



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Asociación Española de Neuropsiquiatría
LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DENEUROPSIQUIATRÍA HACE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN EN
CONTRA DEL USO CLÍNICO Y LEGAL DEL LLAMADO SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 30, núm. 107, septiembre, 2010, pp. 535-
549
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019473013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA HACE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN EN CONTRA DEL USO CLÍNICO Y LEGAL DEL LLAMADO SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL¹.

Es un hecho reconocido la frecuencia y complejidad creciente de los casos de litigio legal, tras separación o divorcio, por la custodia de un menor. Esas situaciones de litigio por el poder en la relación a través de la custodia del menor, colocan al niño en un conflicto de lealtades y pueden desembocar, si no se trabajan adecuadamente, en situaciones que menoscaban la salud mental del niño/a.

Es en estos casos donde se hace más necesario y urgente el trabajo coordinado y basado en criterios comunes, de los profesionales de salud mental y los profesionales de la justicia.

La esencia del llamado síndrome de alienación parental, según el autor que lo inventó y le dio el estatus de síndrome “médico” (Gardner, 1985), se refiere a la “programación” o “lavado de cerebro” hecho por un progenitor sobre el niño, con el fin de “denigrar” y “vilipendiar” al otro progenitor (añadiéndose elaboraciones “construidas” por el propio menor) y así justificar la resistencia del niño/a a mantener una relación con dicho progenitor, al cual se define como alienado.

En los últimos años en España, lo mismo que en otros países de nuestro entorno, se ha ido infiltrando en las sentencias judiciales bajo la supuesta rúbrica científica del SAP argumentos para cambios de custodia u otras acciones legales de enorme repercusión para el niño y la familia; argumentos sin embargo no aceptados por una amplia mayoría de profesionales de salud mental.

Creemos que el éxito que ha tenido el término en el campo judicial se debe a que da una respuesta simple (y simplista) a un grave problema que preocupa y satura los juzgados de familia, facilitando argumentos pseudo-psicológicos o pseudo-científicos (Escudero, Aguilar y de la Cruz, 2008 a, b) a los abogados de aquellos progenitores litigantes por la custodia de sus hijos. Esta explicación puede ayudar

¹ Y otros términos bajo los cuales se reproducen los mismos contenidos y las orientaciones prácticas del SAP: “La utilización del llamado “Síndrome de Alienación Parental” (en adelante, SAP), o la de una *denominación alternativa pero con la misma virtualidad*, para explicar y tratar de solucionar los problemas de relación entre padre e hijos tras una situación de crisis matrimonial -una de las reacciones referidas- es una preocupante realidad cada vez más común”. Guía de Criterios de Actuación Judicial Frente a la Violencia de Género del Consejo General del Poder Judicial de 2008.

a entender por qué ha sido aceptado, pese a su falta de rigurosidad, sin apenas cuestionamientos.

El riesgo actual de que tal “construcción de la realidad” se infiltre también en los sistemas diagnósticos internacionales, como el DSM V, ha hecho que muchas asociaciones y profesionales de diferentes países se pronuncien en contra de este supuesto.

En opinión de la AEN

Las bases sobre las que **se construye el “castillo en el aire” del SAP** corresponden a la descripción que hace R. Gardner en 1985 basándose en sus opiniones personales y en autocitas. En uno de sus artículos considerados “seminales”, de 16 referencias bibliográficas, 15 corresponden a auto-citas de trabajos del propio Gardner (2004).

El SAP supone un **grave intento de medicalizar lo que es una lucha de poder** por la custodia de un hijo. Se pasa así, a explicar las complejas dinámicas de interacción familiar en base a la “programación” del niño que hace el cónyuge denominado “alienador” con objeto de denigrar al cónyuge “alienado”. Supone un abuso de la utilización de lo “psiquiátrico-psicológico” que evita, así, considerar el papel que también juega en el conflicto el cónyuge que es considerado “víctima” del “alienador”. Tampoco busca otras explicaciones como puede ser una reacción esperable o justificada del niño después de una separación parental, que en la mayoría de los casos en los que no hay violencia familiar, suele resolverse pasado un tiempo.

El **sesgo de género** en las descripciones del SAP es innegable. La mayoría de los cónyuges “alienadores” son en su opinión “mujeres que odian a los hombres”. Cualquier intento de estas por rebelarse ante el riesgo de retirada de custodia de su hijo, se convierte en nuevas pruebas de la alienación y de la programación a que someten al hijo. Por otra parte cualquier intento de protesta del niño o niña se convierte, por mor de los criterios diagnósticos que Gardner inventó, en nuevos síntomas de su programación. Incluso los terapeutas que argumentan en contra del SAP se convierten también, según Gardner, en sujetos vulnerables a la programación que entran a formar parte de una especie de “*folie à trois*”, en palabras del propio Gardner (1999). Es decir, en contra de cualquier planteamiento científico, el SAP se construye de modo que nunca pueda ser refutado porque cualquier intento de refutación lo convierten, por sí mismo en verdadero.

Se desoyen con base al SAP las protestas o acusaciones del niño (y de la madre) de maltrato o abuso. Aunque Gardner especifica que en caso de abuso

no se debe de diagnosticar de SAP, el riesgo de dejar a un niño cuyas quejas son descalificadas y no escuchadas por considerarlas producto de una programación, en manos de un progenitor maltratador es muy alto. A ello se suma el que los intentos de proteger al niño por parte del otro progenitor se convierten en mentiras y nuevos intentos de “programación”. Se deja en manos de un potencial maltratador a un niño aislándolo de su único vínculo de protección. Por el lado contrario, se ha demostrado por el propio Consejo General del Poder Judicial tras un minucioso estudio de 530 resoluciones, que de todas estas, sólo una - en la que es la propia mujer quien niega la veracidad de su primer testimonio- podría tipificarse como denuncia falsa. Según el CGPJ, con base a dicho estudio (2009) esto demuestra que las supuestas denuncias falsas por violencia de género constituye un “mito” (13 de octubre de 2009).

La “terapia” que propone Gardner para acabar con la supuesta “programación” y que él mismo denominó “**terapia de amenaza**” cierra cualquier salida a un niño/a víctima de abusos de escapar de la situación temida. Amenazar con encarcelar o quitar las visitas al cónyuge (usualmente la madre) con quien el niño tiene el vínculo más estrecho, fuerza a la niña/o a aceptar la relación con el progenitor litigante

Con base en lo anterior la AEN concluye

Que el SAP tal y cómo lo inventó Gardner no tiene ningún fundamento científico y si entraña graves riesgos su aplicación en la corte judicial

La AEN recomienda

Que las complejas y con frecuencia violentas, o cuanto menos altamente conflictivas dinámicas familiares que abocan en un litigio por la custodia de un menor, tienen que ser estudiadas específicamente es decir, caso por caso.

Que el profesional de salud mental no puede ocupar el papel de dictar la verdad o falsedad de un asunto, aspecto que corresponde al juzgado. Pero que a un tiempo, en los juzgados no deben emplearse por los equipos técnicos adscritos, y si son requeridos, por profesionales de salud mental, constructos tales como los contenidos en el SAP (ya sea bajo esta rúbrica terminológica u otra) por su origen conceptual retórico más en ningún caso científico, y por ello con un enorme potencial de daño sobre menores y adultos privados de toda posibilidad de defensa (pues

siendo “diagnosticados” todo intento de defensa se convierte en autoconfirmación del diagnóstico asignado).

Que los argumentos que los profesionales de salud mental les aportemos a los profesionales de justicia deben basarse en literatura científicamente contrastada y no en meras repeticiones de recetas simplistas de un caso extrapolado a otro.

Que se haga una difusión en círculos profesionales de salud mental y de justicia sobre cómo se llegó a la construcción de este supuesto síndrome, de las graves consecuencias de su aplicación y de las recomendaciones de trabajo coordinado entre campos profesionales de la salud mental y de la justicia.

Dada la tradición de la propia AEN y su capital humano de profesionales y conscientes del riesgo de que conceptos pseudocientíficos como el aquí abordado proliferen merced a intereses diversos, ajenos justamente al de salud mental, recomendamos y ofertamos dicha capacidad para constituir un grupo de trabajo que pueda profundizar en el tema desde un punto de vista profesional.

25 de marzo de 2010

La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Documento de la AEN: *La construcción teórica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de su aplicación.* (2008). ESCUDERO, A.; AGUILAR, L. Y DE LA CRUZ, J. (Dir.).[Artículo en línea]. Obtenido de http://www.aen.es/biblioteca-ydocumentacion/documentos-e-informes-de-la-aen/doc_details/52-la-construccionteorica-del-sindrome-de-alienacion-parental-de-gardner-sap. (Asoc. Esp. Neuropsiq.)
- (2) ESCUDERO, A., AGUILAR, L., DE LA CRUZ, J. (2008). La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 28, 102, 83-305.
- (3) Guía de Criterios de Actuación Judicial Frente a la Violencia de Género. (2008). Consejo General del Poder Judicial.
- (4) GARDNER, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum*, 29, 2, 3-7.
- (5) GARDNER, R. A. (1999). Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 195-212.
- (6) GARDNER, R. A. (2004). The relationship between the Parental Alienation Syndrome (PAS) and the False Memory Syndrome (FMS). *The American Journal of Family Therapy*, 32, 79-99.
- (7) Grupo de expertos y expertas en violencia doméstica y de género del CGPJ. (2009). *Estudio sobre la aplicación de la Ley integral contra la violencia de género por las Audiencias Provinciales*. Obtenido de <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpcgpcgpc/observatorio.htm>

(8) Notificación del Consejo General del Poder Judicial con fecha del 13 de octubre de 2009. El CGPJ informa: *Se rompe el mito de las supuestas denuncias falsas por violencia de género. Sólo 1 de las 530 resoluciones estudiadas podría encuadrarse como denuncia falsa.* (Se remite al estudio del Grupo de expertos y expertas del CGPJ referido anteriormente).

LA AEN Y LA APLICACIÓN DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ante la progresiva implantación y desarrollo en nuestro país de la “*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*”, y especialmente siendo objeto de su atención las personas con trastorno mental grave en situación de dependencia, y, ante los trabajos de la Consejo Interterritorial del SNS, del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y de las Comisiones técnicas de las Comunidades Autónomas, para la configuración de un Sistema de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal, les remitimos las siguientes consideraciones y exigencias:

1.- De acuerdo a la ley General de Sanidad (Ley nº 14/1986, de 25 de abril), en el capítulo II, de las actuaciones sanitarias del sistema de salud establece que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes (art.18), entre ellas, el punto 3. la asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. Asimismo, en el capítulo III, De la salud mental, en su artículo veinte, establece que: se desarrollarán *los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales* y los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

2.-En esta línea, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la atención especializada e salud mental comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal

Como observamos la rehabilitación es una competencia del sistema sanitario. No pueden las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas ceder la iniciativa a ningún otro órgano de gobierno, gestión o provisión de servicios. Toda eventual reordenación en el uso o destino de los recursos destinados a la rehabilitación de las personas con TMG deberá adaptarse a las políticas sanitarias previamente establecidas para esas personas y sus familias, y nunca al revés.

La *rehabilitación lleva como misión* la recuperación de la autonomía de las personas mediante el logro de una mayor competencia en las habilidades para las actividades de la vida diaria y de las relaciones interpersonales y sociales. Este sentido entronca con la filosofía de ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, que define *la autonomía personal* como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

3.- En consecuencia, rechazamos desde ahora abiertamente toda tentativa de reducir el marco operativo de los planes de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG a lo estrictamente derivado de la LAD. Los reduccionismos de ese género, además de desvirtuar el contenido de la propia LAD, vendrían a contrariar las leyes vigentes.

4.- En nuestro país las recomendaciones ministeriales para la planificación estratégica y de las acciones en el ámbito de la atención a las personas con trastornos mentales graves están recogidas en la Estrategia Nacional de la Salud Mental, que establece como objetivo, la Coordinación Intrainstitucional e Interinstitucional (pp 107-120). En esta estrategia se establece como objetivo específico 6.2 que las Comunidades Autónomas establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Las Personas en situación de Dependencia en las personas con dependencia por enfermedad mental. Así mismo se propone en las recomendaciones la Creación de una Comisión Interdepartamental (Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía, y Paciencia y Ministerio del Interior) para integrar las políticas de salud mental y asesorar en la elaboración del Plan de Salud Autonómico. Asimismo la ley de la dependencia, en lo relativo a la Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas (art. 10) y en la participación de las Comunidades Autónomas en el sistema se recoge la necesidad de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (art. 11c).

La unificación de los Ministerios de Sanidad y Servicios Sociales hacen factible esta coordinación. La AEN reclama de forma urgente en el seno del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la constitución de una comisión técnica que análisis y profundice en los mecanismos de coordinación socio sanitaria en el ámbito de la salud mental para la atención de las personas con trastornos mentales graves en situación de dependencia. Asimismo en las Comunidades Autónomas con las transferencias sanitarias exigimos que *constituyan urgentemente comisiones técnicas interdepartamentales*, entre otras, las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales o en su caso, con las Diputaciones y Cabildos Insulares, donde además, participen los responsables de Salud Mental Regional o los técnicos del sector, las sociedades científicas y el tercer sector. O en todo caso, las Jefaturas Regionales de Salud Mental, deben hacer valer su influencia en las Consejerías de Sanidad, en la demanda de la constitución de estas comisiones, donde se *abra la participación a las sociedades científicas, de familiares y de usuarios, para abordar los compromisos adquiridos en la Estrategia y en las Leyes citadas*.

Ante el escenario anterior, por un lado, la ley de la dependencia en su propio articulado, establece numerosos ámbitos y espacios para la colaboración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, y por otro, la propia Estrategia de Salud Mental del SNS, hace lo propio.

Por ello la AEN advierte que *cualquier comisión técnica o cualquier regulación de la ley no puede dejar al margen este articulado ni estas recomendacio-*

nes, así como, la experiencia desarrollada en estos años en el sector de la salud mental, en el ámbito de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Cualquier salto en el vacío, podría tener enormes consecuencias, tanto en la articulación de los recursos socio sanitarios actuales como en su proyección futura. La consulta al sector de la salud mental se hace inevitable para mayor efectividad de las medidas a tomar. Debemos evitar, como se reconocía en la Estrategia Nacional en Salud Mental (p. 112), en algunas autonomías la relación entre estos dos sectores está mediada por la Administración central, con la consiguiente burocratización y pérdida de consistencia del sistema. «La principal dificultad en la formulación de políticas sociosanitarias (o de garantizar la continuidad de los cuidados) se encuentra en la existencia de dos administraciones con objetivos, prioridades, niveles de desarrollo y descentralización diferentes, que necesitan entenderse -hablar el mismo lenguaje- para establecer objetivos comunes».

5.- Igualmente hay que adjuntar para el reconocimiento de la valoración de la situación de dependencia un informe médico procedente de atención primaria. Precisamente, la comisión de experto nombrada por el Parlamento Español, en un reciente informe (2009) señaló que “la ausencia del informe médico que debe contener el diagnóstico que mejor explique la situación de dependencia es una de las debilidades del proceso. Hasta ahora dichos informes no suelen dar cuenta de la situación de dependencia sino de las enfermedades que requieren tratamiento. De ahí, que cabe recomendar una mejora articulación del sistema sanitario en los diagnósticos de la situación de dependencia, lo que supone necesarios avances en la coordinación sociosanitaria, como reconoció, insistimos el informe final del grupo de expertos constituido en el parlamento español.

Por ello la AEN estima que en el reconocimiento de la valoración de la dependencia, en el informe de salud de los médicos de atención primaria pueda ir acompañado de un informe específico de los servicios de atención especializada en salud mental que en la actualidad atiende a las personas con trastornos mentales graves y que presentan discapacidades o una situación de dependencia. Sin menoscabo de los otros informes que pueden aportar las familias. Además de este informe se tendrá en cuenta en la baremación de la situación de dependencia, ya que el mismo, será elaborado por profesionales cualificados de los servicios públicos de atención sanitaria especializada y que conoce el día a día de la persona informada al formar parte de su quehacer profesional. En el informe de los servicios de atención especializada se indicara, de manera individualizada acuerdo a los Plan Integrado de Atención, recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. (pp 99), las prestaciones y servicios de recursos mas idóneos para la recuperación de la autonomía personal,

6.- Que en el momento de acudir oficialmente los equipos de valoración de la situación de dependencia a los domicilios de las personas con trastorno mental grave que ha realizado su solicitud de reconocimiento de esta, se permita estar presente, con el previo consentimiento de la persona a valorar, su familia o tutores, de los profesionales de los servicios de atención especializada de salud mental que ofrecen continuidad de cuidados en los servicios públicos de atención especializada psiquiátrica a esos ciudadanos en su quehacer profesional.

7.- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconoce que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Para ello la AEN reclama de las Comunidades Autónomas, para hacer efectivo y prioritario los servicios del Catálogo del artículo 15 de la ley, la oferta pública de la Red de Servicios Sociales *por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados (art.14). En el caso que en las Comunidades Autónomas no este implementada la red de servicios, las autoridades de la Comunidad, deberán promover un Plan de Servicios para una década, para atender las nuevas demandas que se generan en el territorio autonómico.*

8.- En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención (art.29) en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente. Por lo tanto, la AEN reclama la constitución de una Comisión Interdepartamental Regional/Insulares para la asignación de los servicios del catalogo de prestaciones de la ley de la dependencia, atendiendo al criterio que las personas con trastornos mentales graves de la atención especializada en salud mental suelen disponer de un Plan Integrado de Atención, siguiendo la Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud. En este sentido, desde la administración pública, no se debe someter, tal como recoge la ley y las recomendaciones citadas en el punto anterior, al ciudadano a dobles Planes Integrales de Atención (PIA) uno proveniente de los servicios sanitarios y otro de los servicios sociales. Apostar y mantener un modelo integral de atención y promoción exige en todos sus niveles de la cooperación de los servicios sociales y los servicios sanitarios, para presentarse ante el ciudadano con un Plan Individualizado de cuidados continuos y transversales integrados.

De nuevo, los ciudadanos reclaman de políticos, gestores, y técnicos, la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales en el ámbito de la salud mental. Sería inadmisibles presentarse ante el ciudadano con una planificación disociada y bifronte, que restara flexibilidad, independencia o capacidad resolutoria a los servicios especializados de salud mental. El imperativo de elaborar para cada caso una oferta individualizada de cuidados transversalmente integrados y longitudinalmente continuos atañe sobre todo y en primer lugar a la Administración sanitaria

Expresamos desde la AEN nuestra preocupación que la puerta de entrada a los recursos y prestaciones de la ley de la dependencia sea al margen de criterios sanitarios cuando el espíritu de la propia ley considera como su elemento central servir de facilitador de los procesos de recuperación de la autonomía personal. Hasta ahora, en esta última década, la puerta de entrada a las prestaciones y servicios para la rehabilitación psicosocial provenía del criterio técnico establecido por la red pública de atención especializada en salud mental y cuya gestión administrativa era realizada por los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma o las Diputaciones o Cabildos o en su caso, los Ayuntamientos. Esto ha permitido una gestión eficiente y una cohesión interna de los recursos, reconocidas por todos.

Asimismo exigimos, en las Comunidades Autónomas, la clarificación de competencias de Servicios Sociales en materia de discapacidad entre las Diputaciones o Cabildos y el Servicio Regional de Servicios Sociales. Ello sin menoscabo, que según la legislación de la ley de la dependencia, en su artículo 11, señala que le corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones: a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.

9.-Si el escenario previsible por las Autoridades es que, las plazas que se acogían a los Planes Autonómicos ya vigentes en el sector de la salud mental ahora se vinculan financieramente a la ley de la dependencia, y su gestión a los servicios sociales, serán quienes adjudican y gestionan las plazas, significaría un sustancial cambio de criterio, que aunque sea una competencia establecida por ley.

La AEN considera que no se debería hacer saltar por el aire los esfuerzos y avances desarrollados en las Comunidades Autónomas esta última década. La AEN reclama prudencia y mesura para pensar con claridad las estrategias más oportunas, las cuales tendrán un profundo calado las decisiones que se tomen.

La AEN advierte, que si el criterio administrativo de asignación de plaza de reduce al de “plaza vacía, plaza ocupada” sin mayores consideraciones técnicas, no se podrá garantizar la coherencia interna de los servicios ni construir dinámicas facilitadoras de procesos de recuperación de la autonomía personal, al convertir los servicios en servicios generalistas recolectores, sin mas consideración y preocupación, que su ocupación. Esta forma de actuación, para la AEN, se situaría lejos de los criterios de consenso que prevalecían hasta este momento, que giraban en torno a la idoneidad, en el ajuste plaza persona, en su valoración clínica y social para la promoción de la autonomía personal. Por ello, exigimos que se cumpla el objetivo 6.3, de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que recomienda que se implante por las Comunidades Autónomas, mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves.

10.- Expresamos nuestra preocupación por aquellas personas que no desean ejercer su derecho a una valoración de su dependencia y seguir acogida a las plazas que actualmente ocupan a través de los Planes Autonómicos vigentes anteriores a la ley de la dependencia. Consideramos que le debe ser respetada su actual plaza, lo contrario, significaría un severo desajuste personal y probablemente con consecuencia sobre su salud. Asimismo si esto no fuese así la AEN reclama de las administraciones públicas que planes se tiene al respecto.

11.- La existencia de una red de servicios fundamentada en una concepción biopsicosocial y comunitaria de la atención, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los servicios de salud mental, la atención primaria y los servicios sociales, y respaldada por el correspondiente órgano interdepartamental, es otra de las bases para una cooperación efectiva y, a la vez, posiblemente la más difícil de lograr. El funcionamiento en red requiere un contacto fluido entre los integrantes de la red, compartir valores, objetivos y estrategias, una asignación clara de responsabilidades y de competencias y un lenguaje común, cuestiones todas ellas de difícil consecución. Las comisiones de enlace entre los dispositivos, la implantación de protocolos de derivación, la generación de un lenguaje y cultura comunes por medio de la formación y la difusión del conocimiento, y la articulación de mecanismos específicos para garantizar el funcionamiento sinérgico de los diferentes profesionales y dispositivos que han de actuar simultáneamente o sucesivamente sobre un mismo paciente, son elementos que facilitan la coordinación y aumentan la consistencia del sistema. El equipo multidisciplinar es el instrumento básico tanto para la coordinación transversal como para la longitudinal. Su implantación en las áreas sanitarias que han adoptado una orientación comunitaria está generalizada; de hecho, se le reconoce como el símbolo de este enfoque. Los ensayos clínicos publicados muestran que, en

comparación con la forma tradicional de prestar asistencia, el equipo comunitario multidisciplinar reduce significativamente la tasa de abandonos, mejora la satisfacción de los y de las pacientes y sus familiares y, probablemente, disminuye el número de suicidios en el caso de los trastornos mentales graves. Desde la perspectiva de la gestión clínica, también se ha avanzado en la implantación de procedimientos que buscan mejorar la continuidad asistencial estableciendo acuerdos de funcionamiento integrado entre los proveedores locales, referidos a grupos de trastornos que presentan necesidades múltiples y complejas.

12.- Expresamos nuestra inquietud de que una ley cuyo sentido es la promoción de la autonomía personal, pueda ocurrir que personas que actualmente disfrutaban varios servicios (por ejemplo, plaza centro de día y alojamiento) para su recuperación de la dependencia por trastorno mental grave, se les coloque en la tesitura de tener que elegir una u otra, aplicándole un criterio de incompatibilidad, que desde un punto de vista clínico rehabilitador, es inadecuado para el usuario. Esperamos que el futuro Decreto de Incompatibilidades, no afecte de forma negativa la promoción de la autonomía personal. Las personas con trastorno mental grave con discapacidad o en situación de dependencia por la naturaleza de su problemática necesitan para la promoción de su autonomía personal de varios servicios y prestaciones para cubrir el conjunto de sus necesidades. La AEN rechaza cualquier tipo de incompatibilidad desde la protección de ley General de Sanidad y los derechos a las prestaciones de la cartera de servicios del SNS, y la propia ley de la dependencia.

13.- Asimismo a sabiendas que la mayoría de las plazas disponibles están ocupadas en la actualidad, desconocemos las previsiones de plazas de nueva creación para las personas con trastornos mentales graves en situación de dependencia, así como, de los servicios para la autonomía personal, que van a cubrir lo regulado por la ley para la década del 2010-2020. LA AEN reclama del Gobierno Español y de los Gobiernos Autonómicos, *la previsión de plazas y el presupuesto anual que ira destinado a cubrir las nuevas necesidades que demandara los ciudadanos para hacer efectivos su derechos subjetivos de los servicios que reconoce la ley de la dependencia.*

14- En el caso que la ley de la dependencia no sea coherente con la promoción de la autonomía personal, y a resulta de como se resuelva lo descrito hasta ahora esta será una amenaza o una oportunidad para el ámbito de la salud mental de este país. Nosotros detectamos varias amenazas posibles en relación a entre los sistemas de atención y la línea de los cuidados, entre otras:

- Ruptura de cuidados entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.
- Asignación de nuevas misiones de los sistemas
 - servicios sanitarios: cuidados a corto plazo: agudo
 - servicios sociales: cuidados largo plazo; crónico

- Ruptura de las líneas integradoras de atención continua
- Nueva puerta de entrada a los recursos de rehabilitación y alojamiento
- Asignación heterogénea de usuarios a los recursos de rehabilitación y de soporte comunitario.

Asimismo también a la interrelación con el sistema sanitario en referencia al catalogo de prestaciones y servicios, entre otras:

- El catalogo de servicios es visto como servicios generalistas.
- Coexistencia de dos Planes Integrados de Atención (PIA): uno proveniente de la ley de dependencia y otro de la Estrategia en Salud Mental.
- Duplicidad sin conexión de Planes de atención para una misma persona.
- La inexistencia de una oferta de Red de Servicios Sociales Públicos acreditados para la elección de los usuarios o derivación de los técnicos.
- La inhibición o escasa implicación del tercer sector

15.- La AEN reclama de las Conserjerías de Sanidad un papel activo en el desarrollo de la ley de la dependencia en base a la Estrategia en Salud Mental del SNS y a la propia ley de la dependencia que reconoce mecanismos para su participación.

La AEN recomienda que la aplicación de la ley de dependencia, en base a las propias regulaciones, de las que se dote cada comunidad, en el campo de la salud mental. se aproxime en la articulación de sistemas y servicios, desde lo asistencial a la gestión, lo mas posible a la experiencia acumulada y realidad contrastada, que ha sido valorada por todos - profesionales, familias, y gestores- como positiva. La AEN considera que la ley de la dependencia debe servir para sumar y reforzar los modelos de relaciones entre los servicios sociales y los servicios sanitarios que han ido construyendo en la ultima década con esfuerzos de todos las partes, que ido siendo capaz de garantizar la calidad, la promoción de la autonomía, la integración y la transversalidad de las acciones.

En este sentido la AEN le expresa nuestra voluntad institucional de cooperar en el desarrollo e implementación de la ley de la dependencia en las Comunidades Autónomas, relativa a la integración de sistemas y servicios, la formación, los sistemas de acreditación, y la calidad.

16.- Una dirección contraria a lo señalado en este escrito para la AEN significaría que se ha apostado por desarticular los avances logrados en la últimos veinte años en pro de una concentración de poder que en nada beneficia a los ciudadanos y a una pervisión de los principios positivos que la propia la ley pretendía.

Junio de 2010

La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. BOE núm. 102; 29.04.1986.
- (2) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 16 septiembre 2006.
- (3) Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC 96, de 5 de agosto de 1994.
- (4) Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales. BOC N° 075. Viernes 19 de Junio de 1998.
- (5) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006.
- (6) Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia BOE núm. 96 Sábado 21 abril 2007.
- (7) Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (B.O.E. n° 96, de 21 de abril de 2007). Incorpora CORRECCIÓN de errores publicada en B.O.E. n° 119, de 18 de mayo de 2007
- (8) Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2010. BOE Núm. 75. Sábado, 27 de marzo de 2010.
- (9) ORDEN ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia BOE núm. 165. Miércoles, 9 julio 2008.
- (10) Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. BOE número 62 de 12/3/2010, páginas 24967 a 24973.
- (11) RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Miércoles 17 diciembre 2008 BOE núm. 303.
- (12) RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia BOE núm. 303 Miércoles 17 diciembre 2008.

(13) Grupo de expertos Parlamento. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Segunda parte: Documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. Septiembre de 2009

(14) Rodríguez Pulido F. Sanidad, salud mental y la ley de dependencia, En Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: Modelo de red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular Tenerife. 2010; 319-325.