
La serie tiene el formato de píldoras informativas con características didácticas.



ABSTRACT

El consentimiento informado constituye uno de los pilares de la práctica asistencial contemporánea, aunque con frecuencia continúa reduciéndose a la firma de un documento. Este artículo revisa el concepto desde una perspectiva bioética y jurídica, defendiendo que el consentimiento informado es, esencialmente, un proceso de comunicación y deliberación entre profesionales y pacientes. Se analizan los requisitos que debe reunir la información para que el consentimiento sea válido —veracidad, continuidad y adaptación a las capacidades y circunstancias de cada persona—, así como la relevancia de valorar la capacidad para decidir de manera contextual y específica para cada decisión clínica. Asimismo, se abordan las principales excepciones al consentimiento informado previstas en el ordenamiento jurídico y se subraya la necesidad de incorporar modelos de relación asistencial más horizontales, centrados en la autonomía, el diálogo y el respeto a los valores de las personas. Finalmente, se pone de relieve la escasa formación que reciben los profesionales sanitarios en evaluación de la capacidad para decidir, especialmente relevante en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: consentimiento informado; autonomía, bioética; salud mental; relación asistencial.

En las últimas décadas hemos asistido a un cambio radical en el modo de entender (y gestionar) la relación asistencial. Lejos queda, al menos en teoría, la tradición paternalista, en la que era el médico (masculino singular) quien decía lo que el o la paciente debía hacer; la persona paciente, a su vez, confiaba plenamente y obedecía.

¿Es esto cierto? ¿De verdad quedó lejos el modelo paternalista? Conviene mirar a nuestro alrededor —y quizá también a nuestro propio modo de relacionarnos con las personas que atendemos— antes de realizar afirmaciones tan taxativas.

Más allá de estas cuestiones, lo que sí parece claro es que el modelo de relación asistencial ha cambiado. El desarrollo de la tecnología, la pluralidad asistencial (ya no hablamos del médico en masculino singular, sino de médicas, enfermería, trabajo social, psicología clínica...) y, sobre todo, los profundos cambios sociales ocurridos especialmente a lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI, han llevado necesariamente a transformaciones en este ámbito.

Así, podemos decir que el “enfermo” o “paciente” pasivo ha dado paso a una persona más activa en su proceso de salud y enfermedad. El profesional asistencial ha pasado de ocupar un papel casi de pater familias o figura incuestionable, a desempeñar un rol de acompañamiento experto en una relación mucho más horizontal y deliberativa.

Sabido es que todo cambio conlleva dificultades y resistencias, cuando no “huidas hacia delante” hacia posiciones quizá extremas y poco prudentes. Uno de los pilares en los que se basa este nuevo modelo asistencial es la información: las y los pacientes quieren estar informados, desean que se les escuche, se les acompañe y se respete su derecho a decidir.

La falta de información conlleva, con frecuencia, malas decisiones o, al menos, decisiones no suficientemente elaboradas. En este sentido, la información ha de ser veraz, continua y adaptada a la capacidad de decisión de la persona. Solo un proceso de información realizado con garantías dará lugar a un consentimiento informado válido.

Ahí es nada...

Analicemos estos elementos de la información:

- **Veraz:** la información debe ser cierta, suficiente y aportar todo aquello que tenga trascendencia para la decisión que va a tomarse.
- **Continua:** hemos de tener en cuenta quién va a recibir la información, qué información debemos trasladar y respetar sus tiempos. Hay decisiones sencillas y otras extraordinariamente complejas; decisiones que pueden tomarse con calma y otras marcadas por la presión de la urgencia. Pero incluso en estos casos debemos procurar asegurar que la información ha sido comprendida y, cuando sea posible, establecer tiempos para reflexionar.
- **Adaptada:** este elemento es fundamental. Y probablemente una de las cuestiones en las que más flojean en la práctica asistencial. No cabe utilizar un formulario estándar (“tome, léaselo y si tiene dudas, me pregunta”), ni documentos de información y consentimiento que nada tengan que envidiar a una enciclopedia.

Tenemos que valorar qué necesita la persona para comprender, apreciar, razonar y elegir.

Es fácil darse cuenta de que no podemos explicar las cosas de la misma manera a un niño o niña de seis años que a un o una adolescente. Tampoco cabe el mismo planteamiento con una persona con plena capacidad de decisión que con una persona que, en un momento concreto, presenta dificultades relevantes para decidir autónomamente.

¿Quiere esto decir que a unas personas se les informa y a otras no? En absoluto.

Una niña pequeña no será quien preste formalmente el consentimiento para una vacuna, pero ¿acaso no puede elegir si prefiere el pinchazo en el brazo izquierdo o en el derecho? ¿No debe saber que puede notar escozor o que la zona puede enrojecerse?

Algo parecido ocurre en otras situaciones clínicas complejas. La capacidad para decidir no depende automáticamente de una etiqueta diagnóstica, sino de la decisión concreta que deba tomarse y de la situación clínica de ese momento. Pensemos, por ejemplo, en una persona con un episodio psicótico agudo con ideas delirantes intensas. La cuestión no es el diagnóstico en sí, sino cómo esa situación concreta afecta a su capacidad para comprender y decidir. Quienes trabajamos en salud mental lo vemos bien: una misma persona puede ser plenamente capaz para algunas decisiones y necesitar más apoyo para otras, según el momento clínico y la complejidad de lo que se decide.

Estos elementos son fundamentales para llevar a cabo un buen proceso de información y, por tanto, un consentimiento informado válido: autónomo, voluntario, libre de coacciones y, por supuesto, revocable.

Porque sí: consentir no significa entregar la libertad en la puerta de la consulta.

Y aquí aparece otro elemento clave: el diálogo.

No queda otra. Tenemos que dialogar y deliberar con las personas pacientes, con el objetivo de que la toma de decisiones sea prudente y esté alineada con sus valores, preferencias y circunstancias.

El consentimiento informado que, tal y como recoge la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, será por lo general verbal, salvo en aquellos supuestos en los que la norma exige forma escrita, como determinadas intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, o actuaciones que impliquen riesgos relevantes.

Dicho de otro modo: el consentimiento informado no es, en esencia, un papel firmado. El papel podrá ser necesario en determinadas ocasiones. Pero el consentimiento, el de verdad, es un proceso.

Como ocurre con casi todo, el consentimiento informado también tiene excepciones. Es decir, situaciones en las que podemos actuar sin haber obtenido ese consentimiento previo. Pero conviene insistir en algo importante: son precisamente eso, excepciones a una norma general.

Algunas de ellas son:

- **La urgencia:** cuando existe un riesgo grave e inmediato para la integridad o la vida de la persona y no es posible obtener el consentimiento a tiempo.
- **Razones de salud pública:** en los supuestos previstos legalmente.
- **Situaciones de incapacidad de hecho:** cuando la persona no puede comprender, valorar, razonar o elegir autónomamente respecto de una decisión concreta. No hablamos aquí de etiquetas generales ni permanentes, sino de valoraciones clínicas situadas.
- **Renuncia a recibir información:** porque sí, también existe el derecho a no saber. Aunque, como casi todo en bioética, tampoco esto es absoluto.
- **Necesidad terapéutica (o “privilegio terapéutico”):** cuando informar puede ocasionar un perjuicio grave a la persona, según criterio clínico. Probablemente una de las excepciones más polémicas y que mayor prudencia exige.

Parece que uno de los elementos más importantes en todo esto del consentimiento, la información y la toma de decisiones es la capacidad de las personas para decidir.

Es un asunto nuclear en la práctica asistencial.

Y, sin embargo, paradójicamente, apenas se nos ha formado para ello en las facultades.

Más paradójico todavía: a quienes trabajamos en salud mental se nos presupone una especial “competencia” para valorar estas cuestiones.

Y, sin embargo, quienes nos dedicamos a ello sabemos bien que no es ni mucho menos tan sencillo.

Pero eso quizá merezca un análisis más profundo.

Lo dejaremos para otra ocasión.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. 2002;274:40126-40132.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Gracia D. Fundamentos de bioética. 3.ª ed. Madrid: Triacastela; 2014.
- Simón P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Triacastela; 2000.
- Appelbaum PS. Assessment of patients’ competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834-1840.
- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment. New York: Oxford University Press; 1998.

ESPACIOS TRANSVERSALES EN SALUD MENTAL CON PERSPECTIVA BIOÉTICA

Transversal spaces in mental health with
a bioethical perspective

Autora: Carolina Mogollón-Rodríguez.

Trabajadora Social, Máster en Bioética.
Centro De Rehabilitación Psicosocial De Badajoz.

Datos de contacto: carolmogo@hotmail.com



RESUMEN

En este trabajo se evalúa la eficacia del desarrollo de diferentes encuentros relacionados con temática bioética entre personas usuarias, familiares y profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura de cara a contribuir al bienestar psicosocial y al aumento de competencias para afrontar situaciones complejas.

Se ha profundizado en las teorías que sustentan este tipo de metodología y los temas abordados, así como en los recursos disponibles para las personas que forman parte de la Red de Salud Mental extremeña.

El desarrollo de encuentros telemáticos y mixtos (presencial y por videollamada de forma simultánea) centrados en bioética y otros aspectos relacionados con la Salud Mental ha supuesto el eje sobre el que pivota este trabajo.

Los resultados obtenidos suponen un hito en el ámbito geográfico de actuación, demostrando la importancia del desarrollo de espacios de diálogo en torno a la bioética desde los diferentes roles implicados en los procesos terapéuticos.

La creación de espacios transversales para diferentes perfiles, facilitando metodologías horizontales, supone el respeto del modelo de Recuperación y una fuente de información valiosa y útil.

Palabras clave: Cafés bioéticos, salud mental, encuentros, malestar psicológico, resiliencia, apoyo autopercebido.

ABSTRACT

This work assesses the effectiveness of the development of different meetings regarding bioethical issues among users, family members and professionals in order to contribute to psychosocial well-being and increase skills to cope with complex situations.

The research delves into the theories supporting this type of methodology and the topics addressed, as well as the resources available to those who are part of the Extremadura Mental Health Network.

The development of telematic and mixed meetings (both in person and via video call simultaneously) centered around bioethics and related aspects of mental health has been the cornerstone of this work.

The results obtained represent a new milestone in the geographic area of intervention, demonstrating the importance of creating spaces for dialogue concerning bioethics from the different roles involved in therapeutic processes.

The development of transversal spaces for different profiles, facilitating horizontal methodologies, entails respect for the Recovery model and serves as a valuable and useful source of information.

Keywords: Bioethical cafes, mental health, meetings, psychological distress, resilience, self-perceived support.

INTRODUCCIÓN

Como trabajadora social he podido tener experiencia en grupos de trabajo y comisiones de ética, aspecto que me proporcionó un pilar desde el que pensarme y repensarme en mi ejercicio profesional. Con la ineludible aparición de preguntas, dudas e inquietudes en el quehacer diario, he podido encontrar asideros para afrontar la incertidumbre en mi formación en bioética, así como en foros de debate y discusión desde esta mirada y no sólo desde la evidencia técnica y científica de mi disciplina.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales¹ define esta profesión de la siguiente manera:

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”

(Asamblea General de la IFSW y la Asamblea General de la IASSW, julio de 2014)

Así, en esa transformación social, apostando por la liberación de las personas, la propia IFSW coloca el foco en el plano ético, con esta reflexión:

“Los derechos humanos y la justicia social son fundamentales en cualquier pensamiento y acción de los trabajadores sociales. La Declaración de Principios Éticos guía a cada trabajador social a desafiar las desigualdades, la discriminación en todas sus formas y empoderar a las personas para que estén a cargo de sus vidas, siempre que no busquen dañar o abusar de las personas.”

(Asamblea General de la IFSW y la Asamblea General de la IASSW, julio de 2014)

Bajo estas premisas y considerando el imprescindible rol activo de la persona con problemas de salud mental en su proceso de Recuperación, defiendo que extender esa información a todos los implicados en la toma de decisiones, imprime un plus de criterio y seguridad a la hora de afrontar las situaciones-problema.

En estos términos toca traer a uno de los referentes del modelo de recuperación, Larry Davidson², que expone lo siguiente en relación con la participación de la persona diagnosticada:

“La atención orientada a la recuperación se centra en educar, equipar y empoderar a las personas para que asuman un papel activo en el manejo de enfermedades mentales graves. La atención orientada a la recuperación se basa en la premisa de que las enfermedades mentales pueden ser abordadas mediante los esfuerzos conjuntos de la persona, sus allegados y los profesionales.”

(L.Davidson, 2017)

En Extremadura, la red de Salud Mental incorpora gestión mixta y las entidades con servicios subvencionados y concertados carecen de cauces claros para acceder a los servicios de los Comités de Bioética de la correspondiente Área de Salud, sin haber conocido ninguna información sobre formaciones, boletines, etc. como herramientas para los profesionales de este tipo de dispositivos, así como los de ámbito socio-sanitario de forma global a la totalidad de centros.

1. International Federation of Social Workers. About IFSW – International Federation of Social Workers [Internet]. Ifsw.org. 2020. Disponible en: <https://www.ifsw.org/about-ifsw/>
2. Davidson L, González-Ibáñez À. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2017 [cited 2026 Apr 20];37(131):189–205. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352017000100011&script=sci_arttext

Ante esto, se ha evidenciado con diferentes profesionales de distintas disciplinas de la red de Salud Mental de Extremadura la necesidad de apoyos en materia bioética, identificando claras necesidades de herramientas e información fidedigna para afrontar los retos cotidianos y situaciones complejas sobrevenidas.

Toda intervención social debe conllevar, entre otras, la necesidad de generar intervenciones orientadas hacia la solidaridad y la comunidad. Con la mirada hacia las competencias, hacia la dignidad, no sólo del que apoya en la esfera de sus funciones, inexorablemente siendo agentes generadores de autovaloración de la persona usuaria y su entorno, evitando así dinámicas de dependencia dentro de la relación de ayuda.

Con autores como Amartya Sen y Marta Nussbaum, bebiendo del campo de la economía, trasladándolo a la intervención psicosocial, se realza el papel de las capacidades del individuo. Con el doble concepto de necesidad/capacidad, que cuando se olvidan generan vulnerabilidad, pero que cuando se atiende actúan como propulsor en el desarrollo individual y social. Esto implica, entre otras cuestiones, favorecer que la persona tenga control sobre su entorno y adquiera habilidades para limitar la intromisión de terceros.

En palabras del propio Amartya Sen³, “las libertades no son solamente los fines primarios del desarrollo; son también sus principales medios”, introduciendo este autor cómo las libertades son una palanca para el resto, potenciándose las unas a las otras.

“La salud y la autonomía son necesidades básicas que los humanos deben satisfacer para evitar los graves daños de una participación fundamentalmente mermada en cuanto a su forma de vida... En principio es posible comparar los niveles de satisfacción de las necesidades básicas en estos términos, no sólo en una cultura sino también entre diferentes culturas”.

Gough, I. (2007)⁴

Se entrelaza el concepto de Recuperación con dos aspectos, el buen trato y el estigma. Buen trato entendido como percepción de una atención afectuosa y amable, aspecto que recogió Manuel Desviat en 2011⁵, y la eliminación de actitudes estigmatizadoras, tanto entre el personal de salud como en el plano social, así como el estigma internalizado. En este punto cabe remitir al amplio trabajo de Manuel Muñoz en la Universidad Complutense de Madrid en materia de estigma social hacia las personas con trastorno mental.⁶

Resulta pertinente resaltar en este punto el INFORME DAES de la ONU que dice:

“Si el sistema de atención psiquiátrica en su conjunto se caracteriza por su negligencia y confusión, si la financiación es inadecuada y la administración débil, entonces no tendrá pertinencia ni la legislación más clara y perfecta ni las medidas administrativas para la protección de los derechos humanos y jurídicos de la persona con enfermedad mental”.

Ante esto sólo cabe el autoconvencimiento de las personas usuarias y sus entornos de ser la principal barrera de protección frente a situaciones de abuso y mal trato y evitando también, desde la perspectiva profesional de dar respuestas fútiles e innecesarias, teniendo una retroalimentación ajustada a necesidades y capacidades.

El momento actual transita una esfera social plural, inmersa en un cambio que partió de una visión eminentemente paternalista con más de veinticinco siglos de trayectoria, a un planteamiento actualizado donde la persona usuaria se mueve en una línea más horizontal con el resto de los actores implicados, avalado por una normativa en desarrollo y una continua deconstrucción de los servicios de apoyo. Ante esto, todos los agentes, pacientes, personas usuarias, profesionales, personas voluntarias, gestores, etc. estamos en un continuo aprendizaje, inmersos en canjes de paradigma sociales y con el continuo peso de la atención con los omnipresentes recursos limitados.

3. Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. Gaceta ecológica, (55), 14-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
4. Gough, I. (2007). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, 100(08), 177-202.
5. Desviat, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Ciência & Saúde Coletiva, 2011, vol. 16, p. 4615-4622.
6. Muñoz, Manuel. Estigma y salud mental. Ediciones Pirámide; 2025.
Para ampliar información sobre este campo, invito a visitar la página web: <https://www.contraelestigma.com>
7. Villa Sánchez A. Liderazgo resiliente pertinente para una sociedad cambiante. Foro educacional [Internet]. 2020;(34):77–103. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7517000>

Aurelio Villa Sánchez⁷ lo expone así:

“Que estamos viviendo una situación convulsa, en una sociedad cambiante y en permanente transformación, no es nada nuevo. Los cambios tecnológicos están produciendo enormes cambios en todas las áreas del saber y haciendo desaparecer maneras tradicionales de trabajar, emprender, enseñar y dirigir. Estos cambios conllevan modificaciones en los comportamientos y actitudes de la población, en las estructuras organizativas y en la forma de liderarlas. Se requieren nuevas habilidades y competencias para afrontar con éxito las situaciones desconocidas que están emergiendo y que ni siquiera se sabe cómo llegar a resolverlas.”

(Villa, 2020)

Frente a lo anterior se llega a acuñar un nuevo término, los “entornos VUCA”, el mismo autor lo define así: “el término VUCA es un acrónimo que proviene del inglés, compuesto por cuatro palabras (Volatility, Uncertainty, Complexity y Ambiguity)”. Estas cuatro características enmarcan la situación, ofreciendo una visión del momento actual de turbulencias, tan movible que para muchos puede generar una intolerable sensación de impredecibilidad.

Y junto a lo anterior cabe el “quintuple aim”⁸ (quintuple objetivo), que introduce la equidad en salud como elemento clave para alcanzar una mejor atención, con los aspectos que el Institute of Healthcare Improvement añadió con anterioridad, partiendo el Triple Aim.

Recogiendo la importancia del bienestar de las personas implicadas en el proceso de atención, a un lado y al otro de la mesa. Esta visión del quintuple objetivo pone el foco en el bienestar, en la justicia distributiva, en la eficacia, etc.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIOÉTICA

En palabras de Sofía Merlino⁹ “la Bioética ofrece un campo transdisciplinar de resolución de la tensión entre ciencia y humanidades, entre argumentos técnicos e ideas éticas.” Ante esto, contando con las incertidumbres y recursos limitados de la red de Salud Mental, se apuesta por abordar espacios telemáticos para facilitar el diálogo bioético y promover la autorreflexión y el autoaprendizaje como herramienta para el día a día .

Según los resultados del estudio sobre el proyecto “E-caminos de diálogo”¹⁰, valida la eficacia de la metodología grupal telemática para favorecer talleres en materia bioética, demostrando que permite reflexionar sobre las estrategias clave para afrontar debilidades y limitaciones, promoviendo nuevas perspectivas de actuación para el afrontamiento de situaciones-problema.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

- Identificar la eficacia en materia de reducción de malestar psicológico a través de espacios de encuentro con perspectiva transversal para diferentes perfiles implicados en la relación de ayuda.

Objetivos específicos:

- Realizar un estudio pormenorizado en la literatura en torno a ética psiquiátrica.
- Difundir los objetivos y fines del estudio dentro de la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Construir equipo investigador dentro de la Red de Salud Mental de Extremadura, Universidad de Extremadura e Instituto Borja.
- Favorecer el conocimiento de aspectos bioéticos en todos los agentes implicados en la atención en Salud Mental.

7. Villa Sánchez A. Liderazgo resiliente pertinente para una sociedad cambiante. Foro educacional [Internet]. 2020;(34):77–103. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7517000>
8. Quintuple aim: promover la equidad en salud [Internet]. Observatori La gestió importa. Disponible en: <http://lagentioimporta.cat/arees/quintuple-aim-promover-la-equidad-en-salud/?lang=es>
9. Merlino S. Confrontar, conversar, convivir. Argumentación cooperativa en Bioética. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. 2014 Sep 30 [cited 2026 Apr 20];34(3):104–7. Disponible en: https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/10135/CONICET_Digital_Nro.14057.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Marta Luciane Fischer, Caroline Filla Rosaneli, Marina Kobai Farias, Gerson Zafalon Martins. E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética. Revista Bioética. 2022 Jun 1;30(2):258–71. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Sb9TLX9VLLYdgMHM34rXqvk/?format=html&lang=es>

HIPÓTESIS

La formación e información en materia de bioética:

- 1º Aporta herramientas que ayudan en la toma de decisiones complejas.
- 2º Disminuye el nivel de carga emocional.

METODOLOGÍA

- Diseño de estrategia de difusión del estudio dentro de la Red de Salud Mental de Extremadura, de cara a informar y captación de individuos para la muestra de estudio.
- Recogida del consentimiento informado según el modelo validado por el COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA de Badajoz.
- Aleatorización de los participantes en dos grupos, experimental y control. Con aleatorización simple diferenciando entre profesionales, personas voluntarias o estudiantes y personas usuarias o familiares, teniendo en cuenta que ambos grupos estén equilibrados entre estas dos categorías. A las personas que han aceptado participar en el estudio, se les ha asignado con un código y un número consecutivo, realizando una diferenciación entre impares para el grupo experimental y pares para el grupo control.
- Pase 1 de medidas con cuestionarios estandarizados, a todos los participantes.
- La realización de grupos focales con profesionales de la Red de Salud Mental, personas voluntarias y personas usuarias con el objetivo de identificar preocupaciones, dudas y problemática en materia bioética.
- Diseño, implementación y evaluación de “CAFÉS BIOÉTICOS”, cinco sesiones con periodicidad quincenal para las personas incluidas en el grupo experimental. Cada una de las sesiones ha versado sobre las siguientes temáticas:
 - Estilo de relación, toma de decisiones compartidas.
 - Planificación Anticipada de Decisiones.
 - Herramientas de apoyo en situación de conflicto ético.
 - Derechos Humanos y Salud Mental.
 - Modelo de Recuperación.
- Pase 2 de medidas con cuestionarios estandarizados, a todos los participantes.
- Análisis de los datos recogidos y redacción de conclusiones.

Sujetos de estudio: personas comprendidas entre los 18 y 65 años con competencias mínimas informáticas para el seguimiento de actividades por videollamadas. Los sujetos han participado con sus propios medios técnicos o a través de equipos informáticos aportados por los centros colaboradores del estudio.

Los participantes con rol profesional estaban en activo, con contrato en un servicio dentro de la Red de Salud Mental en el momento de la incorporación al estudio, también han tenido cabida los prácticum o profesionales en rotación en los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura o personas Voluntarias (legalmente establecidas según la normativa vigente) dentro de dispositivos de la red de Salud Mental extremeña.

Las personas usuarias debían ser de pleno derecho de un centro de la Red de Salud Mental, dentro del programa de Trastornos Mentales Graves, pudiendo participar sus familiares referentes.

Han podido participar personas voluntarias que estén ejerciendo su labor en un centro de la Red de Salud Mental de Extremadura.

Personas excluidas del estudio:

- Personas en fase activa de consumo de tóxicos.
- Personas en situación de descompensación psicopatológica.
- Personas sin conocimientos mínimos o medios, o carecer de apoyos que compensen las carencias, para la conexión online para videollamadas individuales o grupales.
- Personas que no acepten las directrices del estudio, así como las marcas de contexto de las sesiones de “CAFÉ BIOÉTICO”.

Los datos para recoger han sido:

- Datos de identificación, que para el análisis y manejo de los datos se utilizarán de forma disociada, según el método de codificación diseñado para el estudio, limitando al máximo los sesgos y protegiendo frente a la vulneración de la identificación. Estos datos serán: NOMBRE, APELLIDOS, SEXO, EDAD, NIVEL DE ESTUDIOS FORMALES, ROL CON EL QUE SE PARTICIPA EN EL ESTUDIO (PROFESIONAL,ESTUDIANTE, FAMILIAR, PERSONA VOLUNTARIA, PERSONA USUARIA DE LA RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA). Estos datos se recogieron en dos bases de datos diferenciadas, la primera con el código y los datos de identificación y la segunda con todos los datos identificados por el código y el resto de información para la explotación de los datos del estudio.
- Habilidades en nuevas tecnologías y medios disponibles: conocimientos informáticos, medios disponibles, conexión a internet, necesidad de apoyos por parte de los centros colaboradores.
- Conocimiento y formación específica en materia ética.
- Complimentación de escalas validadas científicamente de MALESTAR PSICOLÓGICO , RESILIENCIA y APOYO AUTOPERCIBIDO .
- Autorización expresa de condiciones para participación en el estudios y normas de este.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Comenzando con el diseño de la investigación y presentando la idea a la Subdirección de Salud Mental y Programas asistenciales del Servicio Extremeño de Salud (SES), así como al Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de Junta de Extremadura, al ser los órganos responsables de la Red de Salud Mental de Extremadura. Con la buena acogida de ambos, se contactó con el Comité Ético de Investigación del Área de Salud de Badajoz , valorando el procedimiento para la autorización del desarrollo de esta.



Ilustración 1 Cartel informativo de la investigación Fuente: elaboración propia

Acto seguido, junto con los medios de difusión de Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES y SEPAD, la colaboración de la ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL y medios propios se difundió el proyecto para la captación de candidatos. Compaginando la información y captación de candidatos con el pase 1 de medidas estandarizadas.

Posteriormente se ordenaron los candidatos en los grupos de personas usuarias y familiares y el de profesionales y personas voluntarias, aleatorizando los candidatos y, por tanto, definiendo el grupo experimental y control.

En octubre de 2023 se inició la fase de intervención con el grupo experimental. Se les dio la información por mail de cómo se trabajaría, plataforma de videollamadas de uso, explicitación de las normas de participación en los CAFÉS BIOÉTICOS y se convocó a los diferentes cafés, todos ellos en horario de tarde con la menor interferencia posible de los horarios habituales de atención en los diferentes dispositivos de la red de atención ambulatorios de Salud Mental.

11. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K10) [Internet]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos13/malestar-psicologico.pdf>
12. La Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14) [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf> (recuperado en mayo de 2024)
13. Cuestionario DUKE-UNC [Internet]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiz1-fTo4KAxUcxQIHHR7IBt0QFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.huvn.es%2Farchivos%2Fcms%2Fenfermeria-en-huvn%2Farchivos%2Fpublico%2Fcuestionarios%2Fcuestionarios-3%2Fcuestionario_duke_unc.pdf&usg=AOvVaw231_s0PpYzn14mnY2TZtdw&opi=89978449

Al término de cada CAFÉ BIOÉTICO cada participante recibió una encuesta de satisfacción de la sesión a través de formulario web vía mail, recogiendo cómo se sintió el participante, interés, si recomendaría esa sesión y espacio para cualquier comentario. En mail aparte todas las personas miembros del grupo experimental, habiendo participado o no en la sesión, han recibido un resumen de esta, así como recomendaciones (bibliográficas, cinematográficas, etc.) que han surgido en el debate de esta.

A partir del 15 de diciembre de 2023 se inició la recogida de la “medida 2” a todo el grueso de participantes, tanto del grupo experimental como control. Una vez recogida todas las encuestas, se procede al análisis de los datos.

Ante la valoración de efectos positivos, se dio acceso a todo el grupo control a la información resumen de las sesiones y se les invitó tanto al grupo experimental como al grupo control a una sesión de videollamada en el que se expuso el adelanto de los resultados del estudio, así como un resumen de los cinco CAFÉS BIOÉTICOS y una contextualización del material al que tienen acceso. Esta sesión se desarrolló el 18 de enero de 2024.

El 22 de enero de 2024 se desarrolló una sesión mixta (presencial y por videollamada) en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Badajoz , exponiendo el trabajo realizado y favoreciendo el debate a modo de grupo de discusión.

Posteriormente el 25 de enero de 2024 en formato videollamada se repitió el grupo de discusión a nivel nacional con la FEARP.

RESULTADOS

Inicialmente 43 personas mostraron interés por participar en el estudio de las cuales 2 personas fueron rechazadas al no cumplir con los requisitos definidos (una profesional en ámbitos ajenos a la red de Salud Mental y otra en desempleo) y dos personas abandonaron, previo a la cumplimentación de las medidas.

Finalmente, 21 personas participan en el grupo experimental y 18 en el grupo control mediante la aleatorización diseñada.

Así, se obtuvieron las puntuaciones que se expresan en la siguiente tabla, definiéndose medida PRE a la cumplimentación número 1 y medida POST la cumplimentación número 2 de los cuestionarios.

	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL					
	DATOS GLOBALES GRUPO EXPERIMENTAL		DATOS PERFIL PROFESIONAL		DATOS PERFIL PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES		DATOS GLOBALES GRUPO CONTROL		DATOS PERFIL PROFESIONAL		DATOS PERFIL PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES	
	PRE	POST	Pre-P	Post- P	Pre- U	Post- U	PRE	POST	Pre-P	Post- P	Pre-U	Post- U
CONOCIMIENTOS ETICA	2,53	2,78	2,78	3,11	2,27	2,45	2,63	3,16	3	3,16	2,63	3,16
CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS	3,83	3,99	3,67	3,89	4	4,09	3,83	4,12	4,5	4,33	3,83	3,92
CUESTIONARIO 1 (malestar Psicológico K10)	25,79	24,08	19,67	16,7	31,91	31,45	25,92	26,67	20,33	18,67	31,50	34,67
CUESTIONARIO 2 (resiliencia ER-14)	66,15	64,20	72,67	67,4	59,64	61	69,33	71,79	80,17	81,16	58,50	62,41
CUESTIONARIO 3 (Apoyo percibido DUKE-UNC)	38,29	38,94	43,67	43,89	32,91	34	40,17	43,5	46	49,5	34,33	37,5
Cumplimiento objetivos (1-5)	-	4,35	-	4,33	-	4,36	-	3,85	-	4,16	-	3,54
Comodidad en el estudio (1-5)	-	4,38	-	4,22	-	4,55	-	4,43	-	4,67	-	4,2

Ilustración 2 Tabla de promedios resultados escalas y encuesta.
Fuente: elaboración propia

Valorando estos datos, se observó que no todas las personas del grupo experimental habían participado de forma estable en las sesiones síncronas de los CAFÉS BIOÉTICOS por lo que se extrajeron los datos poniendo que al menos las personas hubieran participado tres de las cinco sesiones; ante esta variable, este criterio sólo era incumplido por una parte del subgrupo de profesionales, por lo que se extraen a continuación los datos del subgrupo del grupo experimental de profesionales que al menos participara en tres sesiones, dándose los siguientes datos, según promedio de los resultados:

	PRE-EXP. PROFESIONALES	POST-EXP. PROFESIONALES
CONOCIMIENTOS ETICA	2,83	3,17
CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS	3,5	3,67
CUESTIONARIO 1 (malestar Psicológico K10)	18,33	14,86
CUESTIONARIO 2 (resiliencia ER-14)	71	75,86
CUESTIONARIO 3 (Apoyo percibido DUKE-UNC)	43,33	44,83

Ilustración 3 Tabla subgrupo profesionales EXPERIMENTAL pre-post
Fuente: elaboración propia

Respecto a la satisfacción y valoración global de la participación en el estudio, el grupo control arroja un promedio de puntuación de 4,35 respecto al cumplimiento de los objetivos del estudio frente al grupo control que puntúa un 3,85 (escala tipo Likert de 1 a 5, sien 1 la nota más negativa y 5 la más positiva). En cuanto a la comodidad en el estudio, el grupo control arroja un 4,38 y el grupo control 4,43 (escala tipo Likert de 1 a 5, sien 1 la nota más negativa y 5 la más positiva).

En esto podemos concluir que haber tenido una mayor implicación y participación da percepción de avance respecto de los objetivos del estudio y cómo ambos grupos se han sentido cómodos, ligeramente menor el grupo experimental, pero ambos grupos por encima de la valoración “MUY SATISFECHOS/AS”.

CONCLUSIONES

Respecto al conocimiento en ética, tanto grupo experimental como el control puntúan más alto tras el estudio, aspecto que puede interpretarse como un señalamiento y predisposición en avanzar en la temática de los participantes y el mero hecho de participar en la investigación los lleva a profundizar en la materia.

Ocurre igual con los conocimientos informáticos, todos los participantes mejoran en datos globales, excepto el subgrupo de los profesionales del grupo control, siendo medios informáticos los utilizados para el desarrollo de la investigación.

Valorando la primera hipótesis del estudio, que expresaba que “tener un mayor conocimiento de aspectos bioéticos aporta herramientas para la toma de decisiones complejas”, se eligieron dos cuestionarios que medían las variables de resiliencia y apoyo percibido para intentar despejarla.

Extrayendo datos de los diferentes subgrupos, el único grupo que empeora las puntuaciones sería el del grupo EXPERIMENTAL de profesionales, pudiéndose interpretar cómo la temática les interpela en un cambio de paradigma donde supone un rol diferente en la relación profesional. Cuando se analizan los datos únicamente de aquellas personas con rol profesional que han participado al menos en tres sesiones, la gráfica que se obtiene es la siguiente:

Arrojando una media de la medida pre de 71,22 puntos, mientras que en la medida post da 73,66 y aunque existe una mejoría, la T de Student arroja un dato de 0,4409.

En cuanto al apoyo autopercebido, todos los subgrupos mejoran, según la escala implementada, DUKE. Esta escala es autoaplicada, con puntuaciones tipo Likert.

Estos datos no ayudan a poder dar una respuesta concluyente respecto de la hipótesis planteada.

Respecto al malestar psicológico, medido con la escala K10, y estando correlacionada con la segunda hipótesis del estudio que recordamos se definía como “tener formación e información en materia bioética disminuye el nivel de carga emocional”.

Así podemos observar cómo disminuye la carga emocional en el grupo experimental y aumenta en el grupo control. Pudiendo confirmar esta hipótesis a priori.

Una vez se valora una asistencia al menos de 3 sesiones del grupo experimental, todos los subgrupos mejoran en todos los ítems. Pudiendo así extraer que con una asistencia de al menos el 60% de las sesiones todos los ítems mejoran, siendo la herramienta diseñada como útil para la confirmación de las hipótesis de estudio arrojadas.

De la tabla número 13 puede desprenderse una alta valoración de las sesiones tanto en comodidad como en satisfacción. Con alta oscilación en cuanto a la asistencia, aspecto a valorar en posibles acciones futuras.

DISCUSIÓN

Con los datos expuestos se puede afirmar que la metodología desarrollada ha contribuido a una alta satisfacción y movilización de las personas participantes. Aunque los datos estadísticos no arrojen pruebas concluyentes se puede afirmar que existen mejoras sobre el malestar psicológico de un amplio número de personas participantes, atendiendo al objetivo general del estudio.

Por otra parte, se ha profundizado en la literatura ética en materia psiquiátrica, se ha realizado difusión de este trabajo en la red de Salud Mental de Extremadura, se ha trabajado en coordinación con personas colaboradoras dentro de la red y se ha favorecido el conocimiento de aspectos bioéticos, cumpliendo así los objetivos específicos planteados.

Las impresiones recogidas se relacionan con las hipótesis expuestas, pudiendo relacionar impresiones recogidas con la primera hipótesis, definida como que la formación e información en materia bioética aporta herramientas que ayudan en la toma de decisiones complejas. Especialmente en la observación posterior al desarrollo de este trabajo, por ejemplo, tras él por primera vez personas participantes han entregado su Planificación Anticipada de Decisiones a sus psiquiatras de referencia, habiéndonos solicitado por parte del Equipo de Salud Mental el desarrollo de una sesión informativa sobre este aspecto. Aunque esto no puede confirmar la hipótesis de manera científica.

Respecto a la segunda hipótesis, que exponía que tener formación e información en materia bioética disminuye el nivel de carga emocional, puede evidenciarse mejoría según los cuestionarios aplicados en un número destacable de participantes, no pudiendo arrojar datos estadísticamente significativos.

APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIOÉTICA

Ante el análisis de todos los datos y no habiéndose detectado valoraciones negativas respecto a la participación o impacto de los conocimientos aportados, así como la alta satisfacción de las personas participantes, se puede destacar cómo diseñar y desarrollar espacios para el abordaje de temas con la perspectiva bioética es valorado como útil y positivo en el ámbito de la Salud Mental de Extremadura, tanto para personas usuarias, familiares, profesionales, personas voluntarias y prácticum.

Un aspecto muy apreciado y destacado por las personas participantes ha sido compartir espacios de discusión entre personas usuarias, familiares y profesionales de una manera horizontal, redundando en la importancia de la toma de decisiones compartidas y el propio modelo de Recuperación.

La investigación en materia de recursos y acceso a los espacios de Comités de Ética Asistencial de la región ha abierto la posibilidad de acceder a estos a los dispositivos socio-sanitarios, que, de partida, carecían de esta posibilidad. Con la respuesta del Comité de Bioética del área de Salud de Badajoz se abren posibilidades anteriormente no exploradas.

Esto orienta también a la necesidad de desarrollar espacios de trabajo para construir comités y/o comisiones especializadas en las características propias de dispositivos socio-sanitarios en materia de Salud Mental en la comunidad autónoma de Extremadura, extensible a diferentes formas de gestión. Aunque algunas entidades concertantes cuentan con este tipo de servicios sí es cierto que no siempre tienen un conocimiento exhaustivo de la red específica de la región al estar esas comisiones, comités o grupos de trabajo ubicados en otras comunidades autónomas y dando servicios a dispositivos de características muy dispares.

PERSPECTIVA DE FUTURO

Dice Victoria Camps¹⁵ que “la Ética debe entenderse no sólo como la realización de unas cuantas acciones buenas, sino como la formación de un alma sensible”.

En ese descubrir y redescubrirme, he comprendido la importancia del encuentro, de la discusión, del poder cambiar de opiniones cuando los criterios son más razonados y ponderados. Apoyándome en principios y con principios, a la luz de los valores que cada una de las partes arroja, la matización de la deliberación necesita inexcusablemente a la otra persona, a la pluralidad.

La atención sociosanitaria está marcada por las necesidades, por las urgencias por la limitación de recursos y es por ello por lo que todas las personas implicadas en este trabajo, más allá de los anhelos particulares, coinciden en la necesidad de tiempo, tiempo para escuchar y también para ser escuchadas. Esta experiencia de “CAFÉS BIOÉTICOS” ha proporcionado ese espacio para escuchar, conocer, repensar y repensarnos. En horarios alejados de los de tiempo de atención, en medios que, aunque pecan de fríos por lo de las pantallas, las videollamadas han estado plagadas de calidez. Implantar espacios para frenar las cadencias del día a día y ocuparnos de lo importante, de lo que nos conmueve, para conocer y sorprendernos es fundamental. Imprescindibles para dar calidez y calidad al espacio y a las relaciones que pretenden ser de ayuda.

El grupo de personas participantes ha asumido el rol de activación y difusión del conocimiento, así una de las integrantes del grupo, participando en una acción formativa de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria trasladó a la Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial la posibilidad de abordar la sesión específica de Planificación Anticipada de Decisiones de los “CAFÉS BIOÉTICOS” desarrollados. Así, el pasado 23 de mayo de 2024 pudimos realizar esta webinar abierta a todas las personas que lo desearon. Participaron 22 personas de dentro y fuera de la comunidad autónoma, así como diferentes roles de participación (profesionales en activo, profesionales en desempleo y personas usuarias de la red de Salud Mental de Extremadura).

Un aspecto fundamental para la construcción de nuevos paradigmas en el abordaje de la Salud Mental es la humanización, así, en el trabajo desarrollado, despojadas las personas implicadas de roles, despreocupadas de atrezos, conectadas con nuestras esencias, han facilitado un encuentro único para cada una de ellas, ya fuese desde un rol personal o profesional. Queda un regusto a haber contribuido a la comprensión y al entendimiento, rebajando defensas y facilitando la comunicación.

Cabe reseñar el apoyo institucional. SES, SEPAD, entidades concertantes, Comité de Bioética del área de Salud de Badajoz, Comité de Ética de Investigación Clínica de Badajoz, Instituto Borja y un largo etcétera, así como multitud de nombres propios que han facilitado el desarrollo de este trabajo, apoyando cada uno con su disposición y predisposición, con los recursos disponibles. Esto lleva a valorar cómo la ética, aunque en ocasiones removedora, renovadora, o, por qué no, irreverente, también es un anclaje para la contribución y la senda de cambios, percibidos por muchos como necesarios. La ética se erige como una constructora de puentes que amplían miradas y posibilidades.

Con motivación y ganas de continuar construyendo.

15. Camps V. Enciclopedia iberoamericana de filosofía. 2 Concepciones de la ética. Madrid Ed. Trotta; 1992.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Federation of Social Workers. About IFSW – International Federation of Social Workers [Internet]. Ifsw.org. 2020. Available from: <https://www.ifsw.org/about-ifsw/>
2. Davidson L, González-Ibáñez Á. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2017 [cited 2026 Apr 20];37(131):189–205.
3. Sen, Amartya. El desarrollo como libertad. Gaceta ecológica. D-Instituto Nacional de Ecología, 2009. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
4. Gough, Ian, et al. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, 2007, vol. 100, no 100, p. 177-202.
5. Desviat, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Ciência & Saúde Coletiva, 2011, vol. 16, p. 4615-4622.
6. Muñoz, Manuel. Estigma y salud mental. Ediciones Pirámide; 2025.
7. Villa Sánchez A. Liderazgo resiliente pertinente para una sociedad cambiante. Foro educacional [Internet]. 2020;(34):77–103.
8. Quintuple aim: promover la equidad en salud [Internet]. Observatori La gestió importa. Disponible en: <http://lagestioimporta.cat/arees/quintuple-aim-promover-la-equidad-en-salud/?lang=es>
9. Merlino S. Confrontar, conversar, convivir. Argumentación cooperativa en Bioética. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. 2014 Sep 30 [cited 2026 Apr 20];34(3):104–7.
10. Marta Luciane Fischer, Caroline Filla Rosaneli, Marina Kobai Farias, Gerson Zafalon Martins. E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética. Revista Bioética. 2022 Jun 1;30(2):258–71.
11. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K10) [Internet].
12. La Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14) [Internet].
13. Cuestionario DUKE-UNC [Internet].
14. witzone. Home - Colegio Oficial de Trabajo Social de Badajoz [Internet]. Colegio Oficial de Trabajo Social de Badajoz. 2025 [cited 2026 Apr 20].
15. Camps V. Enciclopedia iberoamericana de filosofía. 2 Concepciones de la ética. Madrid Ed. Trotta; 1992.

CONFLICTOS ÉTICOS REFERIDOS POR TRABAJADORES HOSPITALARIOS O COMUNITARIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Ethical Conflicts Reported By Hospital And
Community Healthcare Workers Within The Alava
Mental Health Network: A Comparative Analysis

Autores:

Margarita María Hernanz Manrique (1), Paloma González Fontecha (2), Juan Miguel Jordana Zorrilla (3).

Miembros Del Comité De Ética Asistencial De La Red De Salud Mental De Álava-Osakidetza (1) Psiquiatra (2) Enfermera Especialista En Sm, (2) Trabajador Social.

Datos de contacto: hm.margam1@gmail.com



RESUMEN

Conflictos éticos que surgen en la práctica habitual de los profesionales de la Red de Salud Mental de Álava-Osakidetza obtenidos mediante respuestas a un cuestionario. Los problemas éticos para los trabajadores hospitalarios o de dispositivos comunitarios (personal sanitario, trabajo social o servicios generales) se presentan agrupados en cuatro grandes bloques. Los problemas relativos a algunos aspectos de la confidencialidad, la autonomía, la toma de decisiones de los pacientes o la disponibilidad de recursos son los que más preocupan, especialmente a trabajo social. Los trabajadores de los centros comunitarios enumeran los conflictos éticos con menor frecuencia que los que trabajan en el hospital. Para la mayoría compartirlo con compañeros/as es el mejor modo de resolución de estos.

ABSTRACT

Ethical conflicts arising in the routine practice of professionals within the Mental Health Network of Alava (Spain) obtained through responses to a questionnaire. The ethical problems are presented into four blocks for the hospital and community workers groups (healthcare professionals, social workers and general services staff). Issues related to certain aspects of confidentiality, capacity, decision making patients or the availability of resources are those that generate the greatest concern. These ethical conflicts are a major concern for social workers. Workers in community centres report fewer conflicts than those working in the hospital. The best way to resolve ethical problems is discussing them with colleagues.

Palabras clave: Conflictos éticos, confidencialidad, autonomía, comité de ética asistencial

Keywords: Ethical conflicts, capacity, confidentiality, Clinical Ethics Committee

INTRODUCCIÓN

En cualquier área clínica asistencial los aspectos éticos nos remiten a las cuestiones de valor que van ligadas a los hechos clínicos. Junto a los hechos que configuran la relación paciente-familia-profesional sanitario están los valores de cada uno de estos protagonistas y esto es lo que hace que la relación sea complicada y potencialmente conflictiva (1). Estas situaciones complejas donde el profesional debe elegir entre dos o más opciones, cada una de ellas con unos principios morales y/o valores contrapuestos (2).

La ética de la relación asistencial, como rama de la bioética, se ocupa de comprender, intentar evitar y buscar soluciones a los posibles conflictos de valores que surgen en la misma. Para ello, parte de un sistema de referencia formal y se vale de cuatro principios que permiten operativizar y facilitar el análisis de los conflictos éticos, así como de una metodología deliberativa para su resolución buscando el curso de acción más prudente en estas situaciones de incertidumbre.

El sistema de referencia formal está compendiado en dos axiomas (3-4)

- El ser humano es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio
- En tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto

Y cuatro principios bioéticos con reconocimiento universal desde que fueron enunciados por Beauchamp y Childress en 1979 (5): No-Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia. Diego Gracia (6) propone una jerarquía interna entre ellos que permita orientarnos en las situaciones en que no pueden ser preservados todos ellos.

La atención a personas que sufren enfermedad mental ha planteado diferentes dilemas éticos a lo largo de la historia. Éstos han ido cambiando en forma y complejidad, enriqueciéndose gracias a la bioética, sistematizando la presencia de conflictos y estrategias de afrontamiento o resolución. Algunos conflictos éticos que se plantean en la atención psiquiátrica (7-8) son comunes a otras especialidades médicas, pero otros son específicos, como las situaciones que implican la autonomía o la capacidad decisoria de la persona y hacen más complejo el abordaje en enfermedades mentales, como refiere Goikoetxea (9) “al tender a negar la condición básica de sujetos humanos (la racionalidad) o entender que ésta podría estar cuestionada”

Uno de los modos, no el único, de ayuda en la toma de decisiones ante problemas éticos, es la consulta a un Comité de Ética Asistencial, cuyo objetivo es la formación bioética, la mejora de la calidad en su entorno y promover los derechos de las personas atendidas con enfermedad mental (10)

El Comité de Ética Asistencial de la Red de Salud Mental de Álava (CEA-SMA), surgió a partir de una comisión promotora y fue acreditado como tal por el Gobierno Vasco en 1998, ha dedicado parte de su actividad, durante estos años a estudiar los conflictos éticos específicos más frecuentes relacionados con la asistencia psiquiátrica.

Tres miembros de este CEA-SM, han participado en el proyecto de investigación que se resume a continuación. Dos de ellos como parte de su trabajo final de Especialista en Ética sociosanitaria de la Universidad del País Vasco UPV/EHU y el tercero como co-directora de este. (11,12).

El objetivo del presente trabajo es identificar los conflictos y dilemas éticos más frecuentes o que más preocupan en la práctica cotidiana de los/las trabajadores/as en activo en la Red de Salud Mental de Álava (RSMA), tanto a profesionales sanitarios como no asistenciales, con desempeño hospitalario o extrahospitalario y cómo resuelven estos dilemas que se les presentan.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal con recogida de datos a través de un cuestionario anónimo y confidencial en formato papel, basado en el elaborado por Cantero y Argote (13) sobre “Conflictos Éticos en Servicios Sociales Municipales y Forales, en el Territorio Histórico de Álava”, adecuando el listado de problemas éticos al ámbito de la salud mental. El cuestionario incluye preguntas cerradas y opciones de respuestas en escala Likert con puntuación de 0 a 4, según la frecuencia de aparición y variables de respuesta dicotómica.

La muestra total estaba constituida por 377 personas en activo en la RSMA, pertenecientes tanto a dispositivos extrahospitalarios (127 personas de 3 centros de salud mental, centro de orientación y tratamiento de adicciones, unidad de psiquiatría infanto-juvenil (<18 años), hospital de día (>de 18 años), servicio de rehabilitación comunitaria) como al Hospital Psiquiátrico de Álava (HPA) (250 personas de 4 áreas de rehabilitación psiquiátrica, 1 área de subagudos). No participaban los profesionales de la Unidad de Agudos por pertenecer a otra área asistencial.

Se invitaba a la participación mediante carta explicativa y se incluyó al personal sin contacto directo con los pacientes como servicios generales, además de personal asistencial y trabajo social (que no son considerados personal asistencial).

Los posibles conflictos y dilemas éticos se distribuyen en 4 bloques para su estudio posterior mediante pruebas estadísticas:

Dilemas grupo A: Confidencialidad e intimidad, explorado a través de 12 ítems

Dilemas grupo B: Capacidad y autonomía de las personas atendidas, investigado por 15 ítems

Dilemas grupo C: Decisiones al final de la vida, recogido mediante 7 ítems

Dilemas grupo D: Recursos materiales y humanos, derechos de las personas atendidas y de las/los profesionales, estudiado por medio de 8 ítems

E: Añadiéndose un último apartado sobre el “modo de resolución de conflictos éticos”

En este trabajo vamos a comparar los resultados para dispositivos hospitalarios y comunitarios, por categorías profesionales agrupados en: perfil sanitario, perfil social y sector servicios.

RESULTADOS

La participación total fue del 65.78% (248 profesionales), superior a la media referida en otros estudios (12). La mediana de edad se sitúa entre los 41 y 55 años. El 80% son mujeres, como es habitual en las profesiones sanitarias y la media de experiencia laboral en salud mental es superior a los 11 años.

La participación fue superior en el entorno hospitalario (179 personas responden, 71,6% de los encuestados) que en el extrahospitalario (69 personas responden, 54.33%).

La representatividad total de las respuestas corresponde al 80% en el perfil sanitario (198 personas), 5% en el perfil trabajo social (13 personas), 15% en el perfil del sector servicios (37 personas). Todas las categorías superan el 40% de participación, excepto operario de servicios generales y algunas llegan al 100% como medicina interna¹, farmacia, trabajo social, terapia ocupacional, celador/a o superan el 80% como en psicología clínica y enfermería de salud mental.

Para la elaboración de los resultados se han tenido en cuenta aquellos conflictos que referían las personas que responden al cuestionario con una frecuencia superior al 25%, y que puntuaron en la escala Likert como 3 “casi siempre” o 4 “siempre”, para evitar la dispersión de los datos.

Vamos a reseñar la comparativa de los problemas éticos detectados más frecuentemente por las/los profesionales según los 3 perfiles profesionales antes indicados (social, sanitario y sector servicios) y ámbito de actuación (hospitalario o comunitario).

Dilema A: Confidencialidad e intimidad

El respeto a la confidencialidad en general es una preocupación para los profesionales de la RSMA (para el 75% de los profesionales de trabajo social y para más del 30% de los otros grupos) (ver tabla 1), junto con la invasión de los lugares propios y comunes de las personas con enfermedad mental (EM), tanto en su estancia hospitalaria como en los lugares de residencia con supervisión (> 30% para sanitarios del HPA y comunitarios de trabajo social y sobre todo servicios generales, 67%). Para 1/3 de los encuestados del HPA, el deber o no de informar a terceras personas es otra decisión conflictiva, así como el proceso de consentimiento informado en personas con capacidad limitada (50% en trabajo social hospitalario). Mientras que la preocupación en los dispositivos extrahospitalarios se centra en la demanda de datos por parte de terceras personas y qué datos se deben incluir en los informes a realizar (superior al 30%). Para el personal de servicios generales de los servicios comunitarios los dilemas relacionados con la confidencialidad son muy relevantes, preocupando a más del 30% de los que responden, sobre todo el respeto a la intimidad de las personas.

Tabla 1: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNIT	INTRA HP	COMUNIT	INTRA HP	COMUNIT
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL	SERVICIOS	SERVICIOS
Confidencialidad de la información	35%	40%	75%	22%	18%	33%
Deber de informar a 3º	31%	16%	33%	25%	33%	6%
Deber de confidencialidad	32%	33%	50%	22%	18%	33%
Consentimiento informado con capacidad limitada	19%	21%	50%	22%	-	33%
Datos incluidos en los informes	19%	33%	25%	33%	6%	-
Invasión de la privacidad en lugares propios y comunes	38%	10%	25%	33%	-	67%
Desacuerdo en revelar datos	21%	14%	-	22%	6%	33%
Demanda de datos por 3º	12%	30%	25%	22%	3%	33%
Coordinación con otros profesionales	19%	28%	25%	22%	3%	33%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 30% para algún perfil

Dilema B: Capacidad y autonomía de la persona.

Los dilemas relacionados con la toma de decisiones que atañen al paciente y son tomadas en su nombre, son de los más importantes de este grupo, siendo mayor la preocupación para las decisiones tomadas por parte de los equipos entre quienes pertenecen al perfil social (50%) del hospital psiquiátrico, mientras para quienes desempeñan su labor en la comunidad es conflictiva la toma de decisiones por parte de las familias en sustitución del paciente (56%). El perfil social, también, identifica en el medio intrahospitalario como conflicto ético (con los porcentajes más elevados, 75%) la valoración de la competencia del paciente ante la toma de decisiones, así como la eficacia de las medidas de modificación de la capacidad y la efectividad de las funciones de la figura de apoyo tutelar (50% de los que responden). (Ver tabla 2)

Estos conflictos éticos crean mayor preocupación al perfil sanitario del medio intrahospitalario que del medio extrahospitalario -que no puntúan por encima del 25% en ningún ítem-, sobre todo aquellos relacionados con el empleo de medidas de contención física (34%), ingreso involuntario (26%), medidas a utilizar ante la negativa a la ingesta de alimentos (32%) y el respeto a las decisiones del paciente sobre las actividades de la vida cotidiana (30%) o la efectividad de las medidas de apoyo (28%).

El perfil de servicios generales no manifiesta preocupación sobre estos temas.

Tabla 2: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL
Empleo de medidas de contención física	34%	12%	25%	22%
Ingreso involuntario	26%	16%	25%	22%
Toma de decisiones por el EM (equipo)	32%	21%	50%	33%
Toma de decisiones por el EM (familia)	27%	21%	25%	56%
Valoración de la competencia	22%	21%	75%	22%
Efectividad función de figura tutelar	28%	19%	50%	22%
Proceso de modificación de capacidad	21%	12%	50%	22%
Privación de libertad de movimientos	21%	9%	-	33%
Medidas ante negativa a ingesta	32%	20%	-	11%
Respeto a elección de AVD	30%	14%	25%	22%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25% para algún perfil

Dilema C: Decisiones al final de la vida

Las decisiones al final de la vida de la persona atendida generan mayor inquietud en los profesionales hospitalarios que en aquellos que trabajan en la comunidad. La falta de documentos de voluntades anticipadas y/o planificación anticipada de la atención generan preocupación ética en el perfil social de ambos medios (75% hospitalarios y 33% comunitarios), seguido por la verbalización de ideas de muerte por parte del paciente (por encima del 40% en trabajo social de ambos medios) y también, la ausencia de recursos de apoyo religioso o emocional al final de la vida para trabajo social de la comunidad (45%). (Ver tabla 3).

En el medio hospitalario también preocupan que las decisiones estén basadas en los valores del paciente o sin falta de acuerdo entre las partes, los límites de los cuidados paliativos y el encarnizamiento terapéutico o la invasión de la privacidad e intimidad al final de la vida (más del 25% de los que responden se muestra preocupados). Sin embargo, para el grupo sanitario comunitario solamente la verbalización de ideas de muerte es un problema relevante (28%).

El perfil de servicios generales no se pronuncia sobre este dilema (menos del 3% en las respuestas)

1. En medicina interna trabajan 2 médicos asignados a todas las unidades: media estancia, rehabilitación y larga estancia. Antes de ser transferidos a Osakidetza en 1984, también atendían a personas de tercera edad dependientes de Diputación.

Tabla 3: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional (perfil sanitario, perfil social y perfil servicios generales).

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL
Decisiones basadas en valores del EM al FV	25%	12%	25%	22%
Decisiones FV con falta de acuerdo	29%	14%	-	33%
Límites entre paliativos y encarnizamiento	33%	17%	25%	22%
Voluntades anticipadas/ planificación anticipada	20%	14%	75%	33%
Invasión de la privacidad e intimidad FV	26%	14%	25%	22%
Ausencia de recursos religiosos/emocionales	16%	17%	-	45%
Verbalización de ideas de muerte	19%	28%	50%	44%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25% para algún perfil

Dilema D: Recursos materiales y humanos, derechos de las personas atendidas y de los/las profesionales.

La escasa existencia de recursos y los derechos de las personas con EM preocupan más en los dispositivos comunitarios que en las unidades de hospitalización. Las altas en condiciones sociosanitarias inadecuadas producidas por falta de recursos externos es una preocupación extrahospitalaria que se extiende en igual medida al personal sanitario, de trabajo social y de servicios generales (29%, 56% y 33% respectivamente). Aunque la falta de recursos externos específicos para personas con EM preocupa en igual medida a los profesionales hospitalarios y comunitarios y de todos los perfiles profesionales (siendo el ítem con mayores puntuaciones) (ver tabla 4)

Dentro del perfil social de encuestados, la posible mala praxis o incompetencia de un compañero/a (56%), la carencia de recursos sociosanitarios para derivar a los pacientes (89%), los problemas que surgen al alta de los dispositivos sanitarios (56%) es lo que más inquieta en los dispositivos comunitarios.

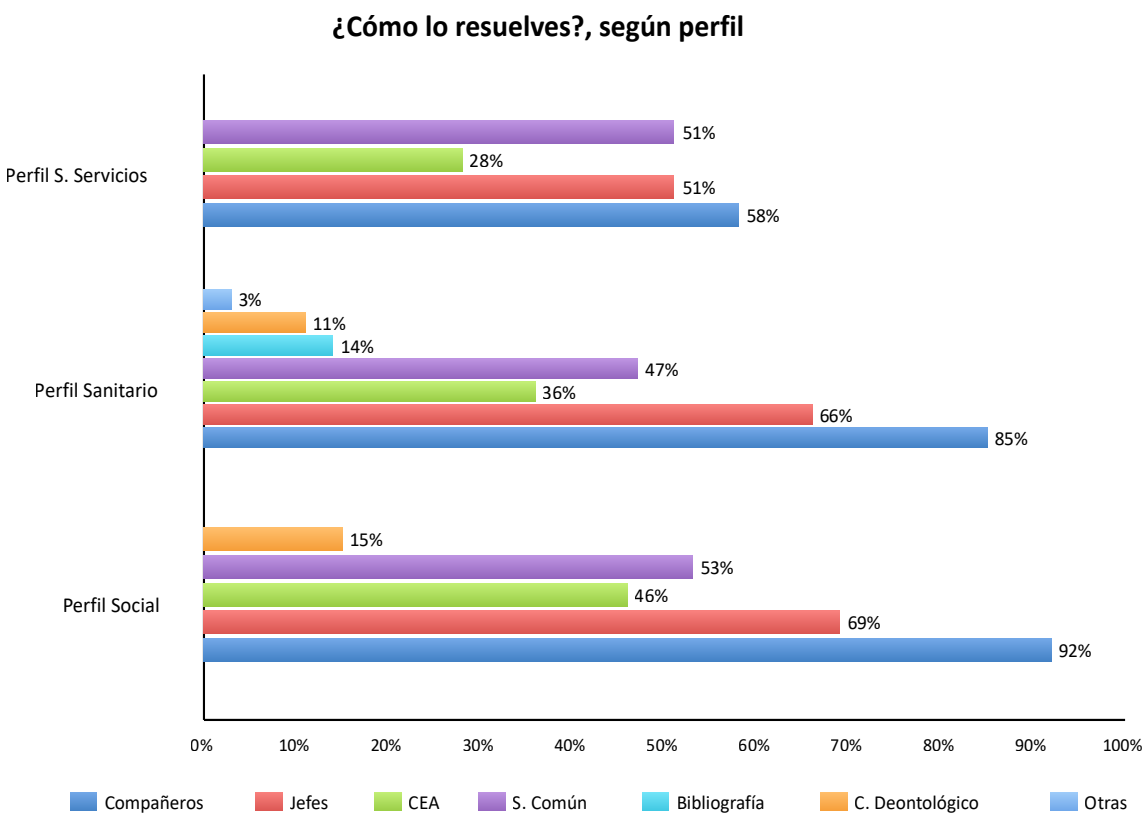
Llama la atención la gran preocupación que despierta este grupo de dilemas en el personal de servicios generales de los dispositivos comunitarios (por encima del 30% en varios ítems).

Tabla 4: Comparativa de conflictos éticos según el ámbito hospitalario o comunitario y el perfil profesional.

ÁMBITO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO	INTRA HP	COMUNITARIO
PERFIL	SANITARIO	SANITARIO	SOCIAL	SOCIAL	SERVICIOS	SERVICIOS
Incompetencia y/o mala praxis de compañero	28%	24%	25%	56%	-	33%
Altas en condiciones sociosanitarias inadecuadas	19%	29%	25%	56%	-	33%
Falta de recursos externos para EM	36%	52%	75%	89%	-	33%
Respeto a creencias religiosas, culturales y étnicas del EM	23%	28%	50%	22%	6%	-
Abuso de poder y/o trato inadecuado de EM	26%	28%	25%	22%	-	33%

Se reseñan los ítems con puntuaciones superiores al 25%

Gráfico 1. Formas de resolver los conflictos éticos según perfil profesional



E. Modo de resolución de los conflictos éticos.

Las formas más frecuentes de resolver los problemas éticos entre los/las profesionales son: Compartiéndolo con un compañero/a (32%), compartiéndolo con los jefes (26%) o utilizando la lógica y el sentido común (19%) en todos los perfiles profesionales; en menor medida se emplea la consulta al CEA-SMA (14%), revisar la bibliografía pertinente (el perfil sanitario 14%) o al código deontológico de la profesión (trabajadores sociales 15%). En el grafico 1, se muestran los porcentajes por categorías profesionales.

El 40% de profesionales sanitarios han recibido alguna formación en bioética, si bien en otras categorías profesionales es escasa. El 80% conocen la existencia del CEA-SMA aunque no lo utilicen.

DISCUSIÓN

Llama la atención la preocupación que han manifestado trabajadores/as sin contacto y ni atención directa con la persona con EM, incluidos en el grupo “servicios generales”, por los problemas éticos sobre recursos y derechos o confidencialidad. El porcentaje de participación de categorías profesionales como administrativas/os, auxiliares administrativas/os u operarios/as de servicios, evidencian el interés de estos grupos de profesionales en “ser escuchados/as” y tenidos/as en cuenta como sujetos activos de participación en los equipos multidisciplinares que, como indican Cantero y Argote, 2017 (12) nunca habían sido incluidas en este tipo de estudios.

El nivel de respuesta general nos permite tener una panorámica realista de cuáles son los puntos más conflictivos de la relación asistencial en la RSMA y como los/las profesionales presentan distintas preocupaciones y sensibilidades éticas tanto según el grupo profesional al que pertenecen como por la estructura en la que desempeñan su labor: hospitalaria o comunitaria. Sería positivo realizar discusiones grupales multidisciplinares con la participación de profesionales de todos los ámbitos para mejorar la resolución de los dilemas éticos.

Hay que señalar que la teoría del Consentimiento Informado no es percibida como un dilema ético en la relación asistencial, posiblemente relacionándose con el desarrollo en los últimos 10-15 años de formación específica que ha integrado su utilización en la praxis habitual. Pero sigue siendo objeto de preocupación la toma de decisiones al final de la vida a pesar de que el Gobierno Vasco desde 2002, tiene reconocido el derecho a realizar documentos de voluntades anticipadas.

El respeto a la confidencialidad es la mayor preocupación de todas las categorías profesionales, aunque tome distintas formas en el trabajo hospitalario, ligado al respeto a la intimidad, que, en el área comunitaria, relacionado con la información a aportar a terceras personas de forma verbal o escrita. Sugerimos que el CEA-SMA elabore recomendaciones éticas sobre consentimiento informado y confidencialidad e imparta formación específica sobre este campo de la Bioética, que reduzca la incertidumbre y mejore el abordaje en la RSMA.

Para los sanitarios comunitarios la limitación de la autonomía no es, en general, causa de conflicto. Dentro del Hospital preocupa, tanto al perfil sanitario como social, más la toma de decisiones que deben corresponder a la persona con EM y que son tomadas por parte del equipo, de su familia o de la figura de apoyo tutelar, así como la necesidad de efectuar la valoración de la capacidad para determinar si la persona es competente para esa decisión. Como es habitual, al perfil sanitario hospitalario, les plantea dudas éticas la aplicación de medidas de contención mecánica y el ingreso involuntario o el rechazo al tratamiento indicado.

Los tres perfiles profesionales tanto hospitalarios como comunitarios coinciden en señalar que la falta de recursos sociosanitarios es el dilema ético que más incertidumbre genera principalmente en el momento del alta de las personas con EM. También son difíciles de gestionar las situaciones de abuso de poder o la posibilidad de actuaciones de mala praxis por parte de compañeros/as.

El desacuerdo entre la voluntad de pacientes en sus decisiones al final de la vida y el equipo es un motivo de desasosiego para los profesionales, sobre todo para el perfil social, así como la falta de documentos de voluntades anticipadas que pueden aclarar lo que la persona desea cuando ya no tiene capacidad para decidirlo por sí misma. Dentro del hospital, determinar el final de medidas que pueden caer en el encarnizamiento terapéutico o a la aplicación de cuidados paliativos es otro momento de decisiones difíciles. Sin embargo, en los dispositivos comunitarios preocupa la presencia y verbalización de ideas de muerte por parte de los pacientes.

El CEA-SMA puede colaborar con sesiones específicas informativas sobre la aplicación y formalización de documentos de voluntades anticipadas en EM, ya que según datos registrales está siendo escasa su implementación en este tipo de pacientes y en la divulgación del documento de Planificación anticipada de decisiones elaborado por Osakidetza para planificar los cuidados en SM, en momentos de falta de capacidad para la toma de decisiones.

Así, observamos que, en el contexto hospitalario, además de la confidencialidad, toman gran relevancia los conflictos éticos relacionados con la autonomía y capacidad del/a paciente, mientras que, en el ámbito comunitario, son la toma de decisiones y los derechos de los/las pacientes, los que presentan la mayor frecuencia.

Así con estos datos, hemos constatado que las/los profesionales de la RSMA demuestran diferentes “sensibilidades” según su ámbito de actuación hospitalario o comunitario. Podríamos presuponer que en ambos existen diferentes modelos de atención asistencial: más “paternalista” y menos “autonomista” en el medio hospitalario, frente a una “Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) / Recuperación” en el medio comunitario. Con estos datos es fácil comprender por qué las/los profesionales del medio hospitalario expresan mayor preocupación en todo lo relativo a la autonomía y a la capacidad de las personas atendidas, mientras que, en el ámbito comunitario, la confidencialidad, los derechos de las/los pacientes y las decisiones de sustitución, también al final de la vida, los que mayores dilemas generan.

Recurrir al CEA-SM para plantear casos clínicos con problemas o dudas éticos es poco frecuente entre profesionales en activo, según se recoge en las respuestas al cuestionario, aunque mayoritariamente se conoce su existencia. Al ser un grupo multiprofesional, en muchos dispositivos asistenciales se cuenta con uno o más miembros del CEA-SMA al que se puede solicitar consejo, como apoyo, en esas consultas tan frecuentes entre compañeros/as, a las que se recurre masivamente según indican los encuestados. Una sugerencia sería la de crear “equipos reflexivos” como espacios de asesoramiento que permitan la comunicación entre estos/as profesionales y estructuras deliberativas internas que permitan desarrollar actitudes y competencias vinculadas a la autorregulación, la auto exigencia y el autocontrol, que incluyan, de acuerdo con los resultados de esta investigación a aquellos/as profesionales, erróneamente denominados de “atención no directa”, en los procesos de funcionamiento interno, como integrantes de los equipos multidisciplinarios.

Sin duda, el análisis realizado ha permitido constatar que estas/os profesionales no son solamente prestadores de servicios, sino que manifiestan su buen hacer, participación y preocupación ética, lo que redundará en la mejora de la calidad asistencial y humana a nuestros/as pacientes. Es decir, estructuras como el Comité de Ética Asistencial que son multidisciplinarios permiten desarrollar actuaciones profesionales prudentes, virtuosas y de calidad. Y, también, la participación del CEA-SMA en el diseño de docencia y formación ética específica para trabajadores/as de la RSMA, tanto en bioética general como en aquellos grupos de dilemas éticos que más preocupan y en el método deliberativo, pueden beneficiar a los equipos de trabajo en momentos de incertidumbre para la toma de decisiones prudentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Guillén, D. Hechos y valores. En Gracia, D. Bioética Clínica. Bogotá. El Buho. 1998, 90-91
2. Lázaro, J. Los múltiples valores de la práctica clínica: Las humanidades médicas. Rev. Clin, Esp. 2013;213(6):271-322
3. Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. EUDEMA 1991, 33-36
4. Gracia Guillén, D. Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana. An. R. Acad. Nac. Med. 1992;CIX:371-386
5. Beauchamp, T.M. y Childress, J.F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, Masson S.A. 1999, 113-372
6. Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. EUDEMA 1991, 128-129 (Reeditado por Triacastela 2008)
7. Hernanz M, Santander F (1988). Bioética y Salud Mental. Zerbitzuan, 1988;38:110-119
8. Santander F, Hernanz M. Conflictos y Dilemas Éticos en la Atención Psiquiátrica. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2001;1(2):122-139
9. Goikoetxea, MJ. Antropología y ética de la dependencia. UPV-Lan Harremanak. Revista de relaciones laborales 2006;15(II):105-126
10. Román B. (2016). Ética de los servicios sociales. Barcelona, España: Herder, 2016
11. Jordana, JM, González-Fontecha P. Conflictos éticos de las/os profesionales en atención psiquiátrica en la Red de Salud Mental de Araba (RSMA) en Reflexiones éticas desde el ámbito sociosanitario [Recurso electrónico] / coordinadora de la edición, Amaia Izaola Argüeso; editoras, Amaia Inza-Bartolomé, María del Mar Lledó Sainz de Rozas. – Datos. – Bilbao: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua = Servicio Editorial, [2021]. – 1 recurso en línea: PDF (255 p.)
12. Jordana, JM, González-Fontecha P. Conflictos y dilemas éticos de las/os profesionales (en activo y en formación) en la atención psiquiátrica en la Red de Salud Menta de Araba. Trabajo fin de Grado. Ética Sociosanitaria. UPV/EHU facultad de relaciones laborales y trabajo social 2019
13. Cantero, B, Argote, B. (2017). Conflictos Éticos en Servicios Sociales Municipales y Forales del Territorio Histórico de Álava/Araba. Bioética Complutense, 2017;32:91-98. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-12-21-Revista%2032.pdf>

EL DECÁLOGO EN PRIMERA PERSONA: UNA HERRAMIENTA PARTICIPATIVA PARA AVANZAR EN DERECHOS EN SALUD MENTAL

The Decalogue from Lived Experience: a participatory tool for advancing rights in mental health

Autores:

Ana Aznar-Martínez, Àurea B., Alícia Carcereny, Yaité Díaz, Bruno García, Paloma Morales-Benito, Joan Ortí, Núria Puigdemívol, Josep Puigdueta, Guillem Pueyo y Xavier Sanromà (GrupAntiestigma de los Serveis de Rehabilitació Comunitària de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi).

Entidad: Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona

Datos de contacto: ana.aznar@chmcorts.com



RESUMEN

El enfoque de derechos ha adquirido un papel central en el ámbito de la salud mental, promoviendo modelos de atención más participativos, respetuosos y centrados en la persona. No obstante, todavía existe una brecha entre su reconocimiento formal y su aplicación en la práctica cotidiana. Este artículo presenta el proceso de elaboración del Decálogo en Primera Persona para una mejor atención en salud mental, una herramienta construida de manera participativa a partir de la experiencia de personas usuarias, familiares y profesionales de dos Servicios de Rehabilitación Comunitaria de Barcelona.

A través de un proceso participativo basado en espacios de diálogo horizontal, se recogieron y analizaron aportaciones que permitieron identificar diez principios clave relacionados con la calidad de la atención como la escucha, la información comprensible, la participación en la toma de decisiones y la continuidad asistencial.

Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la relación terapéutica como espacio donde los derechos se concretan, así como la necesidad de avanzar hacia modelos menos jerárquicos. En este sentido, el proceso participativo ha potenciado el empoderamiento, reconocimiento y reducción del estigma internalizado de las personas implicadas. El Decálogo se presenta como una herramienta viva, con potencial para generar reflexión y mejora continua, especialmente en el contexto de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria.

ABSTRACT

The rights-based approach has become central in the field of mental health, promoting more participatory, respectful and person-centered models of care. However, a gap still exists between its formal recognition and its implementation in everyday practice. This article presents the development process of the First-Person Decalogue for Better Mental Health Care, a tool built participatively based on the experiences of service users, family members, and professionals from two Community Rehabilitation Services in Barcelona.

Through a participatory process based on spaces for horizontal dialogue, contributions were collected and analyzed, resulting in the identification of ten key principles related to quality care, such as active listening, understandable information, participation in decision-making and continuity of care.

The results highlight the importance of the therapeutic relationship as a space where rights are materialized, as well as the need to move toward less hierarchical models. In this regard, the participatory process has strengthened empowerment, the recognition and the reduction of internalized stigma among the involved persons. The Decalogue is presented as a living tool, with potential to foster reflection and continuous improvement, especially in the context of Community Rehabilitation Services.

Palabras clave: Derechos en Salud Mental, Salud Mental Comunitaria, Estigma, Recuperación, Participación de usuarios/as, Buenas Prácticas, Relación profesional-usuario/a.

Keywords: Quality Rights, Community Mental Health, Social Stigma, Recovery of Function, Consumer Participation, Best Practices, Professional-Client Relations

1. Introducción y justificación del proyecto

En los últimos años, el enfoque de derechos humanos ha ido ganando relevancia en el ámbito de la salud mental, impulsado por iniciativas como el programa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud, que ha puesto de relieve la necesidad de transformar los sistemas de atención para garantizar no solo la calidad asistencial, sino también el respeto efectivo a la dignidad, la autonomía y la participación de las personas. Este cambio de paradigma reconoce a las personas con problemas de salud mental como sujetos de derechos, capaces de tomar decisiones sobre su propia vida y de participar activamente en los procesos que les afectan [1,2].

Esta orientación se refleja también en el contexto catalán, donde el Pla Director de Salut Mental i Addiccions sitúa la atención comunitaria, la recuperación y la lucha contra el estigma como ejes prioritarios del sistema de salud mental [3,4]. Pese a estos avances, persiste una brecha significativa entre el reconocimiento formal de los derechos y su aplicación en la práctica cotidiana, tal como señalan estrategias estatales recientes [5]. Muchas personas continúan relatando experiencias en las que no se sienten plenamente escuchadas, informadas o tenidas en cuenta en su proceso de atención. Garantizar los derechos, por tanto, no puede limitarse al plano legal: es necesario hacerlos tangibles en las prácticas diarias de los servicios y en las relaciones que en ellos se construyen.

Uno de los principales obstáculos para el ejercicio efectivo de los derechos en salud mental es el estigma, especialmente cuando se internaliza. El autoestigma puede afectar a la autoestima, la capacidad para tomar decisiones y la participación activa en la propia atención [5,6]. Este aspecto adquiere especial relevancia desde el enfoque de recuperación, que considera fundamental no solo la mejora clínica, sino también la reconstrucción de un proyecto de vida con sentido, en el que la autonomía y la participación ocupan un lugar central [4,7].

El movimiento asociativo catalán ha trabajado de manera sostenida en estos temas: iniciativas como las de Obertament han documentado cómo la internalización de estigmas limita la participación y cómo procesos de empoderamiento, de apoyo mutuo y reconocimiento son claves para transformar la experiencia y la calidad de la atención [8,9]. En este sentido, enfatizan que “el estigma no solo tiene que ver con la mirada de los demás, sino también con cómo las propias personas incorporan estos prejuicios, condicionando sus expectativas y su participación”, lo que repercute directamente en la vivencia cotidiana de la atención [8].

En este contexto, la participación significativa de las personas con experiencia propia se configura como un elemento clave para avanzar hacia modelos de atención más inclusivos y respetuosos. Escuchar, incorporar y legitimar estas experiencias no es solo una cuestión ética, es también una condición necesaria para mejorar la calidad de la atención [4,8]. Los Servicios de Rehabilitación Comunitaria se presentan como espacios favorecedores de este tipo de iniciativas, ya que fomentan la proximidad, la horizontalidad y el trabajo compartido, facilitando la construcción de vínculos, el apoyo mutuo y la recuperación progresiva de proyectos de vida [3,5].

El proyecto que se presenta en este artículo se inscribe en una línea de trabajo orientada a la promoción de derechos, la recuperación y la lucha contra el estigma en salud mental desde el ámbito comunitario. Su propósito ha sido incorporar de forma sistemática la voz de las personas usuarias, familiares y profesionales en la mejora de la atención. Con este objetivo, se ha buscado identificar, a partir de la experiencia compartida, los elementos clave de una atención en salud mental basada en derechos. Para ello, se han promovido espacios de participación horizontal orientados a recoger y sistematizar aportaciones comunes. El resultado ha sido un documento con ideas de mejora para la práctica asistencial de los y las profesionales de la salud mental. El desarrollo de la iniciativa se ha sustentado en principios de horizontalidad, reconocimiento del saber experiencial, respeto mutuo, confidencialidad y construcción colectiva del conocimiento.

2. Desarrollo y metodología del proyecto

2.1 Origen de la iniciativa

Durante años, distintas personas usuarias de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC de ahora en adelante) de los distritos de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi (Barcelona) habían sentido la necesidad de contar con espacios -ya fueran grupales, individuales o familiares- donde poder expresar de manera abierta qué esperaban de la atención, qué valoraban y qué consideraban necesario mejorar. Aunque estos espacios existían y se promovía el diálogo, con el Decálogo se buscó trasladar esas experiencias al terreno de lo concreto, de forma constructiva, ofreciendo también a los profesionales una guía sobre los aspectos que las personas consideran más relevantes para su atención [3,4,8].

En este contexto, el GrupAntiestigma, formado por personas usuarias y profesionales de los mencionados SRC, impulsó un proceso participativo coherente con su forma de trabajo, basada en la colaboración y el reconocimiento de los saberes en primera persona. Desde esta perspectiva, el conocimiento no se entiende como algo exclusivamente técnico, sino como resultado del diálogo entre experiencias vividas y saberes profesionales, generando propuestas más ajustadas, críticas y útiles [7,9]. Con este punto de partida, se desarrolló un proceso participativo de aproximadamente un año de duración en el que participaron personas usuarias, familiares y profesionales. En total, unas cuarenta personas compartieron sus experiencias y puntos de vista en distintos espacios de diálogo diseñados para favorecer la expresión libre y la escucha activa.

El objetivo no era únicamente recoger opiniones, sino identificar elementos comunes y comprender qué aspectos aparecían de manera reiterada como fundamentales en la relación terapéutica. Entre ellos, destacan la necesidad de sentirse escuchado, recibir información comprensible, participar en la toma de decisiones, establecer relaciones respetuosas y contar con continuidad en la atención.

A partir de estas aportaciones, analizadas y contrastadas en diferentes sesiones, se fueron definiendo diez principios clave que acabarían conformando el decálogo. Este recoge de forma sintética los elementos fundamentales de una atención respetuosa y basada en derechos (como la escucha, la información comprensible, la participación o la continuidad asistencial) y fue elaborado mediante un proceso de revisión y validación colectiva, garantizando que el contenido final reflejara de manera fiel las experiencias compartidas.

2.2 Primeras dinámicas de trabajo

El punto de partida fue una sencilla dinámica dentro del GrupAntiestigma. Cada participante respondió por escrito a dos preguntas:

- “Explica una experiencia positiva en tu relación con profesionales de la salud o del ámbito social”. Se redacta en una tarjeta verde.
- “Explica una experiencia negativa en tu relación con profesionales de la salud o del ámbito social”. Se redacta en una tarjeta roja.

Las respuestas se compartieron posteriormente en grupo, generando un espacio de diálogo en el que se identificaron coincidencias y elementos comunes.

De forma progresiva, se observó que muchas aportaciones podían agruparse en temas recurrentes relacionados con la calidad de la atención, la comunicación, el reconocimiento de la persona y la participación en la toma de decisiones.

2.3 Ampliación en la Jornada Participativa

En el mes de abril de 2025, y aprovechando la Jornada Participativa del SRC de Sarrià-Sant Gervasi (un espacio institucional anual de encuentro y reflexión compartida con personas usuarias, familiares y profesionales), el GrupAntiestigma quiso ampliar las voces recogidas.

Durante la segunda parte de la Jornada, el GrupAntiestigma organizó a las asistentes en pequeños grupos mixtos formados por personas usuarias, familiares y profesionales, trabajando nuevamente a partir de las dos preguntas iniciales.

Las aportaciones se pusieron en común y se organizaron colectivamente en categorías, tomando como referencia el trabajo previo del grupo.

2.4 Perfil de participantes

El GrupAntiestigma es un grupo grupo terapéutico abierto, de carácter comunitario y continuidad permanente, con participación flexible y organización basada en proyectos. Para el desarrollo del presente proyecto se consolidó un núcleo estable de personas comprometidas que trabajó a lo largo de un año. El grupo ha estado integrado por personas usuarias y profesionales de los SRC de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi (Barcelona).

La diversidad de trayectorias personales y experiencias vinculadas a la atención en salud mental ha contribuido a enriquecer el proceso participativo y la construcción colectiva del Decálogo. Por razones de confidencialidad y por no constituir un elemento central para los objetivos del proyecto, no se considera pertinente detallar diagnósticos clínicos. La Tabla 1 resume las principales características de las personas participantes.

2.5 Cronograma y desarrollo del proceso

El proceso se desarrolló entre octubre de 2024 y noviembre de 2025. Durante este periodo, el GrupAntiestigma mantuvo reuniones semanales de aproximadamente una hora y media en un centro cívico del barrio, realizándose alrededor de 35 sesiones de trabajo.

Aunque las sesiones no estuvieron dedicadas exclusivamente al Decálogo, este constituyó uno de los principales ejes de trabajo del grupo durante el periodo descrito. La Tabla 2 resume las principales fases del proceso participativo.

2.6 Construcción del Decálogo

Tras las primeras dinámicas y la Jornada Participativa, el trabajo del grupo se centró en la revisión y sistematización del material recogido. A lo largo de varias sesiones se agruparon experiencias, se identificaron patrones comunes y se consolidaron diez categorías finales.

A partir de ellas se elaboró el Decálogo, redactado en primera persona del plural. Esta elección buscó construir una voz colectiva, que recogiera experiencias diversas en un “nosotros compartido”, evitando la individualización y facilitando su lectura por parte de los equipos profesionales como una expresión conjunta de necesidades y propuestas.

2.7 Revisión, diseño y devolución

El borrador del Decálogo fue revisado por dos personas que en el pasado habían formado parte del GrupAntiestigma y actualmente son activistas en salud mental, así como por dos profesionales externos al proceso miembros de la misma entidad, una psicóloga y un educador social. Posteriormente, una persona usuaria con formación en filología realizó la revisión lingüística y de estilo.

En septiembre de 2025 se trabajó el diseño final del formato, con el objetivo de generar un documento manejable, visual y cercano a la práctica cotidiana.

Finalmente, se realizó la primera presentación del Decálogo durante el Día Mundial de la Salud Mental a profesionales de la entidad de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social, educación social y enfermería). La sesión, realizada en el espacio habitual del grupo, favoreció un intercambio dinámico en el que se destacó el valor, la claridad y la coherencia de las aportaciones recogidas. También se puso en valor la propia experiencia de presentación, el encuentro donde profesionales y personas atendidas en servicios de salud mental compartían su visión y opiniones sobre la atención actual. Algunos profesionales plantearon la posibilidad de mantener encuentros similares de forma periódica, señalando que este tipo de espacios favorecen una comprensión más cercana de las experiencias de las personas atendidas, reconocidas como conocimiento válido y permiten generar dinámicas de diálogo menos jerárquicas y más orientadas a la colaboración.

Desde entonces, el Decálogo se ha difundido progresivamente en diferentes entornos. Algunas de las personas participantes en el proyecto han contribuido a su difusión en entornos formativos y profesionales. También se presentó en la Jornada de Participación del SRC de Les Corts en el mes de noviembre, recogiendo nuevas experiencias y contrastando su vigencia, lo que permite mantener el documento en constante revisión y adaptación, en coherencia con modelos de participación continuada en salud mental [2].



3. Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten considerar el Decálogo en Primera Persona para una mejor atención en salud mental no solo como un producto final, sino como una práctica concreta de implementación del enfoque de derechos en salud mental. Su valor reside tanto en el contenido como en el proceso participativo que lo ha hecho posible.

Uno de los principales aportes del proyecto es evidenciar que aspectos como la escucha, el respeto o la participación siguen siendo elementos que las personas identifican como necesarios en su experiencia cotidiana y sugiere que el reto actual no radica tanto en la definición de principios, sino en su traducción efectiva a las prácticas asistenciales.

Asimismo, el proceso pone de relieve el potencial de los espacios participativos como herramientas de transformación. La posibilidad de compartir experiencias, construir conocimiento colectivo y generar propuestas concretas contribuye no solo a mejorar la atención, sino también a reforzar la agencia de las personas y a cuestionar dinámicas tradicionales más jerárquicas. En este sentido, los SRC se consolidan como entornos especialmente adecuados para este tipo de iniciativas, facilitadores de contextos relacionales donde la participación puede desplegarse de manera significativa y sostenida.

De manera transversal, los resultados evidencian la centralidad de la relación terapéutica como espacio donde los derechos se concretan, en línea con la literatura sobre calidad asistencial y recuperación en salud mental [7,8]. En paralelo, los contenidos del decálogo coinciden con las reivindicaciones expresadas por movimientos asociativos y entidades como Obertament, que han señalado la necesidad de avanzar hacia prácticas más participativas, libres de prejuicios y centradas en la experiencia de las personas [10].

Más allá del contenido, el propio proceso ha tenido un impacto significativo en las personas participantes, favoreciendo el reconocimiento, la validación de experiencias y el fortalecimiento del apoyo mutuo. Estos elementos han sido ampliamente descritos como factores clave en la reducción del estigma internalizado y en la mejora de los procesos de recuperación [9].

Finalmente, el carácter abierto del Decálogo introduce una idea clave: la mejora de la atención en salud mental debe entenderse como una práctica continua que requiere incorporar de manera sistemática la voz de las personas en los procesos de atención y mejora continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. QualityRights: Improving quality, promoting human rights in mental health services. Geneva: WHO; 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021.
3. Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA). Barcelona: Departament de Salut; 2021.
4. Generalitat de Catalunya. Actualització del marc estratègic i full de ruta (2022–2024) del Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Departament de Salut; 2025.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
6. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16–20.
7. Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
8. Obertament. Guía para combatir el estigma en salud mental. Barcelona: Obertament; 2018.
9. Obertament. El estigma y la discriminación en salud mental en España. Barcelona: Obertament; 2016.

ANEXOS

Tabla 1. Perfil de participantes del GrupAntiestigma en el proyecto

Variable	Descripción
Tipo de grupo	Grupo abierto y continuado
Núcleo estable del proyecto	11 personas
Composición	8 personas usuarias / 3 profesionales
Profesionales	2 psicólogas, 1 integradora social
Género	6 mujeres / 5 hombres
Edad	33–65 años (media, 47 años)
Vinculación al servicio (personas usuarias)	Entre 1 y 10 años
Trayectoria clínica común (personas usuarias)	Inicio de las dificultades de salud mental durante la juventud, en la mayoría de casos en etapas tempranas
Servicios (personas usuarias)	Todas vinculadas a los SRC de Les Corts o Sarrià-Sant Gervasi, Barcelona
Diagnóstico clínico (personas usuarias)	No especificado por confidencialidad y pertinencia No se especifican, ya que el proyecto prioriza la experiencia vivida y los elementos compartidos en la relación con la atención, por encima de categorías clínicas específicas.

Tabla 2. Cronograma del proceso participativo de elaboración del Decálogo

Periodo	Actividad principal	Descripción
Octubre 2024	Inicio del proceso	Inicio del trabajo en el GrupAntiestigma y aparición recurrente de experiencias relacionadas con la atención en salud mental y social.
Diciembre 2024	Primera dinámica grupal	Realización de la dinámica inicial basada en dos preguntas sobre experiencias positivas y negativas con profesionales de la salud y del ámbito social. Puesta en común de respuestas e identificación de primeras categorías compartidas. Participación de 11 personas.
Enero – marzo 2025	Desarrollo y profundización del trabajo grupal	Continuación del trabajo semanal en el GrupAntiestigma, revisión de experiencias y consolidación de temas recurrentes relacionados con la atención, la comunicación y la participación.
Abril 2025	Jornada Participativa SRC Sarrià-Sant Gervasi	Realización de dinámica participativa ampliada con personas usuarias, familiares y profesionales. Recogida y clasificación colectiva de experiencias. Participación de 30 personas
Mayo – julio 2025	Sistematización y elaboración del Decálogo	Revisión del material recogido, agrupación de categorías y redacción colectiva de los diez principios del Decálogo.
Septiembre 2025	Revisión y diseño final	Revisión externa, corrección lingüística y elaboración del formato definitivo del Decálogo.
Octubre 2025	Presentación institucional	Presentación del Decálogo a profesionales de la entidad con motivo del Día Mundial de la Salud Mental. Apertura de espacio de diálogo e intercambio.
Noviembre 2025	Nueva presentación y recogida de experiencias	Presentación en la Jornada Participativa del SRC Les Corts e incorporación de nuevas aportaciones para futuras revisiones del documento. Participación de 35 personas.

DECÁLOGO EN PRIMERA PERSONA PARA UNA MEJOR ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Para una relación más respetuosa,
participativa y basada en derechos



1. Queremos ser escuchados/as y tratados/as con respeto

Necesitamos sentir que nos escuchan de verdad,
no solo que nos dejen hablar.

Queremos que nos traten como personas únicas,
no como un «caso».

Agradecemos que nos transmitan seguridad
y nos sentimos valorados/as cuando percibimos
que confían en nuestra credibilidad.

3. Queremos participar en las decisiones que nos afectan

Nos gusta que nos pregunten
qué pensamos sobre nuestro tratamiento.

Queremos formar parte de las decisiones
que afectan a nuestra salud mental.

Nos sentimos mejor cuando trabajamos juntos/as,
profesional y usuario/a.



Este decálogo recoge aquello que,
como personas con experiencia propia en salud mental,
valoramos y necesitamos en nuestra relación
con los/las profesionales de los servicios sanitarios y sociales.

Quiere ser una herramienta que ayude a reflexionar
sobre los posicionamientos que tenemos respecto a la relación
entre profesionales y personas con experiencia propia.
El objetivo es que esta relación esté basada en la colaboración,
la confianza y el respeto mutuo, de manera que facilite
la mejora de la atención y de la calidad asistencial
en el ámbito de la salud mental.

2. Queremos recibir información clara y comprensible

Queremos que nos expliquen las cosas sin tecnicismos,
de manera que las podamos entender.

Cuando nos recetan o cambian la medicación,
necesitamos saber en qué consiste,
qué efectos serían esperables y/o secundarios,
y tener la posibilidad de resolver
todas las dudas posibles.

Nos ayuda mucho saber
qué recursos tenemos disponibles y cómo utilizarlos.



4. Queremos acceder a los servicios con facilidad y sin trabas

Cuando necesitamos ayuda,
queremos poder contactar con los servicios
sin dificultades y saber que nuestra petición
será valorada y respondida.

Nos ayudaría que los servicios fuesen accesibles y
ágiles, sin tener que ir de un lugar a otro
para recibir una respuesta clara cuando sea necesario.

Queremos que los tiempos de espera sean razonables,
informados y que se nos atienda
cuando lo necesitamos.

5. Queremos estabilidad y continuidad en la atención

Siempre que sea posible,
nos da confianza tener un/a mismo/a profesional
que nos acompañe durante todo el proceso de recuperación.

Nos cuesta tener que comenzar
cada vez que nos cambian el/la profesional que nos atiende.

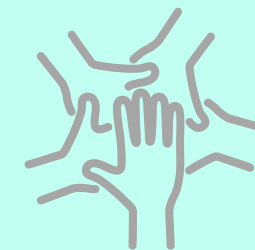
Queremos que nos dediquen tiempo de calidad
cuando nos atienden.

7. Queremos que se reconozca nuestra capacidad de decidir

Queremos que confíen en que somos capaces
de tomar decisiones sobre nosotros/as mismos/as.

Tenemos derecho a participar en todas las decisiones
que afectan a nuestra salud y nuestra vida.

Nos sentimos mejor cuando se valora nuestro criterio.



10. Queremos colaborar en la mejora de los servicios sanitarios y sociales

Si nuestra experiencia puede ayudar a mejorar la
atención, nos gustaría aportarla.

Queremos saber si podemos participar en proyectos,
grupos o investigaciones relacionadas.

Nos gustaría que lo que expresamos sirva para
transformar la atención en salud mental.

6. Queremos que se respete nuestra intimidad

Queremos decidir si se habla con nuestra familia
y en qué condiciones.

Si hay una urgencia y se contacta con ella,
queremos que después nos lo expliquen.

Confiamos en que nuestra información
se gestiona con respeto y confidencialidad.

8. Queremos ser tratados/as con igualdad y sin prejuicios

No queremos que nos juzguen por ser mujer,
por la edad o por tener un diagnóstico.

No queremos ser tratados/as de forma diferente
por nuestra identidad sexual.

9. Queremos expresar todo lo que creemos que no funciona

Cuando algo no va bien,
queremos poder decirlo sin miedo.

Nos gustaría tener canales claros
para hacer agradecimientos, sugerencias o quejas,
o para denunciar la vulneración de nuestros derechos.

Nos gustaría sentir que nuestras palabras
pueden mejorar el sistema.

Decálogo realizado por el GrupAntiestigma de los Servicios
de Rehabilitación Comunitaria de Les Corts y Sarrià-Sant
Gervasi, con la colaboración de personas con experiencia
propia, familiares y profesionales del ámbito de la salud
mental.

Octubre de 2025

RESUMEN DEL SIMPOSIO SOBRE PRÁCTICAS BASADAS EN DERECHOS HUMANOS

“Quality Rights como hoja de ruta para el cambio de paradigma: actualizaciones y ejemplos del Comité de Derechos Humanos de la WAPR”

Alexander W. Smith, MA

(Basado también en la presentación de Guadalupe Morales Cano y en contenidos aportados por el Dr. Murali Thyloth)
Director de Servicios de Salud Mental para Adultos, Counseling Service of Addison County (CSAC)

Reimpresión de:
Alexander W. Smith, MA' (based also on the presentation by Guadalupe Morales Cano, and content submitted by Dr. Murali Thyloth). Summary of Human Rights-Based Practice Symposium - "Quality Rights as a Roadmap for Paradigm Change: Updates and Examples from the WAPR Human Rights Committee", https://www.wapr.org/wp-content/uploads/WAPR_Bulletin/WAPR_55/humanrights_sec.pdf

Traducción de Jesús Rienda
'Director of Adult Mental Health Services, Counseling Service of Addison County (CSAC) (asmith@csac-vt.org)



El Comité de Derechos Humanos de la WAPR organizó un simposio para el Congreso Mundial de la WAPR 2025 con el objetivo de compartir el trabajo que se está desarrollando en el comité y de atraer una mayor atención hacia el marco de Quality Rights desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fue organizado por los miembros del comité que pudieron asistir presencialmente.

Lamentablemente, el recientemente expresidente de la WAPR, Dr. Murali Thyloth, finalmente no pudo asistir, pero envió amablemente algunas diapositivas para incluir una discusión sobre el tema clave de las diferencias culturales y la práctica basada en derechos humanos.

La miembro del Comité de Derechos Humanos de la WAPR, Solange De Vidts (Chile), realizó presentaciones en otras dos sesiones, centradas en su labor de defensa legal de los derechos de la infancia y, por otro lado, en compartir de forma poderosa las experiencias vividas que impulsan su trabajo.

Al inicio del simposio, Guadalupe Morales Cano (España) describió el amplio alcance de su labor de defensa, tanto en España como a nivel internacional, promoviendo prácticas basadas en derechos humanos desde una perspectiva de experiencia vivida. Analizó la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), señalando el cambio de paradigma que supone pasar de ver a las personas con discapacidad como “objetos” receptores de “caridad”, “tratamiento” y “protección social”, a comprenderlas como “sujetos con derechos”, incluyendo la autonomía en la toma de decisiones y la inclusión como “miembros activos de la sociedad”.

Señaló además la evolución hacia el desarrollo de las directrices Quality Rights de la OMS, en cuya elaboración participó parcialmente, y transmitió la urgencia de este trabajo mediante ejemplos gráficos de situaciones de coerción ocurridas en países europeos en el pasado reciente.

Morales Cano pasó a describir la implementación de formaciones en Quality Rights en Madrid. Desde 2015, su equipo ha impartido cursos a servicios de emergencias y profesionales sanitarios, abordando temas como el estigma y la discriminación, formando aproximadamente a 2.500 profesionales desde entonces hasta la actualidad. Estos cursos están promovidos por la Comunidad de Madrid y cuentan con acreditación oficial.

Destacó el papel clave de contar con formadores con experiencia vivida, así como el uso de un formato híbrido que incorpora la formación online de la OMS. Cabe señalar que estas iniciativas fueron los primeros cursos de Quality Rights en español.

Morales Cano subrayó la importancia de diferenciar claramente entre los conceptos de “estigma” y “discriminación”:

- **El estigma** forma parte del acervo cultural, es difícil de combatir y erradicar, y requiere esfuerzos colectivos de personas con experiencia vivida para generar un cambio cultural.
- **La discriminación**, en cambio, está directamente relacionada con la vulneración de derechos humanos, puede denunciarse y a menudo abordarse por vías legales.

También describió su implicación en la Comisión sobre el Estigma de The Lancet, que destacaba el papel fundamental de las personas con experiencia vivida y del contacto social directo para combatir eficazmente el estigma.

Asimismo, mencionó su colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) en la elaboración de un documento de posicionamiento sobre la necesidad de desarrollar alternativas a la coerción.

Concluyó señalando que “las personas con experiencia vivida, las familias, los profesionales de salud mental y los responsables políticos están comenzando a unirse en diversas partes del mundo para trabajar hacia objetivos comunes: mejorar la calidad, promover los derechos humanos y abordar la coerción en los servicios de salud mental”, aunque aún queda mucho trabajo por hacer.

Alexander “Sandy” Smith reflexionó sobre la implementación de prácticas basadas en derechos humanos en el sistema comunitario de salud mental de Vermont (EE. UU.), señalando también retrocesos importantes en este ámbito en distintas regiones del país.

Describió las circunstancias particulares que han permitido a su organización pilotar prácticas innovadoras basadas en derechos, aportando varios ejemplos. Destacó especialmente el impacto del modelo Open Dialogue, al que considera un catalizador de transformación del sistema, favoreciendo:

- una atención verdaderamente centrada en la persona y colaborativa,
- un mayor enfoque relacional y contextual en la comprensión del malestar mental,
- cambios en las dinámicas de poder en la atención,
- y la visibilización del daño relacional que puede generar la coerción.

También describió un nuevo programa liderado por pares para ofrecer apoyo alternativo en crisis, basado en Intentional Peer Support, Open Dialogue y el modelo de Trieste. Este proyecto fue creado por un grupo de trabajo formado por personas usuarias, familiares y profesionales con el objetivo de reducir los ingresos involuntarios y las esperas en urgencias.

Se debatió cómo pequeñas diferencias en la respuesta profesional en momentos de crisis pueden generar grandes cambios en la aparición o no de situaciones coercitivas, introduciendo el concepto de “**microtransformaciones**”.

Smith también citó experiencias en Corea del Sur donde la formación en Quality Rights y Open Dialogue permitió evitar situaciones coercitivas que de otro modo habrían ocurrido.

Asimismo, abordó los importantes retos para iniciar y mantener estas prácticas, especialmente por no estar alineadas con los modelos dominantes de financiación y planificación, señalando la necesidad de cambios sistémicos (“mesotransformaciones”).

La presentación concluyó con una reflexión sobre la hospitalización involuntaria. Aunque su programa no ha logrado eliminarla, presenta tasas significativamente más bajas (entre la mitad y un tercio del promedio estatal per cápita).

Smith enfatizó que, sin una intención política clara de reducir y eliminar el tratamiento involuntario:

- no se desarrollarán programas alternativos,
- no se priorizará la formación necesaria,
- y los recursos seguirán orientándose a modelos institucionales en detrimento de alternativas comunitarias.

Las diapositivas del Dr. Murali Thyloth abordaron el papel de las familias en muchos países de ingresos bajos y medios, donde a menudo deben acompañar a la persona hospitalizada e incluso asumir costes económicos elevados.

Señaló que en muchos países las familias participan directamente en la toma de decisiones terapéuticas, y que esta realidad debe tenerse en cuenta, dado que los enfoques basados en derechos humanos suelen basarse en normas individualistas.

Propuso la necesidad de adaptar estos enfoques a los contextos culturales, indicando que un “enfoque de derechos adaptado culturalmente garantiza mayor aceptación, sostenibilidad y eficacia” en estos países.

TEMAS CLAVE Y CONCLUSIONES

Los temas recurrentes incluyen:

- La necesidad de continuar con la defensa de los derechos humanos, especialmente liderada por personas con experiencia vivida.
- La importancia de ampliar su liderazgo dentro de los sistemas de atención.
- El marco Quality Rights como guía fundamental para impulsar el cambio de paradigma a nivel macro.
- El papel crucial de la formación (online, presencial y experiencial) para transformar actitudes, creencias y prácticas profesionales a nivel micro.
- La necesidad de adaptar los enfoques a diferentes contextos culturales, especialmente en sociedades más centradas en la familia y la comunidad frente a culturas más individualistas.

REFERENCIAS

Cho S, Cho YH, Noh JS, Jeong SK, Kim SK y Kim S (2024)

Introducción de Open Dialogue como parte del proyecto Quality Rights de la OMS en Corea del Sur.

Gill N, Drew N, Rodrigues M, et al. (2024)

Integración de la iniciativa Quality Rights de la OMS y el programa de alternativas a la coerción de la WPA.

Speyer, H., Roe, D., Slade, M.

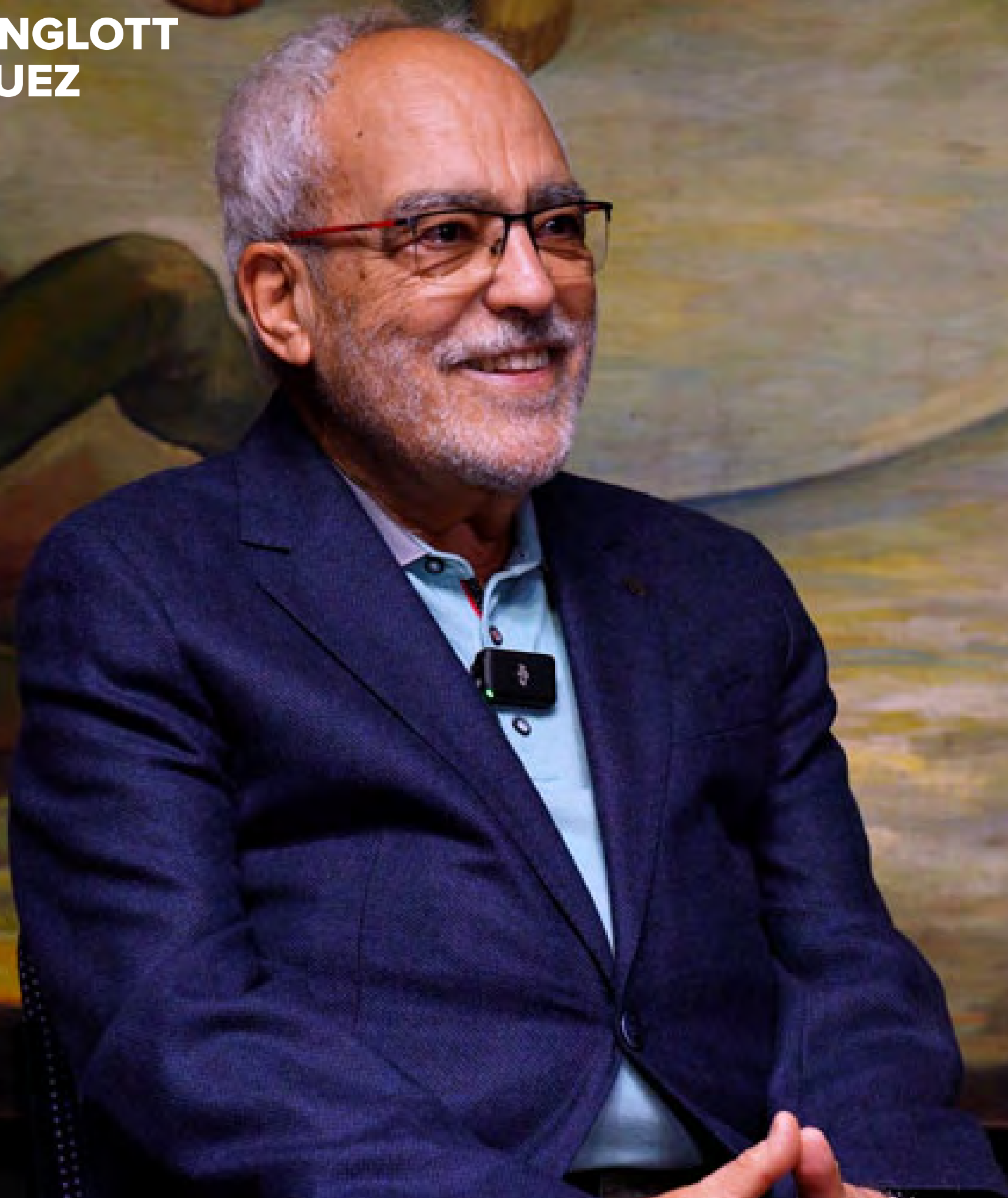
“Psiquiatría orientada a la recuperación: ¿oxímoron o catalizador del cambio?”

Smith, A. (2024)

Reflexiones sobre la implementación de prácticas basadas en derechos humanos en sistemas comunitarios de salud mental.

RAFAEL INGLOTT DOMINGUEZ

In memorian



Toda comunidad profesional necesita preservar la memoria de quienes contribuyeron decisivamente a construirla.

La memoria cumple una función crítica: permite comprender el origen de las instituciones, valorar el esfuerzo colectivo que las hizo posibles y evitar que las conquistas alcanzadas se perciban como realidades naturales o inevitables.

La historia de la salud mental en Canarias no puede escribirse sin Rafael Inglott.

Pero tampoco puede escribirse únicamente como la historia de un individuo.

Su trayectoria representa a toda una generación de profesionales que creyó posible sustituir el aislamiento asilar por la comunidad, en la estela de un grupo de líderes que en el último cuarto del s. XX, hicieron posible la reforma psiquiátrica en España.

Resulta especialmente significativo que este homenaje aparezca en un número monográfico dedicado a la ética y los derechos humanos. Muchas de sus convicciones profesionales anticiparon principios que hoy forman parte del consenso internacional en salud mental.

I. Humanismo, reforma psiquiátrica y rehabilitación psicosocial

La muerte del **Dr. Rafael Inglott Domínguez**, ocurrida en Madrid el **25 de julio de 2026**, pocos días antes de cumplir ochenta años, supuso la desaparición de una de las figuras decisivas en la historia de la psiquiatría canaria. Durante más de cuatro décadas participó en la transformación de un sistema asistencial basado en el hospital psiquiátrico hacia un modelo comunitario, interdisciplinar y orientado a la rehabilitación psicosocial.

Rafael Inglott perteneció a una generación de médicos que entendió la psiquiatría como una disciplina humanista, entre la medicina, la psicología, la filosofía y las ciencias sociales. Fue clínico, gestor, docente y organizador de servicios, un hombre de conversación pausada, lector incansable, apasionado por la literatura, la música y el pensamiento, convencido de que comprender a una persona exigía mucho más que conocer su diagnóstico. Parafraseando a Nietzsche, Rafael Inglott podría decir que “El sufrimiento humano me interesa profundamente, todo lo humano me interesa profundamente”.

Un hombre en el momento adecuado

Rafael Inglott Domínguez nació el 6 de agosto de 1946, en el histórico barrio de Vegueta, en Las Palmas de Gran Canaria. Su infancia y juventud transcurrieron en una ciudad que comenzaba a experimentar profundas transformaciones económicas y sociales, mientras la asistencia psiquiátrica española permanecía anclada en el modelo manicomial del siglo XIX. Las personas con enfermedad mental grave eran atendidas, en la mayoría de los casos, en instituciones cerradas, alejadas, más concebidas para custodiar que para curar.

Por otro lado, en distintos lugares de Europa comenzaban ya a cuestionarse las bases de ese modelo. Las experiencias de sectorización francesa, la psiquiatría comunitaria británica y, especialmente, el movimiento encabezado por Franco Basaglia en Italia abrían nuevos caminos para entender la atención psiquiátrica. En España empezaron a surgir voces que reclamaban una profunda renovación científica, ética, organizativa y es aquí dónde Rafael Inglott se inserta como miembro de esa generación llamada a buscar un cambio.

La escuela de Luis González Hernández

A comienzos de los años setenta, en la ciudad de Las Palmas, se produce una experiencia innovadora en la psiquiatría española, que coincide con los primeros pasos de Rafael Inglott: la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Insular de Gran Canaria. Aquella iniciativa, impulsada por el profesor Luis González, supuso una ruptura con la tradicional asistencia psiquiátrica, al integrar la atención a las personas con trastorno mental dentro de un hospital general, en lugar de confinarlas en un hospital psiquiátrico.

En aquella experiencia Luis González reunió un pequeño grupo de jóvenes psiquiatras convencidos de que la especialidad debía construirse sobre nuevas bases, entre estos jóvenes se encontraba Rafael Inglott.

La Unidad de Agudos del Hospital Insular constituyó el laboratorio de la reforma psiquiátrica en Canarias. Allí se ensayaban formas diferentes de trabajar con pacientes y familias, más que un simple servicio hospitalario, era una comunidad profesional con el deseo de cambiar la psiquiatría.

Luis González transmitió a su equipo el rigor científico, la reflexión ética y la apertura a las ciencias humanas. También mostró que la transformación de la asistencia psiquiátrica exigía intervenir no sólo sobre los tratamientos, sino sobre las propias instituciones.

II. La reforma psiquiátrica en Canarias: cambiar el modelo de atención

En 1985, cuando Rafael Inglott asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria, la reforma psiquiátrica española había dejado de ser únicamente una aspiración intelectual para convertirse en una exigencia política, sanitaria y ética. La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica habían establecido un nuevo marco para la atención a la salud mental.

En Canarias, como en buena parte del país, el hospital psiquiátrico continuaba siendo el eje sobre el que gravitaba la asistencia a las personas con trastorno mental grave, generando una forma de entender la enfermedad mental marcada por la institucionalización prolongada, la dependencia y la separación de los pacientes de sus familias y de la comunidad.

Años después, Rafael Inglott recordaría que una reforma mal planificada podía resultar incluso más perjudicial que el modelo que pretendía sustituir. El cierre de camas sin recursos alternativos significaba trasladar el problema desde el hospital hacia las familias, los servicios sociales o, en el peor de los casos, hacia el abandono y la exclusión.

Su propuesta no respondía a posiciones ideológicas simplificadas. Nunca planteó la desaparición del hospital psiquiátrico como un objetivo en sí mismo. Defendía, por el contrario, que determinados dispositivos hospitalarios seguían siendo necesarios para la atención de situaciones clínicas de especial complejidad. Pero cuestionaba la utilización del hospital como lugar de residencia para personas cuyo problema había dejado de ser clínico para convertirse en social.

La reforma psiquiátrica no consistía en eliminar instituciones, sino en modificar su función dentro de un sistema capaz de ofrecer respuestas diversas según las necesidades de cada persona.

Durante aquellos años el Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria inició un proceso de sectorización de la organización asistencial transformando la propia cultura profesional. Las estancias comenzaron a reducirse, aumentaron las altas e impulsaron programas de externalización para facilitar el retorno de los pacientes a su entorno familiar y comunitario a través de un programa de alojamientos protegidos en pisos y pensiones. Paralelamente, se promovió la creación de consultas de salud mental en distintos barrios y municipios de la isla, germen de las futuras Unidades de Salud Mental comunitarias.

Todo este proceso no estuvo exento de dificultades, en toda transformación institucional, existen incertidumbres y resistencias. Algunos profesionales y una parte de la sociedad civil temían que el nuevo modelo aumentaría los problemas sociales disminuyendo la calidad asistencial; se dudaba que la comunidad estuviera preparada para asumir a esta población. Las administraciones públicas tampoco disponían de recursos económicos y sociales necesarios para desarrollar con rapidez la nueva red asistencial.

Rafael Inglott afrontó esas dificultades con una combinación de convicción y prudencia. Quienes trabajaron con él recuerdan un estilo de dirección basado en el diálogo, la deliberación y la búsqueda constante de consensos. No era un dirigente dado a los discursos grandilocuentes ni a las confrontaciones estériles. Prefería convencer antes que imponer.

Logró aunar a profesionales de las distintas disciplinas implicadas: psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, monitores y responsables de los servicios sociales.

La reforma exigía, además, un cambio profundo en la relación con las personas atendidas.

Hasta entonces, el paciente había ocupado un papel pasivo. El nuevo modelo comunitario reclamaba reconocer su capacidad de decisión, favorecer su autonomía y promover su participación activa en el proceso terapéutico.

La rehabilitación comenzaba a sustituir a la mera custodia; la integración social adquiere tanta importancia como el tratamiento farmacológico; la vivienda, el empleo, las relaciones familiares y la participación comunitaria pasaban a entenderse como componentes inseparables del tratamiento.

Este cambio de paradigma situó a Gran Canaria entre las experiencias avanzadas del panorama español.

Rafael Inglott defendía que el hospital psiquiátrico debía ser un recurso terapéutico temporal, integrado en una red comunitaria mucho más amplia. Bajo su dirección comenzaron a desarrollarse los primeros pisos asistidos, recursos residenciales y dispositivos comunitarios destinados a favorecer la integración social de las personas con trastorno mental grave.

Poco a poco dejó de hablarse de enfermos crónicos para hablar de personas, de ciudadanos.

Ese cambio de lenguaje reflejaba un cambio mucho más profundo: una nueva manera de entender la relación con las personas con trastorno mental.

Mirada desde la perspectiva actual, aquella transformación constituye uno de los episodios más relevantes de la historia reciente de la salud mental en Canarias. Fue el trabajo sostenido de un grupo de profesionales, gestores, responsables políticos, asociaciones de profesionales, así como de familiares y usuarios que compartieron un objetivo común. Rafael Inglott insistía con frecuencia en que las reformas sanitarias sólo son posibles cuando se construyen colectivamente.

III. Construir la comunidad: la rehabilitación psicosocial como proyecto de ciudadanía

Si la reforma psiquiátrica supuso transformar las instituciones, la rehabilitación psicosocial representó un cambio todavía más profundo: transformar la manera de comprender la vida de las personas con trastorno mental grave.

Rafael Inglott consideraba que ninguna reforma estaría completa mientras no respondiera a una pregunta mucho más sencilla y, al mismo tiempo, mucho más difícil: **¿cómo viven las personas una vez abandonan el hospital?**

Comprendió que el alta hospitalaria no podía interpretarse como el final del proceso terapéutico. Para muchas personas constituía, en realidad, el momento de mayor vulnerabilidad. Tras años de institucionalización, regresar a la comunidad significaba enfrentarse a dificultades relacionadas con la vivienda, el empleo, la economía, las relaciones familiares, la soledad o el estigma social. Ninguno de estos problemas podía resolverse exclusivamente mediante intervenciones clínicas.

Era necesario construir un sistema diferente.

De esa convicción nació el impulso al **Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria (PIRP)**. Más que un programa asistencial, el PIRP representó una nueva filosofía de trabajo basada en la cooperación entre las administraciones sanitarias, los servicios sociales, los ayuntamientos, las entidades del tercer sector y las asociaciones de familiares y usuarios.

Esta perspectiva interinstitucional resultaba novedosa para la época.

Mientras otros modelos seguían considerando la rehabilitación como una fase complementaria del tratamiento psiquiátrico, Rafael Inglott defendía que constituía un elemento central de la atención. Recuperar un proyecto vital era tan importante como controlar la sintomatología. La estabilización clínica carecía de sentido si la persona continuaba privada de oportunidades para desarrollar una vida autónoma y participar plenamente en la comunidad.

El modelo impulsado en Gran Canaria partía de la convicción de que las personas con trastorno mental grave conservaban capacidades, proyectos y derechos que debían ser reconocidos y fortalecidos. La enfermedad no agotaba la identidad de la persona.

Desde esta perspectiva comenzaron a desarrollarse dispositivos que hoy forman parte del paisaje habitual de la salud mental comunitaria: centros de rehabilitación psicosocial, programas de inserción laboral, pisos supervisados, residencias comunitarias y recursos para favorecer la autonomía personal. La red fue creciendo progresivamente hasta configurar un entramado de servicios capaz de acompañar a las personas en las distintas etapas de su proceso de recuperación.

Sin embargo, Rafael Inglott advertía que existía el riesgo de sustituir unas instituciones por otras, reproduciendo formas de dependencia bajo una apariencia más moderna. La finalidad de los recursos comunitarios no consistía en crear nuevos espacios de permanencia, sino en facilitar itinerarios de inclusión social cada vez más autónomos.

Esta idea explica la importancia que concedía al trabajo interdisciplinar.

La recuperación no podía ser responsabilidad exclusiva del psiquiatra. Enfermeras especialistas en salud mental, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, monitores, profesionales del empleo y de la vivienda debían intervenir de forma coordinada, compartiendo objetivos comunes.

En 1995, la apertura de las Unidades de Salud Mental constituyó uno de los momentos decisivos de la reforma, y que posteriormente (1998) se siguió con la puesta en marcha de los primeros centros de rehabilitación psicosocial.

Rafael Inglott concedía una importancia extraordinaria al papel de los profesionales que mantenían un contacto cotidiano con los usuarios. En un comunicado difundido tras su fallecimiento, los profesionales de Inserción Canaria subrayaban que siempre reconocía el valor del trabajo realizado por los monitores y educadores que acompañaban diariamente a las personas en sus procesos de recuperación.

Mucho antes de que se generalizaran conceptos como coordinación sociosanitaria o atención centrada en la persona, el PIRP ya había comenzado a experimentar formas de trabajo que respondían a esos principios.

La rehabilitación psicosocial fue para Rafael Inglott mucho más que una especialidad profesional. Fue la expresión práctica de una profunda convicción ética: la de que la calidad de una sociedad puede medirse por la forma en que acompaña a quienes atraviesan situaciones de mayor vulnerabilidad.

IV. El clínico, el maestro y el humanista

Enseñar una manera de mirar

Toda una generación de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras especialistas se formó bajo su influencia. Algunos fueron residentes; otros colaboraron con él en la puesta en marcha de nuevos servicios; muchos compartieron durante años la responsabilidad de consolidar la red comunitaria de salud mental.

Sin embargo, quienes evocan aquella experiencia rara vez recuerdan largas lecciones magistrales. Recuerdan, más bien, conversaciones y una capacidad poco frecuente para escuchar antes de emitir un juicio.

Rafael Inglott entendía que la formación especializada no consistía únicamente en transmitir conocimientos técnicos. Se trataba de enseñar una determinada actitud ante la persona que consulta. Invitaba a los profesionales más jóvenes a desconfiar de las respuestas excesivamente simples y a aceptar que la práctica clínica está atravesada por incertidumbres que exigen reflexión, prudencia y deliberación ética.

La cultura como fundamento de la práctica médica

Rafael Inglott era un hombre profundamente interesado por la cultura.

Las personas cercanas lo definen como «un hombre polifacético, muy metido en todo el ámbito social, cultural, literario y de la música». No era una afición secundaria ni un entretenimiento ajeno a su profesión. Formaba parte de su manera de comprender la condición humana.

En una entrevista concedida años atrás recordaba cómo la lectura de *La montaña mágica*, de Thomas Mann, había despertado inicialmente su interés por la medicina.

“En mi caso, respecto incluso de mi elección universitaria, sucedió algo curioso, y es que me incliné por la medicina a través de la literatura. Cada vez que caía en mis manos alguna novela donde se trataba el tema de la medicina o se venía... bueno, me acuerdo de *La montaña mágica* [de Thomas Mann], que leí muy joven, y para mí su lectura fue una experiencia curiosa, pues, por una parte, alentó mi vocación pero, al volver a leerla, me quitó tiempo para estudiar histología -hoy anatomía patológica- y me la suspendieron [risas]; llegué a obsesionarme con esa novela. Todo en ella es pura incógnita, desde el personaje principal que va a visitar a un enfermo a un sanatorio y acaba él enfermo de tuberculosis; además, es verdad, de un modo enigmático que forma parte de la esencia del libro, hasta el último párrafo, describiendo hacia dónde va Europa. Es una de las novelas más inquietantes y más estimulantes desde el punto de vista intelectual que se han escrito nunca. Y, bueno, del mismo modo en que Mann influyó en mi afición por la medicina, en la [especialidad en] psiquiatría tuvieron mucho que ver los personajes de Dostoievsky, sin duda...”

La literatura le recordaba precisamente aquello que ningún tratado de psicopatología podía enseñar completamente: la complejidad de la experiencia humana.

Por esa razón evitaba reducir el sufrimiento psíquico a un conjunto de alteraciones neurobiológicas. Sin negar nunca la importancia de los avances científicos, sostenía que comprender una enfermedad mental exigía comprender también el contexto biográfico, familiar y social donde esa experiencia adquiriría significado.

Su humanismo constituía una auténtica posición epistemológica.

Era una forma de entender los límites del conocimiento médico y la necesidad de complementarlo con otras formas de comprensión procedentes de la filosofía, la literatura, la historia o las ciencias sociales.

Una autoridad construida desde la humildad

Los profesionales de Inserción Canaria escribieron que Rafael Inglott era, al mismo tiempo, «la persona más humilde y sabia». Añadían que siempre permanecía del lado de los usuarios y que concedía una importancia especial al trabajo de quienes mantenían una relación cotidiana con ellos. Aquellas palabras resumen con notable precisión una manera de ejercer el liderazgo muy poco frecuente en las organizaciones sanitarias.

Su autoridad no procedía del cargo que ocupaba. Procedía del reconocimiento espontáneo de quienes compartían con él el trabajo diario.

Resulta difícil separar al gestor del clínico, al docente del intelectual o al psiquiatra del ciudadano comprometido. Todas esas dimensiones formaban parte de una misma identidad profesional.

V. Un legado que trasciende una biografía

La dimensión ética del legado

No resulta casual que esta semblanza se publique en un número monográfico dedicado a la ética y los derechos humanos, toda su trayectoria estuvo atravesada por una profunda reflexión ética.

Su forma de entender la psiquiatría descansaba sobre algunas convicciones fundamentales.

La primera era que ninguna enfermedad anula la condición de ciudadano.

La segunda, que la libertad y la autonomía no son premios reservados a quienes recuperan plenamente la salud, sino derechos que deben preservarse incluso en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La tercera, que la calidad científica de una organización sanitaria no puede separarse de la calidad ética de las relaciones que establece con las personas a las que atiende.

Estos principios encuentran hoy una formulación explícita en el paradigma de los derechos humanos.

EPÍLOGO

Rafael Inglott y la construcción de una ética de la comunidad

Al concluir estas páginas resulta inevitable preguntarse qué permanece realmente de una trayectoria profesional cuando desaparece la persona que la hizo posible.

Su legado no puede identificarse únicamente con la transformación del Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria, con el desarrollo de la red comunitaria de salud mental, con la creación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial o con las responsabilidades que desempeñó en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Todas esas realizaciones poseen una enorme importancia histórica, pero representan solamente la expresión visible de una concepción mucho más profunda de la psiquiatría.

La verdadera reforma fue, sobre todo, un cambio de mirada.

Consistió en dejar de contemplar a las personas desde sus limitaciones para empezar a reconocer sus capacidades; dejar de definir las por el diagnóstico para comprenderlas desde su biografía; dejar de preguntarse exclusivamente qué enfermedad padecen para preguntarse también qué vida desean vivir.

En este sentido, la rehabilitación psicosocial representó mucho más que una innovación organizativa. Constituyó una nueva ética de la práctica asistencial.

Su pensamiento evoluciona desde una formulación teórica que se va modulando con la experiencia clínica, la convivencia con personas que permanecían institucionalizadas, el diálogo con las familias y la colaboración con profesionales de disciplinas diferentes.

Y, probablemente, también desde aquella formación humanística que le llevó a descubrir, a través de Thomas Mann, Dostoiévski o Tolstói, que comprender el sufrimiento humano exige siempre aproximarse a la singularidad de cada existencia.

No necesitó construir una escuela alrededor de su figura. Su influencia se difundió de otra manera: formando profesionales, promoviendo equipos, generando instituciones y favoreciendo que otros asumieran responsabilidades.

Las nuevas generaciones de profesionales trabajan en dispositivos cuya existencia les parece natural. Sin embargo, conviene recordar que cada uno de esos recursos fue, en algún momento, una propuesta discutida, luchada, un proyecto incierto o una apuesta contra la inercia institucional.

Mantener viva esta memoria es también una forma de proteger los valores que dieron origen al sistema actual y de evitar que puedan diluirse bajo las presiones organizativas, económicas o culturales del presente.

La salud mental afronta hoy desafíos muy distintos de los que conoció Rafael Inglott: el aumento de la demanda asistencial, la creciente complejidad clínica, las nuevas formas de exclusión social, el envejecimiento, la atención a las personas sin hogar, las tecnologías digitales o la necesidad de incorporar la voz de las personas con experiencia propia en los procesos de planificación y evaluación de los servicios.

La mejor manera de honrar la memoria de Rafael Inglott consiste en continuar desarrollando una psiquiatría abierta a la comunidad, comprometida con los derechos humanos, sustentada en el mejor conocimiento científico disponible y profundamente consciente de que la recuperación sólo es posible cuando las personas encuentran oportunidades reales para participar en la vida social.

CRONOLOGÍA BIOGRÁFICA ESENCIAL

1946 – Nace el 6 de agosto en el barrio de Vegueta, Las Palmas de Gran Canaria.

Primeros años de la década de 1970 – Se incorpora al Servicio de Psiquiatría del Hospital Insular, dirigido por el profesor Luis González Hernández, participando en una de las primeras unidades psiquiátricas de agudos integradas en un hospital general en España.

Década de 1970 – Participa en los inicios de la reforma psiquiátrica en Canarias y en el desarrollo de modelos alternativos al hospital psiquiátrico tradicional.

Década de 1980 – Dirige la Red de Toxicomanías de Gran Canaria.

Finales de la década de 1980 – Es nombrado director del Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria, desde donde impulsa su transformación y la progresiva implantación del modelo comunitario.

1995 – Se consolida la apertura de las Unidades de Salud Mental comunitarias y el desarrollo de la red insular de rehabilitación psicosocial (1998).

Décadas de 1990 y 2000 – Lidera el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial y la creación de centros de rehabilitación, recursos residenciales y programas de integración comunitaria.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín – Desempeña la jefatura del Área de Salud Mental hasta su jubilación.

Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas – Primer director del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).

2019 – Recibe el título de Hijo Predilecto de Las Palmas de Gran Canaria, en reconocimiento a su decisiva contribución a la transformación de la salud mental en Canarias.

25 de julio de 2026 – Fallece en Madrid, pocos días antes de cumplir ochenta años.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Publicaciones y documentos

- Nietzsche, F. Aurora. Meditaciones sobre los prejuicios sociales. Pequeña Biblioteca Calamvs Scriptorivs; Barcelona, 1981.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Informe para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad, 1985.
- Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud. QualityRights Toolkit.
- Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Documentación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria.
- Trabajos de Rafael Inglott sobre salud mental comunitaria y rehabilitación psicosocial.

Fuentes biográficas

- Médicos que dejan huella. Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas (entrevista audiovisual).
- Francisco Rodríguez Pulido. Homenaje a Rafael Inglott. Átopos.
- Conversaciones.”Llegué a la medicina por la literatura”. La Provincia 15 sept 2020
- «La psiquiatría canaria está de luto». La Provincia, julio de 2026.

Consejo Editorial

LECTURAS RECOMENDADAS





Sección WAPR

Compartimos aquí el contenido de los dos últimos Boletines de la WAPR (World Association for Psychosocial Rehabilitation) destacando algunos artículos:



Número 55, [Embracing Hope: A Global Perspective on Recovery and Psychosocial Rehabilitation, WAPR Bulletin, 55](#), hemos publicado y traducido un artículo en en este mismo número de la Revista de Rehabilitación Psicosocial: Resumen del Simposio sobre Prácticas Basadas en Derechos Humanos: “Quality Rights como hoja de ruta para el cambio de paradigma: actualizaciones y ejemplos del Comité de Derechos Humanos de la WAPR”. Alexander W. Smith, MA.

Además dentro de este número recomendamos dos artículos:

- “History, current situation and perspectives of psychosocial rehabilitation services and practices in Spain. Ricardo Guinea (p. 14-24)” https://www.wapr.org/wp-content/uploads/WAPR_Bulletin/WAPR_55/rguinea.pdf
- Personal reflections on the Research into Antipsychotic Discontinuation and Reduction (RADAR) trial: Why it was needed and what it means. Joanna Moncrieff (p. 25-34). https://www.wapr.org/wp-content/uploads/WAPR_Bulletin/WAPR_55/jmoncrieff.pdf



Número 56. Es el último número publicado del Bulletin WAPR del que extraemos su índice de cara a facilitar su acceso y difusión:

- WAPR BULLETIN. PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND RECOVERY WORLDWIDE, 56. <https://www.wapr.org/bulletin-archive/rethinking-mental-health-and-psychosocial-rehabilitation-and-support-among-moving-populations-wapr-bulletin-56/>

Guest Editorial

- *The Space to Say More: Human-Centered Leadership and Peer Mentorship in Global Mental Health and Psychosocial Care.* Gloria Pedersen & Michalis Lavdas.
- WAPR President’s Message (Marianne Farkas).

Articles

- *Providing Mental Health Services across Language Divides: The Training of Trainee Mental Health Practitioners in the Western Cape, South Africa.* Siphesihle Mhlanga et al. (pp. 17–26)
- *Contesting Global Mental Health: Disrupting Knowledge and Power Systems.* Raj Mariwala, Amalina Sengupta & Saniya Rizwan (pp. 27–34)
- *Care for Immigrant Homeless People with Mental Health Disorders from a Cultural Perspective.* Fran Recalde Iglesias (pp. 35–47)
- *Being, Belonging, and Becoming Needs among Older Iranian Immigrants in Sweden.* Mitra Khalafbeigi, Farzaneh Yazdani & Ali Sarkoohi (pp. 48–57)
- *The Collaborative Practice in Clinical Social Worker Education in the Czech Republic.* Vlasta Řezníková & Petr Salamon (pp. 58–62)
- *Open Dialogue: Because It Works or Because It Is Right?* Olga Runciman & Pernille Mørch Jensen (pp. 63–67)

Human Rights And Mental Health

- Developing a Regional Roll-Out Model for the WHO QualityRights Programme in France: Key Learnings from a Three-Year Pilot Project. Julia Faure et al. (pp. 69–80)

Recent Research on Migration

- Esther Ogundipe (pp. 81–83)

Sharing Experiences

- The Dystopia of Survival and the Duty of the Witness. Audrey Mc Mahon (pp. 85–89)
- Commentary: A Message of Hope for the Renewal of Psychosocial Rehabilitation. Angelo Barbato (pp. 90–91)
- Icy Silence. Mahdia Hossaini (pp. 92–97)
- Healing Through Community: A Women-Led, Youth-Led, and IDP-Led Mental Health Response in Sudan. Tayseer Ebrahim (pp. 98–100)
- Reflections from the IHSA Conference: Localisation Beyond Rhetoric. Jean-Baptiste Metz (pp. 101–102)
- The Church Can Also Serve People with Deafblindness. Petr Salamon (pp. 103–104)

Artwork And Organization Presentation

- Føniks Akademi (pp. 105–106)
- A Drop in the Ocean (p. 107)

THE LANCET

Nos ha llegado el Número de Agosto de la Revista Lancet. Extraemos traducidos los enlaces a los contenidos que pueden tener más interés en nuestro campo. Algunos artículos están relacionados con el contenido de este número Monográfico de Rehabilitación Psicosocial (**“Intervenciones para prevenir y reducir las medidas coercitivas en la atención psiquiátrica y residencial para jóvenes: una revisión sistemática de métodos mixtos...”**). Otros afectan directamente a nuestro trabajo en rehabilitación, como el suicidio en jóvenes, la reintegración de los mismos en el sistema académico, etc.

THE LANCET Psychiatry



Agosto de 2026
Volumen 13 Número 8 págs. 627-718, e11
Imagen de portada de Mud

Otro tema importante es la evaluación de resultados, incluyendo la rentabilidad económica de nuestro servicios y programas. En España este tema es un gran agujero negro (ver más abajo: **“Rentabilidad de la inversión en la mejora de los servicios de salud mental primaria para jóvenes en un gran centro urbano canadiense: un estudio de cohorte retrospectivo”**). La gestión y organización de nuestras redes públicas de asistencia requieren de una generosa dosis de racionalización para que el crecimiento cuantitativo (de profesionales y dispositivos) se haga dentro de una estructura orgánica que las articule.

El ocio y las artes gozan de amplios espacios en los programas de rehabilitación. Reseñamos el artículo de opinión **“Similitudes inherentes entre las actividades de ocio basadas en el arte y las terapias psicológicas”** (D. Fancourt, V. Karkou, P. Fonagy). Se defiende que hay una creciente evidencia que demuestra que las actividades de ocio basadas en actividades artísticas —música, artes visuales, danza, escritura creativa y visitas a espacios y espectáculos culturales— pueden producir beneficios psicológicos significativos para las personas con trastornos mentales en diferentes grupos transdiagnósticos. Este artículo, de perspectiva personal, explora cómo la participación en actividades de ocio basadas en artes aborda los procesos cognitivos, emocionales, sociales y conductuales transdiagnósticos fundamentales que subyacen a las afecciones de

salud mental. Se analizaron las similitudes entre las actividades de ocio basadas en las artes y las terapias psicológicas en términos de los principios y procesos centrales activados, así como factores contextuales terapéuticos comunes como las relaciones, las expectativas y la formación de la identidad.

EDITORIAL: [Invertir en los jóvenes da sus frutos.](#)

COMENTARIO

[Invertir tempranamente en la salud mental de los jóvenes: de la promesa a la evidencia poblacional.](#) Marie-Claude Geoffroy, Sylvana M Côté.

[Prevenir lo impensable: muertes por suicidio en estudiantes de educación superior.](#) Ana Duffy.

[Los efectos directos e indirectos de los fármacos antipsicóticos sobre los síntomas negativos.](#) Shiral S Gangadin, Franciska de Beer, Iris EC Sommer.

[El papel de los trabajadores sanitarios comunitarios masculinos en los servicios de salud mental a nivel mundial.](#) Zarmeen Shakil, Félix Teufel, Aisha Khizar Yousafzai.

[Las escuelas en el centro: integrando la salud mental de los adolescentes en el ecosistema educativo.](#) Mina Fazel, Kelly Rose-Clarke.

ARTÍCULOS

[Rentabilidad de la inversión en la mejora de los servicios de salud mental primaria para jóvenes en un gran centro urbano canadiense: un estudio de cohorte retrospectivo.](#) Jai L Shah, Nguyen Xuan Thanh, Shireen Surood, Surya Poudel, Liana Urichuk, Giuseppe D’Andrea, Eric Latimer, Neil Andersson, Patricia Boksa, Ridha Joober, Shalini Lal, Srividya N Iyer, Ashok Malla, Felipe Jacobs

[Características de los estudiantes de educación superior en Inglaterra que fallecieron por presunto suicidio en un solo año académico: un estudio retrospectivo nacional de series de casos.](#) Cathryn Rodway, Su-Gwan Tham, Pauline Turnbull, Nav Kapur, Luis Appleby

REVISAR

[Intervenciones para prevenir y reducir las medidas coercitivas en la atención psiquiátrica y residencial para jóvenes: una revisión sistemática de métodos mixtos.](#) Astrid Moell, Elizabeth Åhsberg, Sofía Enell, María A. Vogel, Sebastián Gabriellsson, Elin Malmer, María Hoppe, Uliana Hellberg

OPINIÓN PERSONAL

[Similitudes inherentes entre las actividades de ocio basadas en el arte y las terapias psicológicas.](#) Daisy Fancourt, Vicky Karkou, Peter Fonagy

Rehabilitación Psicosocial

Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones
de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

www.fearp.org



En colaboración con:

GRUPO 

The logo for GRUPO 5 is located to the right of the word "GRUPO". It consists of a large, stylized number "5" that is white with a red outline. The "5" is designed with a thick, blocky font, and the top bar is slightly curved. The red outline follows the shape of the "5", creating a double-line effect.