

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA
FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

COMUNICACIONES

24 y 25 de noviembre de 2016

Edición a cargo de
Begoña Román, Gloria Cagigal y Josep Maria Esquirol

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 **San Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA

Editat:

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

www.aporia.cat

 **Sant Pere Claver**[®]
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocent.org

Edició a cargo de Begoña Román, Gloria Cagigal y Josep Maria Esquirol

Fecha de edición: Noviembre 2017

ISBN: 978-84-697-7985-9



No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

EL ESTADO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EN EL ÁMBITO DE LA PRÁCTICA DE LA SALUD MENTAL

Francisco José Eiroá

Resumen

En este artículo revisamos el contexto de las diferentes reformas realizadas en los sistemas de salud mental en los últimos 50 años, explicando sus implicaciones para la lucha por los derechos y la ciudadanía de los usuarios de servicios de salud mental. Por último, revisamos el uso y evidencias sobre las prácticas relacionadas con las preferencias, las decisiones compartidas y las voluntades anticipadas. Creemos que, a pesar de la presencia y actividad de los movimientos de usuarios y familiares y del impacto de los diversos procesos de reforma en el campo de la salud mental, los derechos de los usuarios siguen siendo un tema que requiere atención de todos los actores implicados, así como en la sociedad en general.

Palabras clave: salud mental, derechos humanos, ciudadanía, movimiento de usuarios.

El contexto de las reformas del sistema de salud mental

En el campo de la salud mental hay un creciente impulso hacia las prácticas participativas donde los usuarios de servicios van ganando protagonismo. Además de la apertura de los contextos asistenciales a estos enfoques, los movimientos en primera persona (formados por personas con experiencia propia de trastorno), activos a nivel internacional sobre todo desde la década de los 60, han facilitado procesos como la Desinstitucionalización Psiquiátrica, destinada a humanizar la psiquiatría y la atención en salud mental o la implementación del modelo de Recuperación, enfocado en la participación de usuarios y familiares.

La llamada *Reforma Psiquiátrica* consistió en una serie de medidas que se empezaron a tomar a nivel de políticas públicas destinadas a transformar o cerrar los grandes hospitales psiquiátricos, creando recursos para la comunidad, que pasaron a integrar la atención en salud mental en la sanidad general (Vázquez-Barquero & García, 1999). Durante las décadas de los años 70 y 80, varios países siguieron la

acción pionera de Italia, Estados Unidos y el Reino Unido; modificando su legislación con el objetivo de mejorar los derechos de los usuarios, promoviendo su integración en la comunidad. Sin embargo, si bien la acción de usuarios y familiares organizados hicieron visible el problema y desencadenaron diversas medidas políticas, las decisiones estratégicas de las reformas fueron llevadas a cabo por administradores públicos, cuya distancia de la realidad puede explicar algunos de sus fracasos. Aunque la desinstitucionalización fue sin duda una reforma positiva, también causó en muchos países un aumento de la población sin hogar con trastornos mentales (Lamb, 1984) y su implementación en contextos no occidentales ha sido en muchos casos un rotundo fracaso (Shek & Pietilä, 2016).

En el contexto de la Reforma Psiquiátrica surge el paradigma asistencial de la *Salud Mental Comunitaria* que busca promover la creación de espacios de rehabilitación psicosocial cerca o incluso dentro de la comunidad. La orientación comunitaria entiende que la responsabilidad de la sanidad pública no sólo debería ser la reparación del daño o el control de epidemias, sino también el hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de las demandas de quienes acuden a consultar, pero también de los que no. La medicina se integra como una rama más de la salud pública y la psiquiatría y la psicología clínica como parte de la salud mental pública. Este paradigma busca ir más allá de la mera asistencia clínica, proyectándose en la comunidad para tratar de producir cambios positivos en sus instituciones y en la comunidad misma. Estos esfuerzos de integración en la vida de las personas se hacen a fin de modificar los factores que predisponen y mantienen la enfermedad, posibilitando un mayor bienestar o al menos proveyendo de la información necesaria para una vida más saludable. Se pretende que la prevención y promoción de la salud mental esté integrada la prevención secundaria y la rehabilitación (Desviat & Moreno, 2012). Aparte de su acercamiento a las necesidades y espacios de la población, el enfoque comunitario apostó por la participación activa de la ciudadanía en las políticas, los servicios y los tratamientos de salud mental. Son diversos los proyectos que en la actualidad intentan integrar la atención primaria, la salud mental y el resto de servicios comunitarios, como centros

cívicos, colegios o comercios en pueblos y barrios. En nuestro contexto, la Generalitat de Cataluña ha comenzado un ambicioso proyecto de unificación de atención primaria y de salud mental (Direcció General de Planificació en Salut, 2016).

Más recientemente, surgen conceptos como resiliencia (Kobasa, 1979; Rutter, 1985), empoderamiento (Chamberlin, 1997; Swift & Levin, 1987) o recuperación (Anthony, 1993; Deegan, 1988). Mientras que el concepto de resiliencia ayudó al avance de un modo de atención enfocada a la salud mental positiva y la prevención, el concepto dinámico de empoderamiento, precedido por los debates sobre el poder del estamento médico fomentados por las obras de Foucault, inició la reflexión sobre las distancias de poder entre usuarios y profesionales y como estos últimos debían ser conscientes de esta distancia para cambiar su manera de trabajar y potenciar la autonomía de los primeros.

En cuanto al tercer concepto, la recuperación, fue inicialmente mencionado por autores que participaban en el movimiento norteamericano de usuarios (Houghton, 1982). La recuperación fue definida como una experiencia personal y subjetiva que no implica curación sino un proceso de esperanza y creación de nuevos significados. De este modo, se hacía una distinción con el concepto de rehabilitación, que estaría más relacionado con los servicios y tecnologías que facilitan la adaptación de personas con discapacidades físicas o psíquicas (Deegan, 1988). A principio de la década de los 90 el concepto se convierte en un modelo y es propuesto como una estrategia de cambio en salud mental pública (Anthony, 1993). A finales de la década de los 90 se produce una adopción formal del modelo por parte de la administración estadounidense de Bill Clinton a través del Informe del Cirujano General sobre Salud Mental (Satcher, 2000).

El modelo de recuperación enfatiza la participación de los usuarios y sus familias en la planificación de servicios y la promoción de la recuperación no como un resultado clínico, sino como un proceso de cambio mediante el cual los individuos pueden mejorar su salud y bienestar, viviendo vidas autónomas con apoyo para alcanzar su máximo potencial (*Substance Abuse and Mental Health Services*

Administration, 2012). La introducción de este modelo en los Estados Unidos tuvo un claro impacto en la política y práctica de la atención de salud mental. La práctica del concepto de recuperación pronto se extendió al resto del mundo anglosajón, especialmente al Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia y Canadá, así como a otros países desarrollados con fuerte presencia del movimiento de usuarios que acompañó el proceso (Ramon, Healy, & Renouf, 2007). Aunque la expansión internacional del movimiento de la Recuperación ha sido limitada en la práctica hospitalaria, su impacto en las prácticas de rehabilitación comunitaria ha ayudado a la adaptación de los servicios a las necesidades derivadas de la desinstitucionalización psiquiátrica, como el aumento de riesgo de exclusión social.

Tal vez uno de los mayores logros y características del movimiento haya sido apoyar la participación de algunos usuarios como “técnicos”, “agentes”, “especialistas” o “mentores” con experiencia propia, y su influencia en la reforma del sistema de atención en salud mental (Davidson, 2016). Esta nueva figura profesional ha tenido un gran nivel de adaptación en el mundo anglosajón y germanoparlante donde ejercen dentro del sistema oficial de atención en salud mental. En nuestro entorno, el proyecto Emilia (del inglés *Empowerment of Mental Illness service users: Lifelong learning, Integration and Action*) una colaboración de 10 países iniciada en 2005, fue el primer proyecto a gran escala con presencia en España. El proyecto estaba sobre todo enfocado a la formación incluyendo talleres multifamiliares, redes de soporte y planes de desarrollo personal (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer, y Flores, 2010). Más recientemente, la federación Andaluza *En primera Persona* participó en un consorcio europeo dedicado a la unificación de prácticas de formación de *agentes de apoyo mutuo* (Christie et al., 2015). En Cataluña el Plan Director de Salud Mental y adicciones para el período 2017-2020 incluye un plan para la incorporación de personal de apoyo entre iguales en el sistema sanitario catalán y en consonancia, la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona – VEUS, está desarrollando un modelo de formación de formadores en apoyo entre iguales. Otros lugares como Castilla La

Mancha también están desarrollando actividades formativas e implementaciones piloto de estas figuras de apoyo mutuo y acompañamiento entre iguales.

Las estrategias de implementación también han incluido cambios de creencias y actitudes de los profesionales de la salud mental. Esto implica actividades "de arriba hacia abajo", tales como actividades de formación continuada dirigidas a profesionales (Mabe et al., 2016), impartidas a veces por personas con experiencia propia (Simpson, 2002), además de cambios organizacionales impulsados por gerentes y administradores públicos. Por otro lado, los procesos de abajo hacia arriba, como la participación de usuarios en el diseño de planes de implementación de actividades de recuperación en ámbitos asistenciales (Park et al., 2014), también han sido fundamentales, no solo por su aporte al proceso, sino por mantenerlo fiel a sus principios fundacionales. Sin embargo, esto parece no haber sido siempre de este modo, por lo que se ha criticado la "colonización" de sus conceptos.

El movimiento *La Recuperación en la papelera* (*Recovery in the Bin*) acusa a los encargados de la implementación del modelo de la Recuperación en el Reino Unido de utilizar el concepto de un modo similar al de enfermedad, validando indicadores basados en una muy acrítica psicología positiva, o distinguiendo personas con historias de recuperación "exitosas" que serían "mejores" mentores expertos en recuperación. Esta lógica neoliberal de éxito versus fracaso habría aprovechado los valores de empoderamiento y apoyo mutuo para justificar el recorte de servicios y culpar a las personas de sus propios problemas psicosociales. De este modo, el movimiento entiende que se han retorcido los conceptos, ya que el apoyo mutuo ha servido para justificar recortes en personal argumentando que las personas se pueden ayudar entre sí sin la ayuda de profesionales. Por otro lado, el empoderamiento, en lugar de fomentar una reflexión crítica sobre el uso del poder por parte de los profesionales sanitarios, se habría utilizado para individualizar la enfermedad, ya que se habría argumentado que las personas deben ser capaces de hacerse cargo de su propia recuperación. Por estas razones, los análisis críticos que apuntan a apoyar la autonomía, el empoderamiento y la plena ciudadanía de las

personas con problemas de salud mental, siguen siendo un tema de discusión donde parece haber más grises que los que podría parecer a primera vista (Thomas, 2016).

La lucha por los derechos y la ciudadanía en el ámbito de la salud mental

En 2006 se promulga la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, que incluye a las personas con discapacidades derivadas de trastornos mentales. Este documento, a pesar de no introducir nuevos derechos, reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen una discapacidad en sí misma y obliga a trabajar para reducir el estigma a través de legislación específica que los estados firmantes se comprometen a cumplir. Las personas con discapacidad aparecen como personas autónomas, sujetos de derechos y con derecho a la participación a través de apoyos. Se emplaza a los estados a facilitar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, el respeto a sus derechos y a garantizar que no sean discriminadas.

Un elemento importante es el Artículo 8, que obliga a fomentar la toma de conciencia por parte de la sociedad en su conjunto, incluyendo a las propias personas con discapacidad. Esto implica ya no solo que se haya de articular legislación específica, sino que se ha de visibilizar que la discriminación de las personas con discapacidad es un problema social de gran envergadura. Por lo que respecta al ámbito sanitario, el artículo 14 sobre la libertad y seguridad de la persona y el 17 sobre la integridad física y mental, pone en duda los tratamientos e ingresos obligatorios y las medidas coercitivas. Del mismo modo, el artículo 21 sobre libertad de expresión y de opinión y acceso a la información, pone en duda las prácticas realizadas sin consentimiento informado.

En este ambiente proclive a las reivindicaciones, la lucha por los derechos de las personas diagnosticadas con un trastorno mental se convirtió en un objetivo clave del movimiento de salud mental "en primera persona". La convención supuso un espaldarazo a muchas de las reivindicaciones históricas del movimiento. En el Estado Español, las asociaciones y federaciones dirigidas por personas con experiencia de trastorno (como las federaciones *Veus* en Cataluña o *En Primera*

Persona en Andalucía, además de asociaciones en otros muchos territorios) o en conjunto con familiares de personas diagnosticadas (*Confederación Salud Mental España*, antigua Federación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental, FEAFES), han ido tomando este documento como una herramienta de trabajo en los últimos años. En este sentido, las propuestas de modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre la figura del tratamiento ambulatorio involuntario, impulsadas por parte de FEAFES al principio del milenio, habían creado controversias, ya que el movimiento de usuarios (y una parte del de familiares) se opuso.

Sin embargo, el intento llevado a cabo en el año 2012 por el gobierno del Partido Popular de introducción de medidas especiales en el Código Penal, justificadas por la presunta peligrosidad social de las personas con un trastorno mental, produjo una respuesta unánime de los movimientos de familiares y usuarios de servicios de salud mental. Del mismo modo, actualmente existe acuerdo y unidad de acción de ambos movimientos en campañas contra el estigma como *Obertament* en Cataluña y *1decada4* en Andalucía, así como en la necesidad de reducir o eliminar las contenciones mecánicas y otras medidas coercitivas en las unidades de salud mental.

Para la consecución de estos objetivos relacionados con los derechos de los usuarios de servicios de salud mental, el movimiento en primera persona a nivel internacional considera capital la capacitación de personal en primera persona en forma de agentes de apoyo entre iguales, así como la realización de actividades de concienciación y formación continuada de profesionales de salud mental. Como hemos visto en el anterior apartado, esto conecta con los principios fundacionales del movimiento de la Recuperación. En este sentido, muchos de los grupos que imparten formación a moderadores de grupos de apoyo mutuo también realizan diferentes actividades de sensibilización para profesionales de la salud mental. Estas dos actividades se entienden de manera conjunta ya que, en un contexto de implementación parcial del modelo de Recuperación, muchos profesionales todavía no actúan en consonancia con la Convención y la incorporación de personal de

apoyo entre iguales sólo tiene sentido si los profesionales de la salud mental están motivados para aceptar a este personal e integrarlo en las actividades asistenciales. En el contexto catalán, estas acciones de formación y sensibilización incluyen la formación de residentes en psiquiatría, medicina forense, psicología clínica y enfermería (MIR, PIR y EIR). Además, la federación Veus y sus asociaciones han conseguido una actividad de formación denominada "Más allá de la recuperación, hacia una atención en salud mental basada en derechos". Esta actividad se ofrece a los profesionales de la salud mental independientemente de su nivel de experiencia, orientación o lugar de trabajo.

Por otro lado, la reducción de coerciones, sobre todo de contenciones mecánicas, requiere una estrecha colaboración y apoyo de los responsables de la formulación de políticas. La inclusión en espacios de decisión sobre estas temáticas de representantes de los movimientos de usuarios y familiares confirma la voluntad de incluir a todas las voces en el proceso. En Cataluña, a raíz de una serie de reuniones realizadas en el contexto del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones iniciadas en 2016, la reducción de medidas coercitivas se ha articulado a través del Servicio de Promoción de la Seguridad del Paciente del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. En el grupo de trabajo se incluye también la reducción de contenciones mecánicas en menores y adultos mayores en diferentes contextos restrictivos. Recientemente, la Federación Veus compareció ante la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña para explicar este proyecto que pretende eliminar las contenciones mecánicas en todos los centros de salud mental de Cataluña antes de 2025 a través de acciones de formación y transformación organizacional basadas en la literatura especializada reciente (Eiroa-Orosa, 2017; Goulet, Larue, & Dumais, 2017).

En todas estas acciones se trabaja sobre el marco de la ciudadanía. Es decir, se trabaja bajo la idea de que el fin último es que las personas con problemas de salud mental sean consideradas ciudadanos de pleno derecho. Se considera que no es posible una recuperación real si no se toma en cuenta a todas las personas como ciudadanos plenos con derecho a elegir su propio camino. El objetivo es mejorar los

derechos de las personas con trastornos de salud mental, aumentando la responsabilidad que tienen sobre sus vidas, permitiéndoles asumir roles significativos y facilitando su acceso a recursos que les permitan ser miembros íntegros y valorados de sus comunidades y de la sociedad civil en condiciones de igualdad.

Preferencias, decisiones compartidas y voluntades anticipadas

El campo de la bioética ha resaltado la importancia de respetar y promover la autonomía de todos los usuarios y ha desarrollado un gran debate sobre las preferencias y la toma de decisiones compartidas sobre aspectos significativos del tratamiento (Chewning et al., 2012). Reconociendo esta importancia, algunos autores de medicina legal están promoviendo el paso del “consentimiento informado” a la “participación informada” sobre alternativas terapéuticas (Kottow, 2007). Por otro lado, también se habla de planificación anticipada de decisiones (Srebnik & Fond, 1999). Estos procedimientos incluyen la creación de documentos donde la persona afectada puede comunicar de manera anticipada sus preferencias sobre el tratamiento en caso de que no le sea posible manifestarlas en una futura situación de crisis. En el Estado Español actualmente existe una guía de apoyo elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Suess, Tamayo Velázquez, & Bono del Trigo, 2015) y el Comité de Bioética de Cataluña está ultimando un documento marco para integrar el procedimiento en la práctica clínica cotidiana.

A pesar de todas estas iniciativas desarrolladas o apoyadas por los movimientos de usuarios y familiares, la realidad es que hoy en día todavía no se contemplan de manera sistemática las preferencias de los usuarios para la toma de decisiones compartidas sobre los tratamientos en el ámbito de la salud mental (Drake, Cimpean, & Torrey, 2009). Es importante señalar que, además de constituir un imperativo ético, el fomento de las preferencias y decisiones compartidas ha sido objeto de escrutinio empírico en la medicina en general y la salud mental en particular (Slade, 2017). En el caso de la psiquiatría, por ejemplo, a pesar de que los tratamientos farmacológicos siguen siendo los preferidos por los profesionales

médicos, un metaanálisis evidencia la preferencia de los usuarios por tratamientos psicológicos por encima de farmacológicos (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013). En cuanto a la efectividad clínica, un estudio muestra que respetar las preferencias de los usuarios con depresión en cuanto a la preferencia por el uso de fármacos o psicoterapia mejora los resultados independientemente de la dirección de la elección (Mergl et al., 2011). Estos resultados se replican en el ámbito de las preferencias por los focos de tratamiento dentro de la psicoterapia (Goates-Jones & Hill, 2008). Además de mejorar los resultados, parece que el respeto por las preferencias de los usuarios aumenta la satisfacción y la adherencia al tratamiento (De las Cuevas, De Rivera, & Peñate, 2014; Joosten et al., 2008).

Sin embargo, a pesar de estos buenos resultados, las barreras actitudinales y organizativas impiden la implementación de este tipo de prácticas (Coulter, 2017). Es evidente que la implementación de estrategias de toma de decisiones compartidas choca frontalmente con la filosofía de recortes sanitarios que empuja a las organizaciones a tener un control de la productividad de los clínicos en forma de número y duración de las consultas cada vez más exigente. Si los profesionales de la salud mental son objeto de este tipo de presiones que cosifican su identidad profesional, es fácil entender que ellos mismos hagan clínica de una manera menos humana.

A pesar de todo, la percepción de los usuarios de servicios de salud mental es todavía a veces negativa, tal y como muestran los resultados de un estudio cualitativo realizado por nuestro grupo de investigación (Eiroa-Orosa & Porxas Roig, 2017; Pérez-Pérez & Eiroa-Orosa, 2017). En una serie de grupos focales llevados a cabo en el contexto del presente proyecto, se visualizaba cómo muchos usuarios y familiares tenían la sensación de que se les ocultaba información, que no se respondía a preguntas concretas sobre el tratamiento, el diagnóstico y sus efectos, o bien que no se les ofrecían alternativas. La información es muy escasa en los ingresos involuntarios, donde la información sobre la medicación es un elemento completamente ausente. Además, este tipo de intervenciones son vividas de una manera muy traumática por la mayoría de las personas que los han sufrido. Los

familiares reconocen ser conscientes de que en algunas situaciones se podían estar limitando la autonomía de sus parientes, pero lo entendían como una situación inevitable en el contexto de una crisis agudizada por los escasos recursos y apoyos de acompañamiento actual que les ofrece el sistema.

Muchos profesionales reconocen estos extremos, pero también señalan sus dificultades para cambiar las rutinas. El personal clínico suele comentar que, a pesar encontrarnos en un momento de cambio hacia un modelo asistencial centrado en la persona y basado en relaciones más simétricas, el modelo paternalista todavía pervive en la asistencia psiquiátrica. Esto se percibe como la barrera más significativa para el empoderamiento y la construcción de una conciencia de la titularidad de derechos entre usuarios de servicios de salud mental. Esta conciencia, a diferencia de lo que se asume habitualmente, es esencial para que los derechos sean reclamados ya que en ausencia de conciencia, muchas personas dan por hecho que ciertos tratos abusivos son parte necesaria del tratamiento.

Por el contrario, aquellos usuarios que habían participado en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuya opinión había sido tenida en cuenta por el profesional que les atendía, valoraban muy positivamente este hecho, se sentían empoderados a la vez que aumentaba la confianza en los profesionales referentes. Nuestra percepción es que mientras que en ciertos contextos, especialmente aquellos relacionados con la atención comunitaria, hay una gran apertura a una actitud horizontal y de respeto a las preferencias. Sin embargo, en los contextos más restrictivos, como la hospitalización ya sea de urgencia, de corta o de larga estancia; la actitud imperante está influenciada por una visión biomédica que se relaciona con una actitud paternalista derivada de una valoración insuficiente de la importancia de la experiencia subjetiva de malestar psicológico.

Conclusiones

A pesar de la presencia y actividad de los movimientos de usuarios y familiares, y los diversos procesos de reforma en el campo de la salud mental, los derechos de los usuarios siguen siendo un tema que exige atención. Desde el

movimiento en primera persona creemos que es fundamental nuestra presencia en espacios de decisión, así como en la práctica diaria de la salud mental, tanto en ámbitos comunitarios, más proclive a tener en cuenta la importancia de la experiencia propia y las preferencias personales, como en el ámbito hospitalario, más reacio en general a incluir a los usuarios en los ámbitos de decisión.

Agradecimientos

Queremos agradecer el trabajo conjunto realizado por todas las personas que participan en el proyecto de derechos en el que se engloba este artículo. Este proyecto se desarrolla dentro de una colaboración de las Universidades de Barcelona y Yale financiada por un contrato Marie Sklodowska-Curie (acuerdo número 654808) y ha sido galardonado con un premio de la fundación Víctor Grífols i Lucas. Además, se realiza en colaboración con la Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona que cuenta con apoyo del Ayuntamiento y Diputación de Barcelona, los Departamentos de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y de Salud de la Generalitat de Cataluña, La Obra Social La Caixa y La Filadora.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY, W. A. “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23, 1993. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- CHAMBERLIN, J. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43–46, 1997.
- CHEWNING, B., BYLUND, C. L., SHAH, B., ARORA, N. K., GUEGUEN, J. A., & MAKOUL, G. “Patient preferences for shared decisions: A systematic review”. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9–18, 2012. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- CHRISTIE, L., SMITH, L., BRADSTREET, S., ORIHUELA, T., CONDE, H., MARCOS, S., ... TASCAU, L. *Peer2peer. Curso de formación profesional*. Edimburgo, Escocia: SRN, Fundación INTRAS, EASP, En Primera Persona, Pro mente Oberösterreich, LRPSM, 2015.

- COULTER, A. “Shared decision making: everyone wants it, so why isn’t it happening?” *World Psychiatry*, 16(2), 117–118, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1002/wps.20407>
- DAVIDSON, L. “The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life”. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097, 2016. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- DE LAS CUEVAS, C., DE RIVERA, L., & PEÑATE, W. “To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making?” *Patient Preference and Adherence*, 1547. 2014. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.2147/PPA.S73029>
- DEEGAN, P. E. “Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19, 1988.
- DESVIAT, M., & MORENO, A. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.
- DIRECCIÓ GENERAL DE PLANIFICACIÓ EN SALUT. *Atenció primària i salut comunitària: Una nova orientació per a l’atenció primària de salut*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2016.
- DRAKE, R. E., CIMPEAN, D., & TORREY, W. C. “Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine”. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455–63, 2009.
- EIROA-OROSA, F. J. *Recopilación de argumentos sobre la reducción de contenciones mecánicas y comentario desde la literatura científica reciente*. Barcelona, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11833.98409>
- EIROA-OROSA, F. J., & PORXAS ROIG, M. À. “Más allá de la recuperación: Hacia una atención en salud mental basada en derechos”. En *Sujet_s a lo social, XXVII Jornadas de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental* (pp. 381–389). Madrid: Asociación Madrileña de Salud Mental, 2017.
- GOATES-JONES, M., & HILL, C. E. “Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift”. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 61–74, 2008. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.61>
- GOULET, M.-H., LARUE, C., & DUMAIS, A. “Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review”. *Aggression and Violent Behavior*, 31(6), 413–424, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- HOUGHTON, J. F. First Person Account: Maintaining Mental Health in a Turbulent World. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 548–552, 1982. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.548>
- JOOSTEN, E. A G., DEFUENTES-MERILLAS, L., DE WEERT, G. H., SENSKY,

- T., VAN DER STAAK, C. P. F., & DE JONG, C. A. J. “Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219–26, 2008. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1159/000126073>
- KOBASA, S. C. “Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11, 1979. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- KOTTOW, M. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Bogotá: UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2007.
- LAMB, H. R. “Deinstitutionalization and the homeless mentally ill”. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(9), 899–907, 1984. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1176/ps.35.9.899>
- MABE, P. A., ROLLOCK, M., DUNCAN, G. N., MABE, A. P., ROLLOCK, M., & DUNCAN, G. N. “Teaching Clinicians the Practice of Recovery-Oriented Care”. En N. N. SINGH, J. W. BARBER, & S. VAN SANT (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 81–97). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. *Disponible en línea:* https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_4
- MCHUGH, R. K., WHITTON, S. W., PECKHAM, A. D., WELGE, J. A., & OTTO, M. W. “Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review”. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602, 2013. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- MERGL, R., HENKEL, V., ALLGAIER, A.-K., KRAMER, D., HAUTZINGER, M., KOHNEN, R., ... HEGERL, U. “Are Treatment Preferences Relevant in Response to Serotonergic Antidepressants and Cognitive-Behavioral Therapy in Depressed Primary Care Patients Results from a Randomized Controlled Trial Including a Patients’ Choice Arm”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 39–47, 2011. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1159/000318772>
- PALOMER, E., IZQUIERDO, R., LEAHY, E., MASFERRER, C., & FLORES, P. “El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia”. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109–123, 2010. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.4321/S0211-57352010000100006>
- PARK, M. M., ZAFRAN, H., STEWART, J., SALSBERG, J., ELLS, C., ROULEAU, S., ... VALENTE, T. W. “Transforming mental health services: a participatory mixed methods study to promote and evaluate the implementation of recovery-oriented services”. *Implementation Science*, 9, 119, 2014. *Disponible en*

- línea: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0119-7>
- PÉREZ-PÉREZ, B., & EIROA-OROSA, F. J. *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona, 2017.
- RAMON, S., HEALY, B., & RENOUF, N. Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108–122, 2007. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1177/0020764006075018>
- RUTTER, M. “Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder”. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611, 1985. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- SATCHER, D. “Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary”. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 5–13, 2000. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1037//0735-7028.31.1.5>
- SHEK, O., & PIETILÄ, I. “The Limits for Deinstitutionalization of Psychiatry in Russia: Perspectives of Professionals Working in Outpatient Mental Health Services”. *International Journal of Mental Health*, 45(2), 118–134, 2016. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1156943>
- SIMPSON, E. L. “Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review”. *BMJ*, 325(7375), 1265–1265, 2002. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265>
- SLADE, M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146–153, 2017. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- SREBNIK, D. S., & FOND, J. Q. LA. “Advance Directives for Mental Health Treatment”. *Psychiatric Services*, 50(7), 919–925, 1999. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.919>
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *SAMHSA's Working Definition of Recovery*, 2012.
- SUESS, A., TAMAYO VELÁZQUEZ, M. I., & BONO DEL TRIGO, Á. *Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.
- SWIFT, C., & LEVIN, G. Empowerment: An emerging mental health technology. *The Journal of Primary Prevention*, 8(1–2), 71–94, 1987. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1007/BF01695019>
- THOMAS, P. Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. *Self & Society*, 0(0), 1–12, 2016. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/03060497.2016.1192905>
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., & GARCÍA, J. “Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain”. *European Archives of Psychiatry and Clinical*

Neuroscience, 249(3), 128–135, 1999. *Disponible en línea:*
<https://doi.org/10.1007/s004060050077>

Editado
en Barcelona,
en noviembre de 2017.

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA