



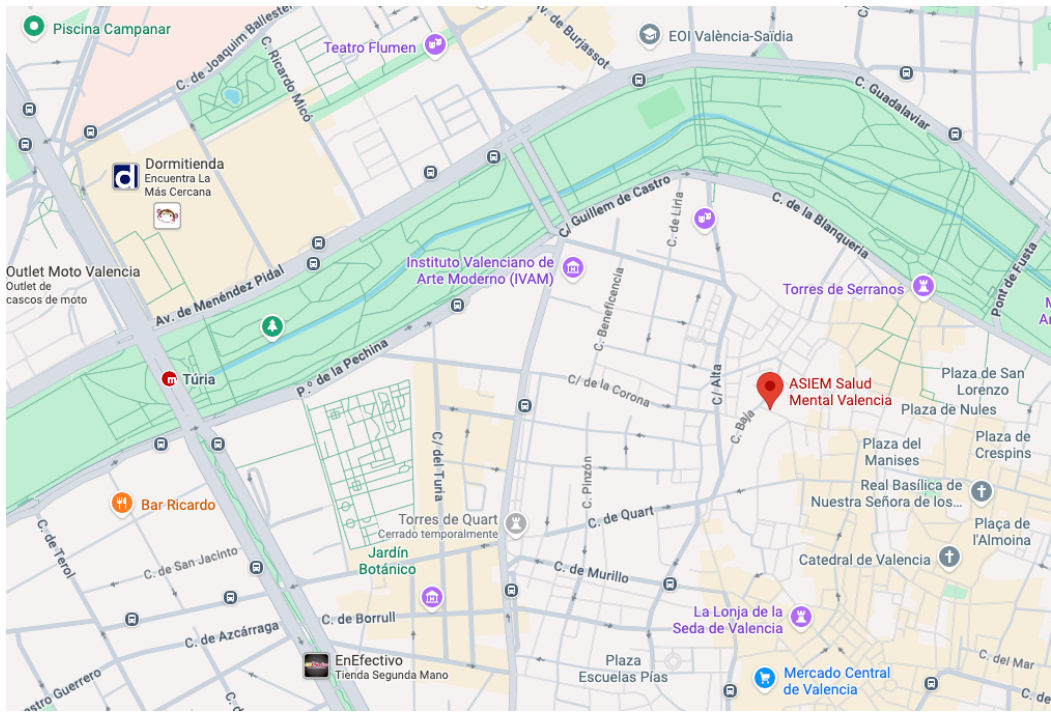
APOYO • ACOMPAÑAMIENTO
INTERVENCIÓN TEMPRANA

Recuperación



CAMINO





Contactar con ASIEM

ASIEM C/ Portal de Valldigna 20 esquina C/
Baix 38 (46003) VALÈNCIA – 96 392 2859 –
asiem@asiem.org

Edita: ASIEM. Salud Mental Valencia

Consejo de redacción: Clara Aspas, Juan Luis Serrano, Roberto Blasco, Eduard Montesinos y Paco Pons.

Colaboradores: María Lacruz Silvestre, M^a José Masanet García, Josep Pena Garijo, Nerea Garcia Aparisi, Raúl Zaragoza, Vicent Boscà, Roberto Blasco, Paco Pons, Lisis Ramos, Rus Martinez, Raimundo Rubio, Pablo Cervera, Irene.

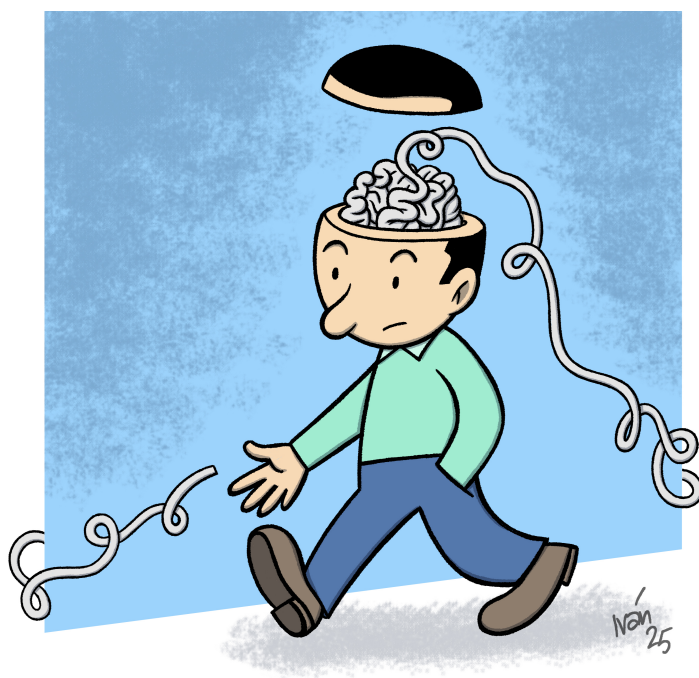
Diseño gráfico: Juan Luis Serrano, Ramón Cosme

Revista número **39** Diciembre 2025

Correspondencia: C/ Portal de Valldigna 20 esquina C/ Baix 38 (46003) – asiem@asiem.org

ÍNDICE

- 3 Editorial
- 4 Carta de la Presidenta
- 5 Asamblea General
- 6 Programas de atención a personas con primeros episodios de psicosis e Intervención Temprana en Psicosis
- 10 Igualdad: Más allá del doble silencio
- 11 Talleres Ocupacionales: La fiebre de escribir
- 12 Entrevista a D. Bartolomé Pérez. Director General de Salud Mental y Adicciones
- 19 Penitenciario: Trastorno Mental Grave
- 22 La salud mental de la juventud, un problema global
- 24 Un paseo por nuestros derechos
- 25 El papel de la familia en el primer episodio psicótico
- 28 Diario de Abordo: TeAM



EDITORIAL

Fa temps que tots els sistemes públics de salut del nostre entorn occidental han assumit la importància del diagnòstic primerenc en la lluita contra la malaltia. Valguen com a exemples més coneguts les proves perinatals, les revisions a càrrec dels equips de prevenció de riscos laborals o les proves específiques per a determinats tipus de càncer.

També en el camp de la salut mental existix la possibilitat d'articular polítiques que permeten un diagnòstic el més primerenc possible de trastorns severos. I així es fa als països dotats d'un bon sistema d'assistència sanitària mental. No és el cas d'Espanya que actualment encara no disposa d'un protocol d'actuació d'obligat compliment per a totes les Comunitats Autònomes i les ciutats de Ceuta i Melilla.

No obstant això, tots els especialistes coincidixen que el diagnòstic primerenc pot incidir molt favorablement en l'evolució del pacient, evitant la deterioració mental i neurològica; en conseqüència, facilitant la seua millor integració social en tots els aspectes de la vida: familiar, educatiu, laboral i de participació social, cultural, política, etc.

A això cal afegir l'estalvi que suposaria una bona evolució del trastorn mental en gasto social: pensions, prestacions familiars o assistència sanitària i farmacèutica.

En la Comunitat Valenciana, i pel que fa a l'assistència sanitària, en algunes unitats de salut mental ha vingut desenrotllant-se fins ara, per obstinació i aposta dels professionals i en la mesura en què els recursos humans i materials ho permetien, un programa de primers episodis psicòtics, orientat

principalment a pacients de fins a 25 anys. S'inspira en models desenrotllats a Austràlia, d'on va passar als EUA, el Canadà, i més tard als països del nord d'Europa. Sense que fins a dates molt recents haja sigut expressament contemplat pels responsables de la Salut Pública Valenciana.

Així mateix, ningú en la comunitat científica dubte del paper fonamental que, al costat de la família, exercix l'escola en la detecció de problemes de salut mental infantojuvenils. Però, així mateix, manquem a Espanya d'un protocol clar d'actuació, més enllà de l'actuació que poden dur a terme determinats professionals en un acte quasi heroic. No obstant això en la nostra Comunitat Valenciana comença a articular-se un programa de detecció precoç.

ASIEM està compromesa amb la integració de les persones amb malaltia mental greu, també a través de la reivindicació, la col·laboració i la participació en les iniciatives administratives per al diagnòstic primerenc i el tractament precoç dels trastorns mentals greus, que tan bons resultats estan donant allí on eixe ha implantat el corresponent protocol.

Ens juguem en això la qualitat de vida de cada persona diagnosticada, però a més, la de les seues famílies i de la societat sencera.

EL ESTIGMA EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

Clara Aspas Martínez (presidenta de ASIEM)

Desde ASIEM y en la lucha contra el estigma social y laboral a las personas con trastorno mental grave queremos exponer mitos y falsas creencias sobre salud mental.

El trastorno mental grave es sinónimo de violencia:

Falso, estas personas no son más violentas que las personas sin este problema, más bien al contrario, tienen más riesgo de ser víctimas de agresiones y no representan un peligro para la sociedad.

Son débiles:

Falso, los trastornos mentales son enfermedades complejas que requieren tratamiento y apoyo, no son una cuestión de debilidad o falta de voluntad.

No tiene tratamiento:

Falso, los problemas de salud mental pueden ser tratados con éxito con terapia, medicación y apoyo. Dentro de su entorno, con los medios necesarios para el desarrollo de una vida plena social, familiar, laboral y en todas las actividades humanas.

Es una cuestión de personalidad:

Falso, no es un problema de personalidad, sino de cambios en la química cerebral y la función cognitiva.

Es una maldición:

Falso, no es una maldición ni un castigo del que muchas familias se culpan, sino una enfermedad que requiere tratamiento, apoyo, comprensión y respeto.

No son inteligentes:

Falso, un trastorno mental no implica un coeficiente intelectual bajo, ni una discapacidad intelectual.

No se recuperan nunca:

Falso, muchos trastornos son transitorios o se pueden gestionar con tratamiento, terapias y soporte consiguiendo una buena calidad de vida.

No pueden trabajar y vivir en comunidad:

Con soporte y condiciones adecuadas, pueden trabajar, vivir de manera autónoma y participar plenamente en la comunidad.

En la actualidad el estigma es uno de los factores psicológicos y sociales que tienen mayor incidencia en el mantenimiento de estereotipos, prejuicios y discriminación en nuestra sociedad. Las creencias falsas que llevan a la discriminación laboral, la exclusión social y a la marginación en la comunidad de las personas que padecen una enfermedad mental.

La lucha contra el estigma es uno de los objetivos fundamentales de ASIEM, para ello desde nuestra asociación se imparten charlas de sensibilización al alumnado de Psicología, Enfermería, Integración Social, Institutos de Segundo Ciclo de la ESO, Asociaciones de Vecinos y en diferentes colectivos que requieran nuestra intervención.

En ellas participan personal técnico de ASIEM, una persona familiar y una persona con el diagnóstico de trastorno mental en primera persona con el objetivo de fomentar la sensibilización, luchar contra el estigma y cambiar la percepción que existe sobre las personas que tienen un trastorno mental por otra que se ajuste más a la realidad de nuestro colectivo.



ASAMBLEA GENERAL

El passat dia 26 de juny de 2025 es va celebrar la preceptiva Assemblea General ordinària corresponent al present any.

D'entre el tractat, conformement a l'orde del dia que va ser en el seu moment distribuït a tots els associats juntament amb la convocatòria, poden destacar-se els següents aspectes:



La Presidenta, Clara Martínez va exposar l'informe de gestió relatiu a l'any 2024 en el qual, al costat del manteniment de les activitats que venien desenrotllant-se en anys anteriors, cal destacar la consolidació de la contractació de pacients experts (*Teams).

A l'hora d'exposar la Memòria d'activitats es va comptar amb la inestimable col·laboració de les tècniques *Jéssica García Martínez i *Juani Peinado Gómez que es van valdre d'un suport audiovisual perquè resultara més àgil i comprensible la seua exposició.

En l'aspecte econòmic, és de destacar que l'exercici 2024 ha acabat amb un xicotet superàvit. Això permet incrementar els recursos propis, tan necessaris per a fer front

als nostres compromisos, donat el retard de l'Administració en el pagament de les subvencions. Per a l'any 2025 es va aprovar el pressupost que també contempla un lleuger superàvit, en la línia de l'anterior, encara que augmenta de manera significativa el pressupost degut a la contractació a temps parcial de nou nous pacients experts (*Teams).

Hem de ser conscients que l'associació depén excessivament de les ajudes públiques i que ha d'incrementar-se l'aportació de mans privades.

Sens dubte el punt fort de la sessió va ser el relatiu a la figura del pacient expert. Com s'ha dit la contractació de nou persones més eleva a un total de 13 el nombre de tècnics en la plantilla, per al que es compta amb finançament públic. Però paral·lelament s'està treballant en la regulació per la Generalitat Valenciana i pel Ministeri de Sanitat i Consum, en els seus respectius àmbits competencials, perquè esta figura es contemple amb caràcter general en les plantilles dels servicis socials i sanitaris. D'aconseguir bona fi, esta regulació pot suposar la creació de llocs de treball per a persones diagnosticades, la qual cosa resulta especialment rellevant donat l'altíssim percentatge de desocupació d'este col·lectiu.

Vam poder conèixer de pròpia mà dels nostres tècnics pacients experts Oscar, David, Irene i Laura com estan exercint el seu treball i quina és la seua experiència personal.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

María Lacruz Silvestre, M^a José Masanet García y Josep Pena Garijo. Psiquiatras y Psicólogo de la Unidad de Salud Mental Fuente de San Luis. Hospital Universitario Dr Peset

La recuperación después de haber sufrido un primer episodio psicótico es posible. Los avances en la investigación nos permiten tener una visión más esperanzada sobre el futuro de los jóvenes que sufren por primera vez un episodio psicótico. Para ello, necesitamos aplicar los mejores tratamientos y trabajar de forma colaborativa: los profesionales de salud mental, los jóvenes que sufren por primera vez este problema y sus familias.

Una nueva forma de entender la psicosis.

A lo largo de las dos últimas décadas se ha producido un cambio de paradigma en la forma de entender y tratar las psicosis, a partir de la experiencia de los equipos pioneros de Australia e Inglaterra. Existe consenso internacional sobre la importancia de iniciar los tratamientos lo antes posible y a distintos niveles con el fin de incidir positivamente sobre la evolución de la enfermedad, buscando no sólo la respuesta al tratamiento, sino la recuperación y la calidad de vida. Este cambio de perspectiva se basa en el modelo preventivo de la estadificación clínica: un modelo de estadios de enfermedad que permite definir la progresión de la misma desde sus primeras manifestaciones y seleccionar el tratamiento más adecuado, de forma que pueda impedirse el avance a estadios posteriores de mayor afectación.

Avances en el tratamiento.

Se dispone de una amplia evidencia científica que avala la efectividad de la intervención temprana en psicosis (ITP). Sus

bases y filosofía de trabajo vienen recogidas en todas las guías clínicas actuales. Destaca la capacidad de ofrecer una atención experta, con un enfoque integral, comprensivo y colaborativo. Se trata de una atención flexible, centrada en las necesidades de las personas jóvenes que están en riesgo o sufren una psicosis y en sus familias. Se prioriza la respuesta rápida, la accesibilidad y la disponibilidad.

Son tratamientos intensivos y mantenidos durante los primeros 3-5 años desde el debut de la enfermedad. Los realizan equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud mental, con especialistas en psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social y terapia ocupacional que actúan de forma coordinada, teniendo en cuenta las necesidades particulares en cada caso. Se realizan preferentemente en las Unidades de Salud Mental de forma ambulatoria e incluyen las intervenciones biológicas, psicológicas y psicosociales que han demostrado eficacia en el tratamiento de las fases iniciales de las psicosis.

Además, la ITP ha demostrado ser eficiente, de forma que la recuperación se traduce en una mayor autonomía y una reducción de la discapacidad. También conlleva un menor gasto a nivel farmacéutico y en atenciones e ingresos hospitalarios o en centros de media y larga estancia.

Por estos motivos, el modelo se ha implantado en Australia, Inglaterra, países de

Europa, Canadá, Estados Unidos y algunas zonas de Asia. En España, en los servicios de Salud Mental de algunas comunidades autónomas, como País Vasco, Cataluña, Navarra y Cantabria, disponen de este tipo de unidades y se ofertan en la cartera de servicios. En el resto de CCAA existen equipos que surgen por iniciativa de los profesionales, que se organizan para poder prestar una atención específica a esta población en la medida de sus posibilidades.

Componentes de los programas e Intervención Temprana en Psicosis.

1 Establecer mecanismos de coordinación que permitan realizar una *detección precoz*. La coordinación con atención primaria, unidades de conductas adictivas y estamentos no sanitarios como educación y servicios sociales permite el diagnóstico e inicio del tratamiento de forma temprana, reduciendo el tiempo de enfermedad sin tratar.

2 *Tratamiento farmacológico* en el episodio agudo y también en los años siguientes, ya que la medicación mejora los síntomas y además previene las recaídas, que son más frecuentes en este periodo inicial o periodo crítico.

3 *Tratamiento psicológico y psicosocial*. Existen psicoterapias efectivas en el tratamiento de los síntomas psicóticos que se aplican después de la fase aguda. Favorecen la remisión completa de los síntomas y el abordaje de síntomas depresivos o de ansiedad que pueden presentarse después del episodio agudo. La adquisición de habilidades en la gestión del estrés también va a prevenir las recaídas. Además es esencial acompañar a los jóvenes en su proceso de recuperación.

4 *Psicoeducación*. La información y el conocimiento sobre las psicosis es uno de los pilares del tratamiento, ya que hace posible que tanto los jóvenes como sus familias puedan adquirir buenas estrategias de manejo.

5 *Cuidado de la salud física* y adquisición de hábitos de vida saludable. Una dieta equilibrada, el ejercicio y la abstinencia de drogas son aspectos a tener muy en cuenta ya que son claves en la recuperación.

6 *Atención a las familias* que también pueden verse afectadas psicológicamente y con sobrecarga por el cuidado.

7 *Intervenciones domiciliarias* con el fin de tratar situaciones de crisis. Permiten también un mejor vínculo terapéutico y nos aportan información valiosa sobre la dinámica entre el paciente y su familia.

8 *La formación, la docencia y la investigación* sobre las fases iniciales de las psicosis y sobre los resultados de los tratamientos también forman parte de las Unidades de ITP.

La importancia de la recuperación.

La recuperación no solo es la desaparición o reducción de los síntomas psicóticos, sino un retorno progresivo a un nivel de funcionamiento satisfactorio para cada persona en distintos ámbitos. Las intervenciones de recuperación funcional deben tener como objetivo restablecer o mantener la trayectoria normal de desarrollo.

En el proceso de recuperación es importante para el joven comprender lo que le ha sucedido, integrar la experiencia y restaurar su autoestima. También saber lo que se necesita o se desea para la propia recuperación y desarrollar las habilidades o los recursos necesarios para conseguirlo. Es importante ayudar a las personas a desarrollar roles y participar en actividades que estén en consonancia con sus creencias y valores, así como desarrollar un sentido de la vida.

El proceso de recuperación no siempre es fácil, es posible que tras un episodio psicótico aparezca pérdida de confianza o baja autoestima, síntomas depresivos o

ansiedad, problemas para volver a las actividades normales, poca motivación y otras dificultades que deben abordarse con un tratamiento integral. Este es un proceso activo tanto para los jóvenes como para sus familias y a él va dirigida gran parte de la intervención.

La importancia del trabajo con las familias.

El trabajo con las familias es una parte esencial de los programas ITP y se lleva a cabo por parte de todos profesionales del equipo, que comparten esta filosofía de trabajo y asumen que la familia tiene un papel activo e importante en el tratamiento y que es primordial establecer una relación de colaboración y confianza mutua.

La enfermedad impacta en la vida familiar y en cada uno de sus miembros. Estos se enfrentan a distintas necesidades a lo largo de todo el proceso, que se inicia cuando aún no saben a qué se enfrentan ni cómo buscar ayuda. Los familiares necesitan apoyo práctico y emocional para fortalecer sus propias habilidades y capacidades para afrontar la crisis y las dificultades que conlleva la enfermedad. La atención se presta a través de un contacto regular con los profesionales, dando oportunidad de hablar sobre la experiencia que están viviendo y de expresar sus sentimientos, ofreciendo psicoeducación dirigida a la unidad familiar o en grupo de familiares y con intervenciones más especializadas según las necesidades en cada caso.

El reto de que este tratamiento pueda estar disponible en todos los servicios de salud mental.

Conociendo la efectividad y eficiencia de la ITP, el reto es su implementación en los servicios de salud mental y disponer de los recursos necesarios para ello. No podemos olvidar que es en la adolescencia y juventud cuando debutan la mayor parte de los trastornos mentales graves. Sin embargo, en nuestro ámbito no se dispone de dispositivos que garanticen una atención intensiva y específica para este sector de población,

pues no son adecuados los recursos dirigidos a personas con enfermedad de mayor tiempo de evolución.

A la luz de la evidencia científica y la experiencia de equipos pioneros de Melbourne e Inglaterra, en la Comunidad Valenciana se creó en 2008 el primer programa de Intervención Temprana en Psicosis (ITP) en el Departamento de Salud de Gandía. Posteriormente surgieron iniciativas en otros Departamentos de Salud y a través de reuniones conjuntas de los profesionales, se elaboró y se publicó el Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos en el año 2017, avalado por la Consellería de Sanitat. Sin embargo, hasta ahora la atención a jóvenes en fases iniciales de las psicosis permanece en su mayoría diluida dentro de la atención general que se presta en los dispositivos de salud mental.

Según nuestra experiencia de trabajo en este campo de la Salud Mental desde el año 2008, primero con el diseño y puesta en marcha del Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos de Gandía y en los últimos años con el Programa de Intervención Temprana en Psicosis del Departamento de Salud del Hospital Universitario Dr Peset, podemos constatar que es posible aplicar el modelo de ITP dentro de los Servicios de Salud Mental de la Sanidad Pública.

Consideramos que es urgente impulsar la atención a los jóvenes que se encuentran en fases iniciales de psicosis y también a sus familias. Para ello, pensamos que además de optimizar los recursos disponibles, es necesaria la asignación de recursos específicos y la reorganización de los Servicios de Salud Mental.

En la actualidad desde la Oficina de Salud Mental Autónoma de la Comunidad Valenciana, existe la intención de crear unidades específicas para la ITP, estables y con equipos con dedicación exclusiva, según la Línea Estratégica 4 del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones. Se pretende que además de la asistencia, tengan capacidad

para la prevención, la formación y la investigación sobre las fases iniciales de las psicosis.

Pensamos que la mejor manera de luchar contra el estigma de las psicosis y otros trastornos es aplicar los tratamientos que han demostrado su eficacia y se sabe cómo hacerlo. No necesitamos recursos especiales, sólo equipos de profesionales de salud mental formados, accesibles y disponibles, con tiempo suficiente para poder realizar la detección precoz, la evaluación y el tratamiento comunitario intensivo durante los primeros años desde el inicio del trastorno.

Queremos dar las gracias a los pacientes y familias a las que hemos atendido, por su confianza y por todo lo aprendido de ellos. Tenemos un objetivo común y a pesar de las dificultades trabajamos juntos activamente y con ilusión por una atención efectiva y eficiente para esta población.



MÁS ALLÁ DEL DOBLE SILENCIO

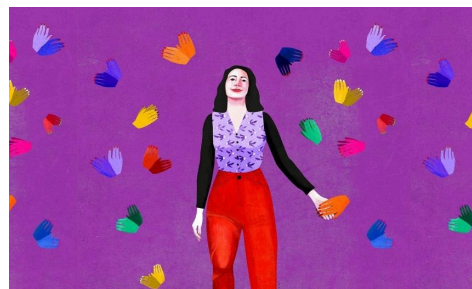
Nerea Garcia Aparisi. Trabajadora Social

Les dones que viuen amb un Trastorn Mental Greu (*TMG) s'enfronten a una doble càrrega d'estigma que condiciona profundament en la seua participació social i en la seua presència en espais públics. D'una banda, existix l'estigma generalitzat cap a les persones amb trastorns mentals severos, associat a prejudis, pors i falta de comprensió per part de la societat. D'altra banda, se suma l'estigma vinculat als rols de gènere, que històricament han imposat expectatives rígides sobre com "ha de" comportar-se una dona: ser emocionalment estable, cuidadora, discreta, responsable i ajustada a normes socials.

Quan una dona amb *TMG no encaixa en estes expectatives, el juí social sol ser més dur que cap a un home en la mateixa situació. Esta doble estigmatització influïx perjudicialment en la capacitat de relacionar-se amb persones externes al seu entorn social així com en la presa de decisions que estiguen vinculades als desplaçaments realitzats en la via pública.

La por als juís de valors emesos per la societat o a ser tractades amb condescendència, com si no foren capaces de prendre decisions o de manejar la seua pròpia vida, genera sentiments d'inseguretat en moltes de les dones. Com a conseqüència, moltes dones amb *TMG opten per evitar espais públics on poden sentir-se exposades al rebuig, a la incomprensió o a situacions en les quals els seus símptomes puguen ser visibles. Esta evitació, contribuïx a un procés d'aïllament social progressiu, limitant així les seues oportunitats d'interacció, suport emocional i participació comunitària.

Segons la Federació d'Euskadi d'Associacions de Familiars i Persones amb Malaltia Mental (*FEDEAFES, 2013), les pròpies persones amb problemes de salut mental greu afirmen que l'estigma social afecta profundament al seu benestar emocional, físic, material, personal i a la seua capacitat d'autodeterminació., incrementant-se així la soledat i l'aïllament social.



En el cas de les dones, adquirix una dimensió encara més intensa. Elles interioritzen les mirades i prejudis externs no sols relacionats amb el problema de salut mental, sinó també amb els rols i estereotips de gènere. Com a conseqüència, tendixen a posar-se més límits a si mateixes i a dubtar de les seues pròpies capacitats, especialment en àmbits on socialment s'espera que siguen "forts" o "cuidadores". Per tot això, resulta indispensable treballar des d'una perspectiva feminista amb l'objectiu d'una millora en la comprensió dels problemes i permetre donar respostes més adequades a les necessitats específiques de les dones.

LA FIEBRE DE ESCRIBIR

MI EXPERIENCIA EN LOS TALLERES

Raúl Zaragoza (Asociado de ASIEM y alumno del taller de escritura)

Escribir forma parte de mi vida desde hace mucho tiempo, tanto como el que llevo asistiendo a los talleres de escritura creativa de ASIEM. Semanalmente, nos reunimos en un bajo de la calle Fos, junto a la popular plaza del Carmen de Valencia, para celebrar la liturgia de las palabras, la magia de las letras.

Impartidos por voluntarios y voluntarias, cumplen por un lado una función lúdica, puesto que para quienes asistimos a ellos resulta un goce escribir, y por otro una función terapéutica.

Solemos ser entre ocho y diez asistentes, con predominio de los hombres, por lo que desde aquí invito a las socias de ASIEM a que se incorporen a los talleres, pues además de disfrutar les va a venir muy bien para su enfermedad.

A menudo en los talleres hacemos ejercicios de escritura automática, y entonces dejo que lo que quiero escribir se apodere de mí, y como un tornero voy dando forma a las palabras para crear un relato.

En los talleres somos todos y todas iguales, nos une una pasión, con independencia del diagnóstico de cada uno o una. En ocasiones los monitores y las monitoras me dicen que mis relatos son a modo de inicio de una novela, así que quizás algún día me lance a escribirla.



ENTREVISTA

D. BARTOLOMÉ PÉREZ, DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Por Vicent Boscà, Roberto Blasco y Paco Pons

Bartolomé Pérez es una persona que se le nota que va de cara y dice lo que piensa y piensa lo que dice. Tiene una capacidad expresiva muy grande que remarca con el movimiento continuo de las manos y las expresiones de su rostro. Además, deja claro desde el primer momento que sabe de lo que habla.

El actual Gobierno de la Generalitat convierte la figura del Comisionado para la Salud Mental en una Dirección General de Salud Mental y Adicciones. ¿A qué responde este cambio? ¿Qué aporta para los pacientes enfermos de salud mental y para los diagnosticados de patología dual?

El que sea director general, que haya una dirección general o sea una oficina, eso no tiene ninguna importancia. La importancia es el ascendiente que tengas tú respecto al poder, o sea, la capacidad para tener fondos. Eso es lo que importa. Entonces, yo puse una condición, y es que yo no quería ser alto cargo porque trae muchas obligaciones.

Pero cuando llega la DANA, ocurre una cosa; yo tuve que empezar a tomar decisiones que, digamos, estrictamente no estaba capacitado. Entonces es cuando se asume que haya una Dirección General. Y repito, no tiene ninguna importancia, es que no tiene un

valor en sí. El incremento presupuestario es lo que importa. El cambio simplemente es porque necesitas tener, digamos, capacidad, autonomía...

¿Qué metas se propuso Ud. para su Dirección General? Después de dos años en el cargo, ¿Qué logros ha conseguido?

Las mismas que me propuse cuando vine como persona responsable: el Plan de Salud Mental. Yo creo que un Plan que no tenga un rango normativo no es un Plan, es una tomadura de pelo. Y lo digo así de claro. ¿Qué importancia tiene? Hombre, primero que es una norma; si no se cumple, se puede reclamar. Y el plan se sabe si va a funcionar (fijándose en si está incluido) en los presupuestos. Yo realmente negocio con una ventaja y es que me pueden decir: “-Oye, amarra. -Ya, pero es que yo tengo un acuerdo de Consell que dice que me corresponde tanto”. Tener un plan con un presupuesto, es fundamental. Y lo consiguió el Conseller Marciano Gómez. Tener un

programa presupuestario propio significa que realmente tú tienes ese dinero reservado para salud mental, no en la misma caja de toda la asistencia sanitaria. Y eso fue un compromiso de Marciano Gómez en las Cortes.

¿Qué queda pendiente lograr para el resto de legislatura?

Mira, hay muchas cosas que se han conseguido. Por ejemplo, a mí me gustaría haber conseguido, y se ha conseguido, que los servicios de salud mental sean lo que son, lo más potente de cada Departamento de Salud. Cuando llegué, había muy pocos Jefes de Servicio. Pienso ahora en Xàtiva, donde Pepe Vilar ha sido siempre el coordinador pero, no existía la figura de coordinador. O sea, en un departamento no pintabas nada. Hoy, lamentablemente para algunos, todos los Departamentos reconocen que el Servicio más potente es el de salud mental.

Entonces para mí eso era lo fundamental. Ahora hay mil cosas más que hacer. Ahora el programa de Prevención Escolar. Hay muchos retos por delante. Tener de forma regular, saber cuatro indicadores, no más, pero cuatro indicadores de la salud mental de la población. Eso lo desconocemos. Hay muchas cosas todavía que hacer, pero sobre todo el reto es llegar lo más alto posible y sobre todo situar la salud mental en el centro.

Después de la DANA, hablar de salud mental supone saber que hay mucha más gente necesitada de atención?

Mira, éramos la cola de España. Y ahora te preocupas mucho más por tus departamentos. Por ejemplo, el Departamento de salud más afectado por la DANA es curioso, es el del Hospital General. Yo cuando llegué te encuentras que el Departamento de Hospital General parecía más bien un Departamento de mi provincia (Alacant), muy abandonado. Ahora, en un escenario muy incrementalista de fondos en salud mental, hemos intentado corregir la situación.

Previamente a su nombramiento, usted venía ejerciendo como psiquiatra hospitalario y de Unidad de salud mental. ¿Qué diferencia existe entre asistencia psiquiátrica y asistencia de salud mental?

“La psiquiatría, lamentablemente, se ha convertido simplemente en prescribir medicamentos”

YO no era ni una cosa ni la otra. Me explico: sí es cierto que trabajaba físicamente en un hospital, pero yo soy psiquiatra ambulatorio. Mi campo es la psiquiatría, pero mi puesto, el que siempre he ocupado, es Medicina y Conductas Adictivas, Unidad.

¿Y la diferencia entre asistencia psiquiátrica y asistencia de salud mental?

La psiquiatría es una parte de la salud mental y lo siento por mis compañeros (psiquiatras) cuando se creen que son distintos. Creo que aquí todos

ocupamos un hueco. Una cosa importante, no es café para todos, tampoco todos somos iguales, sino cada uno es un eslabón. La enfermería de salud mental tiene una responsabilidad de mil narices. Trabajo social igual. El problema es cuando otras profesiones se convierten en lo que no son; la enfermería no es poner inyecciones; trabajo social no es estar sentado como administrativo. La psiquiatría, lamentablemente, se ha convertido simplemente en prescribir medicamentos. Para eso no me hacen falta psiquiatras. Psiquiatra a mí me enseñaron que tenía que ser una persona que supiera de lo biológico, que tuviera un enfoque psicólogo y que tuviera un compromiso social. Pero la visión mía ha cambiado, para que los servicios sean de salud mental y de hecho todos los nuevos servicios, la jefatura, se llama Jefatura de Servicios de Salud Mental, no de Psiquiatría, porque además hay dos cuerpos, está Psicología y Psiquiatría, y puede ser el jefe de servicio uno o el otro.

¿Qué puede decirnos sobre la coordinación con los servicios sociales municipales?

Esto ya lo lleva cada Departamento, a nivel local. Porque no es un tema que corresponda a nivel autonómico. A mí no me consta que haya disfunciones más allá de las normales por una cuestión: son gente que lleva ya muchos años trabajando. No se puede compartir el secreto profesional en ciertos



casos, no se puede limitar los derechos, o las prestaciones sociales, aunque sean a veces no universales, a pacientes por el cumplimiento del tratamiento. La relación siempre ha sido muy muy buena y muy a nivel de pie de obra.

¿En qué situación se encuentra el programa de atención de primeros brotes psicóticos? ¿Qué se ha conseguido y qué falta todavía implementar?

Mira, es un tema que a mí me obsesiona: los primeros episodios psicóticos. Y me obsesiona porque cuando hablamos de psicosis en general, y ahora lo digo como psiquiatra, la gente siempre

piensa en lo que nosotros llamamos síntomas positivos, productivos de alucinaciones, delirios. Pero hay una definición clásica del trastorno psicótico de Emil Kreplin que decía 'demencia precoz'. A mí me preocupan los síntomas negativos, porque el síntoma positivo, la mayoría de los fármacos más o menos te lo va a controlar. Ahora, el deterioro cognitivo no. Si tú empiezas a trabajar una psicosis en fases muy iniciales, consigues que esa persona, digamos, tenga una carga, una capacidad cognitiva de muchos más años. Por eso es importante. Y lamentablemente, aquí voy a decir que la psiquiatría se ha convertido en excesivamente biologicista. Yo creo que lo biologicista va bien, pero es reduccionista o hay desconocimiento. Es decir, como no sé otra cosa, solamente quiero ver el fármaco, Y así nos hemos preocupado solamente de una parte del tema.

Si tú trabajas bien en esos primeros episodios, pero no con un fármaco



solamente, sino con un trabajo específico, evidentemente, para los pacientes va a ser mucho más beneficioso.

La idea es tener por lo menos ocho unidades y hay varias ASIS que tienen ya unidades de tiempo. ¿Qué es lo que les hacía falta? Puestos, si yo tengo la primera, una unidad de primeros episodios. Pero también tengo con ese psiquiatra que está atendiendo a la población normal ambulatoria. Al final no puedo liberar los puestos de trabajo. Yo no sé decirte exactamente ahora pero calculo que se ha incrementado la plantilla entre el 50 y 60% hasta los 631 puestos. Es una auténtica barbaridad. Eso ya le permite tener esas unidades.

Explíquenos qué coordinación existe con la Conselleria de Educación para la detección precoz de trastornos mentales graves.

Yo soy una persona muy pragmática y yo, si quieren mil protocolos, se los pido al Chat gpt..., los protocolos los hace cualquiera. A mí lo que me importa es la relación con la educación y el trabajo con varias Consellerías, pero con la de Educación en la más íntima. ¿Cuándo digo la más íntima, a qué me refiero? Nosotros incorporado 23 psicólogos (dependientes de la Dirección General) de salud mental; no psicólogos (orientadores dependientes de la Conselleria) de Educación. ¿Por qué motivo? Porque lo que necesitas es entrar en la escuela a petición de los centros y ya incluir a esa persona dentro de la asistencia sanitaria. Ahí nos han puesto todo tipo de facilidades. Nosotros hemos puesto mucho

personal, pero el poder tener un 54% de centros que se inscriban a un programa basado en la evidencia, no en talleres, en charretas y cosas así, es muy importante. Y el problema siempre era el mismo: la relación entre Educación y Sanidad. Entonces, cuando ves ahora que esa relación existe, claro que es fácil trabajar así.

“Si una persona corre riesgo, por supuesto, para un ingreso involuntario, no hay discusión

En su opinión, ¿Es adecuada la regulación legal de los ingresos hospitalarios involuntarios?

Yo lo único que opino es del riesgo de las personas. Si una persona corre riesgo, por supuesto, para un ingreso involuntario, no hay discusión ninguna. En cualquier caso, como siempre, está detrás una comisión judicial que es quien decide.

Vamos a ver, si esta persona no ingresa va a tener un riesgo, sobre todo para terceros también, pero sobre todo para esa persona, que es lo que me importa. “Sí, mire, olvídese. No se preocupe, que ya vendrá el juez. Luego le dirá si tiene usted razón o no tiene razón”. Desde el conocimiento de la ley, me hace gracia que estemos hablando de derechos poniendo en riesgo el primer derecho que es la vida. Yo es que alucino. A ver, yo he tenido patologías donde me han dicho: “tienes que ingresar”; y he decidido si ingresaba o no ingresaba, pero no me estaba jugando la

vida. Pero es que aquí te estás jugando la vida. Es que, en una psicosis, por ejemplo, que un señor que tenga un brote, o que esté en un episodio maniaco: “oiga, ¿usted es consciente que se le puede ocurrir que puede volar y tirarse encima de los coches?” No estamos hablando de tonterías, ¿me entiendes? No estamos hablando de tonterías.

Si hablamos de contención, oiga, hay unos procesos, aparte del protocolo, hay una lógica, y es que primero siempre hagas la contención verbal. Si tú eres agresivo ante una persona que cuando llega a urgencias, está agobiado, está agitado y tú encima le miras mal, pues es de cajón: tienes que intentar ser empático. ¿Cuántas contenciones químicas? Contención química hay que hacer las que haya que hacer. Hay que tranquilizar a la persona, no se le puede decir: “oiga, relájese usted solito”. Y finalmente tenemos la contención mecánica. Un mecanismo de contención, pero que monitorice, porque sí que es cierto que por olvido o por lo que sea, y aquí no puede haber olvidos, dejas a una persona con una contención mecánica y puedes poner en riesgo su vida. Entonces, cambiamos los sistemas de contención clásicos por un modelo monitorizado. Y amigo, eso queda subido a la nube. Como te pases de tiempo, luego ahí sí que tienes que probar fehacientemente si has hecho bien la monitorización o no. Por tanto, vuelvo a decir, hay medidas que hay que tomarlas, que no son inventos.

Hay gente que le mola mucho decir que los psiquiatras somos una banda de torturadores. Bueno, vamos a ver: “y

ustedes de imbéciles”. Lo digo así de claro, ¿entiendes? A mí, por ejemplo, ver planteamientos como decían desde el Ministerio, de que se van a prohibir los ingresos involuntarios, excepto en los casos de no sé qué. Díselo a la familia cuando te venga con una persona agitada. Dígale que no se va a ingresar. Yo creo que son ya cosas... Es chocar los derechos con la estupidez.

**¿Cuál es su opinión sobre el uso de fármacos para el tratamiento de la enfermedad mental?
¿Es tá justificada**

“Yo soy partidario claramente del contrato de servicios”

científicamente la oposición por algunos sectores sociales a su empleo?

Los que hagan falta. Ahora bien, lo que haga falta es lo que haga falta. Te viene un paciente ansioso, porque está tristón, no depresivo, que son cosas distintas, a consulta y tú explícale que “mire, la ansiedad no se cura con una benzodiacepina, caballero”. Y en ese caso dices que no, aunque suponga que rápidamente presente la queja al coordinador. Entonces, ni los médicos, que los hay, que prescriben para quedar bien con laboratorio, vamos a decirlo así, sin más, ni el ciudadano que dice –“Como

usted no me ponga Orfidal yo voy a hacer no sé qué”. –“Mire, es que a usted no le hace falta Orfidal. Hombre, le hace falta un tratamiento, pero déjeme que yo le diga el tratamiento que es adecuado para usted”.

¿Cuál es la perspectiva desde su área competencial en relación con la integración laboral del paciente diagnosticado de trastorno mental grave? ¿Qué sería deseable?

Lo que yo creo que hay que hacer es encontrar nichos laborales, adaptados, o sea que sean naturales de los pacientes. “Mire, yo ahora no tengo síntomas positivos, tengo una convivencia normal, pero claro, tengo deterioro cognitivo. Y usted quiere adaptarme a que yo trabaje en una oficina. Mire, yo he de tener un nivel de estrés adecuado porque si no, me disparo”. Pero por ahí hay algunos que tienen suerte y puedes adaptar a la jornada o por su trabajo y otros que no. Creo que lo que hay que hacer es generar puestos de trabajo adecuados para esas personas, no una reducción de jornada o no tenerlos en puestos que quizás dicen: mira, es que no es lo natural. Yo creo que hay mucha cartera de ocupación laboral que podrían salir perfectamente y otras que le puede generar. Y una, por decirlo así, es la de paciente experto, donde no, no busco el voluntario que apoye, sino el profesional, que ha vivido, o dicho de otro modo, la persona que ha vivido, que esté en condiciones para hacer ese papel.

En términos generales, ¿Qué papel desempeña el asociacionismo de familiares y pacientes en la gestión de la

asistencia sanitaria pública en Salud Mental? ¿Está a la altura de lo deseable?

En la gestión, ninguna. En la gestión, ninguna, porque no hay ninguna. Y, de hecho, cuando se intentó, pues alguna asociación desapareció, lamentablemente, porque para gestionar un recurso tienes que tener riñonera económica y yo me acuerdo de alguna, con la que, esto es muy próximo, que dije: «No lo hagáis, no lo hagáis». Bueno, asumieron una gestión y se hundieron. Yo creo que eso es fundamental. Hay una función que yo creo que, de todo asociacionismo, de cualquier tipo de problema, que cuando desaparezca se hunde ya todo, y es el poder apoyar desde una perspectiva muy empática, ¿no? La persona que no sufre. Tú puedes explicar todo lo mejor que puedas.

Yo soy de los que defiende que, en sanidad, educación y algunos servicios sociales, res de res. Gestionar recursos es un problema porque te hace falta tener tesorería y trabajar como empresa, en otro nivel.

Sí lo veo, por ejemplo, en lo que he dicho del paciente experto. Que la entidad sea la propia, que de la propia asociación puede contratar y puede ser la empresa que genera ese servicio.

14.- Su Dirección General ha apostado por la figura del paciente en primera persona y actualmente Asiem presta este servicio en diversas áreas sanitarias, financiada en parte con fondos de su departamento. Sin embargo, estos recursos no cubren la totalidad del

coste. ¿Qué planes tiene su departamento en relación con la financiación de las acciones de las asociaciones en materia de salud mental, y en particular con el servicio de paciente experto?

A mí la subvención me parece un ejemplo que queda del pasado, del auxilio social franquista. Utilizado por socialistas y por liberales. La subvención es una subvención. Yo soy partidario claramente de contrato de servicios. Yo voy a hacer un servicio concreto, tengo una experiencia, tengo una calidad, ahí sí que están las entidades que ya tienen una historia detrás. Tienes que asegurarles un marco de estabilidad futuro y para eso existe la ley de contrato del Estado. Las subvenciones no dejan de ser dativas: la tienes hoy y mañana no la tienes.

Vamos a expresar deseos de buena voluntad. ¿Qué le gustaría al Director General conseguir, hacer realidad?

En septiembre del año pasado, se consiguieron 200 nuevos puestos. Creo que la gente no es consciente de lo que son 200 puestos de trabajo en salud mental. Pero es que el 5 de agosto, 431. Entonces es que no sé decirte, ¿qué es lo que sí que me gustaría de verdad? que seamos absolutamente normales para lo bueno y para lo malo. Siempre digo solo quiero una cosa, que seamos igual que ginecología y urología. En fin, que seamos igual que todos y eso, es lo que realmente me interesa.

TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

ESTIGMA Y PERSONAS JUDICIALIZADAS. ROMPER LA PENALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Lisis Ramos (Terapeuta Ocupacional)

Cuando hablamos de personas con trastorno mental grave (TMG), una de las realidades que más se repite es el peso del estigma. Si además esa persona ha pasado por un proceso judicial o penitenciario, el estigma se multiplica. Y no lo hace solo en la mirada social, aparece en la forma en que se accede a los recursos, en cómo se interpreta la conducta, y en las oportunidades (o la ausencia de ellas) para la recuperación.

En los últimos años he visto cómo la intersección entre TMG y judicialización se convierte en un punto ciego para muchos sistemas, no termina de ser del todo sanitario, pero tampoco del todo social. Y esa indefinición genera vulnerabilidad.

La prevalencia de trastornos mentales entre la población penitenciaria es consistentemente mucho mayor que en la comunidad general. Informes recientes sobre la atención a las personas con TMG en centros penitenciarios en España remarcan la carga significativa de personas con diagnósticos graves y la insuficiencia de recursos especializados dentro del sistema penal. Esto no es un fallo anecdótico, es una falla estructural que obliga a que la salud mental se resuelva en cárceles en lugar de servicios sanitarios adecuados.

El estigma, doble condena para las personas judicializadas.

El estigma contra las personas con trastorno mental es poderoso por sí solo; cuando se suma un historial judicial, el prejuicio se intensifica. Revisiones y estudios recientes muestran que la población general y, en ocasiones, incluso

profesionales de salud y justicia mantienen actitudes más negativas hacia las personas que combinan ambos factores (enfermedad mental + “conducta judicializada”), lo que reduce las probabilidades de recibir un trato terapéutico y oportunidades reales de rehabilitación. El resultado práctico es claro, mayor aislamiento, menos búsqueda de ayuda y decisiones judiciales que no siempre valoran las necesidades clínicas.

El efecto del estigma no es abstracto, influye en la autoestima, en la adherencia al tratamiento, en la búsqueda de ayuda y en la capacidad de rehacer un proyecto de vida.

El estigma condiciona resultados de salud, desde el retraso en la detección y el tratamiento hasta el empeoramiento de síntomas por falta de adherencia y por experiencias repetidas de rechazo social. Estudios sobre atención en prisiones han documentado que muchas personas optan por no pedir ayuda por miedo a las repercusiones (peor clasificación, aislamiento, etiquetado), y que la oferta asistencial es heterogénea e insuficiente en numerosos centros. Esto convierte la cárcel en un amplificador de daño para quienes presentan TMG. Y cuando existe una salida en libertad, la transición suele ser abrupta. A menudo no hay continuidad asistencial, lo que aumenta el riesgo de descompensación y de volver a entrar en el circuito judicial. No es un problema individual, es un fallo del sistema. Estas son las consecuencias clínicas y sociales del estigma en contextos penitenciarios.

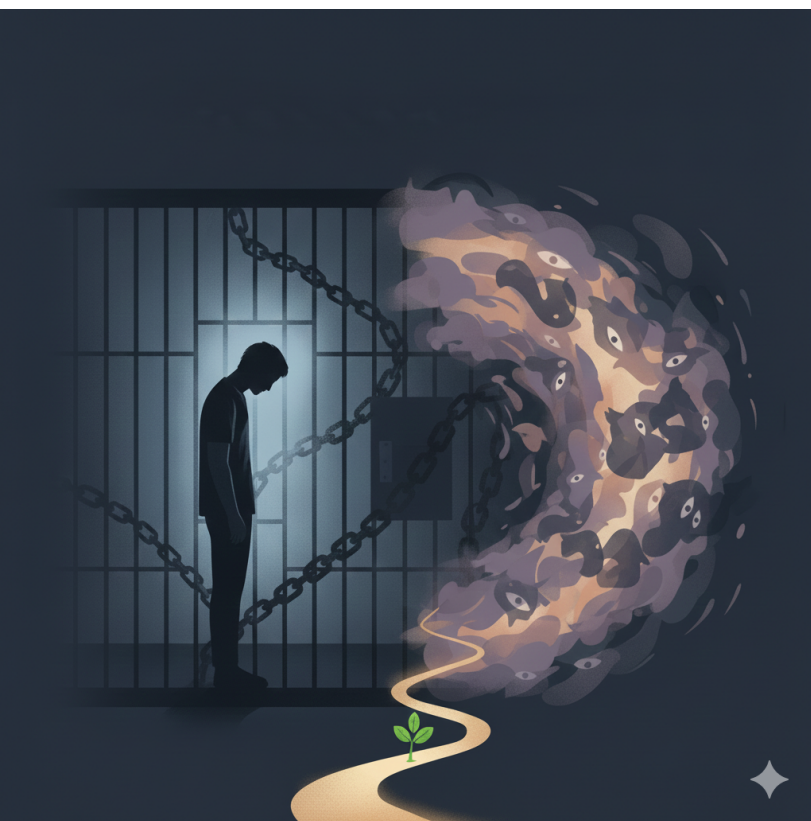
¿Por qué importan los matices diagnósticos y la formación profesional?

No todas las etiquetas diagnósticas generan el mismo nivel de rechazo; la evidencia señala que diagnósticos como la psicosis o la esquizofrenia suelen recibir mayores niveles de estigmatización, sobrevalorando el riesgo de peligrosidad. Frente a esto, es imprescindible formar a operadores jurídicos y sanitarios en evaluación clínica rigurosa, valoración del riesgo basada en datos y en la distinción entre conducta delictiva y comportamiento derivado de sintomatología no tratada. Esto no solo es

ético, mejora la precisión de decisiones clínicas y judiciales.

La buena noticia es que hay evidencia sobre estrategias eficaces, programas que integran salud mental y justicia (coordinación entre equipos penitenciarios, psicólogos, psiquiatría forense y redes comunitarias), intervenciones psicosociales estructuradas y programas de apoyo post-liberación reducen la reincidencia y mejoran la salud. Revisiones sistemáticas recientes recogen que las intervenciones diseñadas específicamente para personas con TMG en contacto con la justicia mejoran resultados cuando combinan tratamiento farmacológico, psicoterapia, apoyo psicosocial y soporte social coordinado. Documentos españoles recientes — como el Libro Blanco sobre atención a personas con TMG en centros penitenciarios— proponen rutas asistenciales claras y protocolos que deben implementarse con urgencia.

Si todo se conformase organizadamente y en aras de la construcción, lo primero sería la detección precoz y derivación efectiva, protocolos estandarizados en el momento de ingreso y en fases procesales que permitan identificar TMG y derivar a recursos adecuados. La formación obligatoria y continua, cursos para jueces, fiscales, policías y personal penitenciario sobre TMG, riesgo real vs. percepción y derechos sanitarios, donde las horas de formación entren dentro de horas retribuidas y no en la



voluntariedad. Existan modelos integrados salud-justicia, unidades mixtas, camas en unidades psiquiátricas comunitarias y alternativas penales terapéuticas para casos compatibles, planes de acompañamiento post-liberación, coordinación con servicios comunitarios para evitar “caídas” en la falta de tratamiento y la posterior reincidencia. Campañas consistentes antiestigma dirigidas y contextualizadas, no solo mensajes generales, sino intervenciones que incorporen contacto directo y formación con la comunidad penal y profesional.

Si queremos reducir estigma, judicialización y sufrimiento, hay que empezar por comprender algo esencial, la mayoría de las personas con TMG que terminan en el sistema penal no llegan ahí por peligrosidad, sino por falta de atención temprana, exclusión social y redes insuficientes.

Tratar el TMG como una cuestión de justicia en lugar de salud pública es costoso y poco eficaz. Una política que priorice la atención sanitaria adecuada, el respeto de derechos y la disminución del estigma generará menos daño individual y social, disminuirá costes a medio plazo y permitirá respuestas más humanas y eficaces frente al delito asociado a vulnerabilidad clínica. Cerrar el círculo, cobra importancia para toda la población.

Si algo debe quedar claro es que la combinación de TMG y judicialización no es una sentencia de por vida. La evidencia actual nos ofrece herramientas, evaluación temprana, tratamientos integrados,

formación y políticas coordinadas. Lo que falta, a menudo, es la voluntad para implementar cambios desde la salud, la justicia y la sociedad. Como profesional que trabaja cerca de estas realidades, reivindico un enfoque que articule ciencia, derechos y sensibilidad, dejar de penalizar la enfermedad y empezar a construir rutas reales de recuperación.

LA SALUD MENTAL DE LA JUVENTUD, UN PROBLEMA GLOBAL

Rus Martínez, psicóloga de ASIEM

“Los jóvenes hoy en día son unos tiranos. Contradicen a sus padres, devoran su comida, y le faltan al respeto a sus maestros.” decía ya Sócrates hace 2.500 años.

Históricamente hemos mirado a la juventud con perplejidad y preocupación a la vez que hemos esperado de ella que se adaptara sin pestañear a un mundo cambiante y caótico. Quizás, y solo quizás, ahí radique uno de los orígenes de lo que ahora nos inquieta como sociedad: estamos viviendo una pandemia silenciosa de problemas de salud mental en las personas jóvenes.

Si consultamos algunos datos publicados por la OMS sobre la salud mental de nuestros/as jóvenes encontramos estos datos escalofriantes: en todo el mundo, una de cada siete personas jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, lo que representa el 15 % de la carga mundial de morbilidad para este grupo; la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes. Además, se posiciona la muerte por suicidio como la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años.

Según el Barómetro Juvenil sobre Salud y Bienestar 2025 de Fundación FAD, más de la mitad (54,7%) de las personas jóvenes afirma haber tenido algún problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental en el último año. El 42,8% ha recibido algún diagnóstico profesional en algún momento de su vida, principalmente

de ansiedad, pánico o fobias (17,9%) o depresión (15,7%). Además, sólo uno de cada cuatro jóvenes ha buscado ayuda profesional siendo el coste económico (31%) y la idea de poder resolverlo por su cuenta (22%) las principales razones. Por último, un 43% de jóvenes afirma haber tenido pensamientos suicidas alguna vez, y un 7,6% los ha experimentado con frecuencia.

A nivel autonómico, según el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2023-2027, la situación es todavía más preocupante. La Comunidad Valenciana se posiciona como Comunidad con la mayor prevalencia registrada de trastornos mentales (25.1% vs 15.0%) a la vez que tiene una de las peores dotaciones en recursos asistenciales en Salud Mental.

En ASIEM vemos el reflejo de estos datos oficiales, muchas personas jóvenes con un trastorno mental se desvinculan de sus entornos naturales y de su proyecto personal, sintiendo una *“ruptura de su vida”* tras el diagnóstico, dificultando su participación en la comunidad y su inclusión. Si no se interviene, es probable que se desarrolle un peor pronóstico, mayor dependencia del entorno familiar y exclusión social. Cuando este es el escenario normalmente aparece un sufrimiento que tiende a desbordarse y desemboca en problemas graves de convivencia, pudiendo terminar en procesos judiciales e institucionalización de las personas con problemas de salud mental, disminuyendo radicalmente la calidad de vida de éstas y su capacidad volitiva.



En este contexto, desde el programa de Atención Comunitaria para jóvenes con problemas de salud mental acompañamos a jóvenes que por diversos motivos (autoestigma, bajas expectativas de recuperación, escasos apoyos, sintomatología etc.) se encuentran una situación concreta: 1) aislamiento, 2) relaciones conflictivas y/o codependientes con su familia, 3) mala adherencia al tratamiento o baja conciencia de enfermedad y 4) elevados niveles de angustia. Esta situación genera distintos niveles de

vulnerabilidad social y sanitaria ya que el aislamiento y la falta de adherencia a recursos públicos hace que las personas estén fuera del sistema sociosanitario.

Desde el programa intentamos prevenir este tipo de escenarios, esforzándonos en trabajar de una manera multidisciplinar, en red con los/as agentes implicados/as, con una intervención rápida, cercana, basada en el vínculo y centrada en las necesidades de la persona.

UN PASEO POR NUESTROS DERECHOS

Raimundo Rubio, voluntario de ASIEM



A hir, fent un xicotet passeig per la platja, pensava en diverses qüestions que em travessen com a ciutadà. Eixes qüestions havien de veure amb eixes coses del viure, la família, un mateix, el treball, la salut, etc.

Pensava que el dilluns passat vaig estar treballant quasi nou hores, sabent que per contracte em corresponen set hores i mitja al dia. Tinc clar que eixes hores que vaig fer de més, se m'hauran de pagar per extres o compensar amb hores lliures.

D'altra banda li donava voltes al fet que fa temps al meu pare li feia mal bastant una dels genolls i després d'animar-se a anar al metge per la seguretat social, li van comentar que li haurien de posar la seua segona pròtesi, esta vegada amb un robot manejat pel cirurgià.

Jo pense que tinc dret a treballar el que em correspon per contracte i el meu pare pensa que té dret a tindre una pròtesi i intervenció quirúrgica de qualitat i poder caminar millor gràcies als impostos que ha pagat.

Els dos tenim clar que tenim uns drets concrets quasi sense parar-nos a pensar excessivament.

Però per què es dona este fet? Per què tenim tan clar que podem reclamar alguna cosa que creem que ens pertany?

Són moltes les vies que han portat a normalitzar discursos i pràctiques que beneficien a tindre uns mínims de qualitat

de vida, la majoria, han passat per voler crear un marc social i polític amb drets per a totes les persones que convivim en un mateix territori.

Estes conquestes socials s'han aconseguit per la confluència de factors com la democratització progressiva i la lluita social i política.

A través dels moviments socials, de l'associacionisme i l'organització col·lectiva es van impulsar canvis en un sistema polític que va anar donant pas a la democràcia consolidant drets socials com l'estat de benestar, la sanitat universal, l'educació i els drets laborals.

Jo pense que tenim dret a continuar millorant, a defensar l'aconseguit i continuar avançant per vides més dignes.

Tenim dret a pensar que volem per a nosaltres i els nostres familiars, tenim dret a associar-nos, exigir i construir allò a què no s'arriba hui dia.

No s'han posat exemples en salut mental, perquè d'eixos ja tenim a casa uns quants, veritat?

Caminem, junts, juntes, cap al que mereixem. Donant-nos suport per a veure amb claredat quina volem reivindicar.

Ni més, ni menys.

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Pablo Cervera, Psiquiatra Hospital Doctor Peset

El primer episodio psicótico (PEP) constituye un punto de inflexión en la vida del paciente y de su entorno más cercano. La aparición súbita o progresiva de síntomas como delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento o cambios profundos en la conducta genera un impacto emocional significativo tanto en

proviene de las intervenciones familiares estructuradas, que han demostrado reducir las tasas de recaída entre un 30 y un 50 %. Meta-análisis recientes (Camacho-Gómez & Castellví, 2020; Gleeson et al., 2024) subrayan que incluir a la familia en el tratamiento no solo disminuye la probabilidad de recaída, sino que también



la persona afectada como en su familia. A lo largo de las últimas décadas, múltiples estudios han demostrado que la participación activa y formativa de la familia es un factor decisivo para mejorar la evolución clínica, funcional y emocional del paciente. Esta revisión sintetiza la evidencia más relevante sobre el papel de la familia en la psicosis temprana, con especial atención a la prevención de recaídas, la modulación del estrés y la mejora de la adherencia terapéutica.

La literatura especializada coincide en que el entorno familiar influye de manera directa en el curso del trastorno. Una de las contribuciones más sólidas

reduce la duración de los ingresos y mejora la estabilidad clínica a medio plazo. Estos resultados se explican en parte porque la intervención familiar contribuye a que los cuidadores identifiquen precozmente signos de descompensación y actúen como agentes de contención emocional y se pueda actuar precozmente en una recaída.

Un elemento clave en esta relación entre familia y evolución psicótica es la Expresión Emocional (EE). La EE se refiere al grado de crítica, hostilidad o sobreimplicación emocional que los familiares muestran hacia la persona con psicosis. Diversos estudios han confirmado

que los ambientes familiares con EE elevada incrementan significativamente el riesgo de recaída. Hooley (2021–2024) y otros investigadores han establecido que la psicosis es especialmente sensible al estrés interpersonal, y que las interacciones familiares cargadas de crítica o tensión mantienen niveles de activación emocional que dificultan la estabilidad del paciente. Por el contrario, entornos familiares caracterizados por apoyo, comunicación clara y reducción de la culpa favorecen una recuperación más rápida y estable.

Otro ámbito donde la familia desempeña un papel fundamental es la adherencia terapéutica. La psicosis, especialmente en sus fases tempranas, suele acompañarse de escasa conciencia de enfermedad, lo que lleva a muchos pacientes a abandonar medicación o rechazar seguimiento clínico. La familia actúa como puente entre el equipo terapéutico y la persona afectada: facilita la toma de medicación, acompaña a las citas, detecta efectos secundarios y ayuda a mantener rutinas de vida saludables. Estudios derivados de programas como RAISE-Connection (Dixon et al., 2020–2024) han demostrado que la participación familiar mejora la continuidad del tratamiento y, en consecuencia, reduce recaídas y hospitalizaciones.

Además de los beneficios sobre el paciente, la intervención familiar tiene efectos positivos sobre los propios cuidadores. La carga emocional, la incertidumbre diagnóstica, el miedo a la recaída y el estigma generan un impacto

considerable en las familias. Programas psicoeducativos, grupos multifamiliares y terapias centradas en habilidades comunicativas han demostrado disminuir los niveles de ansiedad, culpa y sobrecarga. Estudios recientes (Chaves Mateos et al., 2023; Zhang et al., 2024) muestran que cuando los familiares comprenden los síntomas, aprenden estrategias de afrontamiento y comparten experiencias con otros cuidadores, se reduce significativamente su malestar psicológico y aumenta su sensación de autoeficacia.

La evidencia científica es tan consistente que las principales guías clínicas internacionales incluyen la intervención familiar como un componente obligatorio en el tratamiento del PEP. Las guías NICE (CG178), la Guía de Práctica Clínica Española para el Primer Episodio Psicótico (2021) y las recomendaciones de la APA (2020–2023) coinciden en que toda persona con psicosis temprana debería recibir, junto con intervenciones individuales, una intervención familiar estructurada a medio o largo plazo. Este consenso subraya la importancia de integrar a la familia dentro de los equipos de intervención temprana en psicosis (EIP) y de ofrecer programas de formación y acompañamiento desde el inicio del proceso.

En términos prácticos, la evidencia sugiere varios. En primer lugar, la detección e intervención precoz son esenciales: cuanto antes se involucre a la familia, mayor será el impacto positivo en el pronóstico. En segundo lugar, la

comunicación clara, la escucha activa y la reducción de expectativas poco realistas disminuyen el riesgo de conflictos y fortalecen el vínculo terapéutico. En tercer lugar, la formación de los familiares en reconocimiento de síntomas, manejo del estrés y apoyo emocional constituye una estrategia de prevención primaria frente a recaídas.

En conclusión, el papel de la familia en el primer episodio psicótico es un elemento central, respaldado por una amplia base científica. Lejos de ser un factor secundario, la familia actúa como un agente terapéutico capaz de reducir recaídas, mejorar la adherencia, favorecer la recuperación funcional y proteger su propio bienestar emocional. Invertir en el acompañamiento y la formación de las familias no es solo una recomendación clínica, sino una necesidad para optimizar

los resultados terapéuticos y fomentar procesos de recuperación más humanos, estables y sostenibles.


Se deben realizar desde un primer momento, abordajes integrales y programas en los que se tenga muy presente la intervención familiar ya que va a ser un pilar fundamental en el que se va a sostener la recuperación y estabilidad de la persona.

EL PAPEL DE FAMILIA

en el 1^{er} EPISODIO PSICÓTICO (PEP)

CLAVES PARA LA RECUPERACIÓN

1. IMPACTO y EVIDENCIA




- PEP: Crisis en Pcte y Familia
- Familia Activa → + Evolución
- Reduce Recaídas (30-50%)
Mens Ingresos, + Estabilidad
- DETECCIÓN PRECOZ (signos)

Explicación:

- ESTRÉS Interpacional → Recaída
- BAJA EE (crítica/hostilidad) → + Recuperación
- ALTO APOYO + COMUNICACIÓN
Reducir CULPA/ANSIDAD → + Estabilidad

2. FUNCIONES CLAVE + Avances



ADHERENCIA TERÉÁTICA:


- Puente Equipo-Pcte
Meds, Citas, Rutinas

PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR:

- Comprender Síntomas
- Estrategias Afrontamiento
Reducir CULPA/ANSIDAD

GUÍAS CLÍNICAS (NICE, GPC Esp):

- Interv. Familiar = OBLOGTARIO
- Programs ITP:
INTEGRAL, FLEXILE, RÁPIDO



CONCLUSIÓN: FAMILIA = PILAR FUNDAMENTAL.
+ HUMANOS, ESTABLES, SOSTENIBLES.

DIARIO DE ABORDO

TeAM de ASIEM

Abro los ojos tras escuchar el despertador sin muchas ganas de empezar el día. Y no porque no quiera ir a trabajar. Más bien es que estoy tan a gustito entre las mantas que me da pereza levantarme. Estoy algo cansada pero recuerdo que hoy tenemos el día a tope mi compañero y yo.

Después de prepararme me voy de casa y como cada mañana cojo el autobús que está abarrotado de gente. Pero yo ya estoy acostumbrada y hago mi protocolo para molestar lo menos posible y poder estar tranquila.

Una vez que salgo del autobús me dirijo hacia el centro de salud mental. Escucho música en el trayecto y de repente suena una notificación. Miro el móvil y sonrío. Es mi compañero, dándome los buenos días y preguntándome cómo estoy. Le contesto diciéndole que estoy bien y que voy de camino, que me falta poco. Estoy contenta. Tengo un compi de lo mejorcito del mundo.

Llegamos casi al mismo tiempo al bar, donde cada mañana nos hacemos un cafecito antes de que empiece la jornada. Charlamos de nuestras cosas y encendemos el móvil del trabajo. Las notificaciones de algunas personas que atendemos nos llegan pero nos esperamos a contestarlas, ya que algunos/as usuarios/as vienen al bar para tomarse algo también y nos ponemos a charlar con ellos/as.

La siguiente tarea es ir a nuestra "oficina", que es la entrada del centro de salud para seguir charlando con ellos/as antes de tener una intervención individual.



Hoy no iremos al grupo de terapia ocupacional al que solemos ir. Empezamos a tener personas asiduas que quieren hablar con nosotros. Después de que entren al grupo de terapia ocupacional y despedirnos de ellos/as hasta que acaben e ir al GAM, nos dedicamos a contestar a las personas que nos han escrito.

Una vez hemos contestado ya falta poco para que llegue la usuaria a la que atenderemos hoy. Hace poco que tenemos contacto con ella y hoy es el primer día que viene presencialmente. Cuando llega vamos a un parquecito y nos cuenta un poco como está. Algunos problemas surgen en la conversación y nosotros intentamos ayudarle con nuestra experiencia, apoyándola en lo que necesite. Parece más relajada y una sonrisa aparece tras agradecernos el haber hablado con ella. Nos vamos los tres a recoger a los demás usuarios/as para ir a tomarnos algo antes de hacer el GAM y aprovechamos también para presentarla al grupo, ya que es su primer día. En el bar nos ponen al día de lo que han hecho en la

terapia ocupacional y sobre algunas cosas tuyas.

A veces las conversaciones fluyen sin parar y otras estamos en silencio, pero se nota que están tranquilos/as y a gusto.

Llega la hora de irnos y nos vamos al centro donde hacemos el GAM. Cuando llegamos preparamos las sillas en círculo entre todos/as y nos sentamos para empezar a charlar de nuestras preocupaciones, nuestras vivencias e incluso nuestros logros, recordando mencionar las reglas del GAM antes de charlar. No hablar de política, religión ni fútbol, respetar el turno de palabra y no sacar temas fuera del GAM que se hayan hablado dentro de él.

Una vez terminamos dejamos las sillas en el sitio y recordamos que el próximo GAM es dentro de dos semanas. Nos despedimos de las personas y nos vamos para casa.

La jornada ya ha terminado, pero mi compi y yo seguimos charlando de nuestras cosas mientras vamos para el tranvía. Ya no hablamos del trabajo pero tenemos la certeza de estar contentos

con él y con ganas de seguir los días siguientes para hacer caminatas, salidas culturales, terapia ocupacional en grupo y más intervenciones individuales.

Me despido de mi compi con ilusión y agradecida con el trabajo que tengo tan bonito y tan hecho para mí. Y también agradecida con todo el equipo que somos.

Mientras voy para casa leo el acrónimo que hice y que guardo en la agenda del trabajo como oro en paño.

Tenacidad para trabajar pico y pala.

Empatía para encontrarme con el otro.

Amabilidad para abrazar lo chungo.

Motivación para manifestar resultados.



ASIEM: ORIENTACIÓN Y APOYO EN SALUD MENTAL EN VALÈNCIA

Servicios principales de ASIEM Salud Mental Valencia



Información y Orientación



Información, orientación y asesoramiento social, psicológico y legal en salud mental para personas afectadas y sus familias.

Grupos de ayuda mutua



Grupos de ayuda mutua para personas con problemas de salud mental, familias, mujeres, jóvenes y autocuidado emocional.



Formación e inserción laboral



Talleres formativos, escuela de familias, voluntariado e itinerarios de inserción sociolaboral y apoyo al empleo.

Acompañamiento psicosocial y participación



Apoyo psicosocial, atención domiciliaria, actividades de ocio inclusivo, promoción de la igualdad y participación





AJUNTAMENT DE VALÈNCIA



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Educació,
Cultura v Deporte



confederación
SALUD MENTAL
españa

CIBER VOLUNTARIOS.org

caixa popular



Fondos Europeos

Diputació de València

SEPE Cofinanciat per la Unió Europea



Espai Dones i Igualtat
València



Financiado por la Unión Europea



Fundación Antoni Serra Santamans



GENERALITAT VALENCIANA
Vicepresidència y Conselleria de
Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda

FOR SOLIDARIEDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

icav

Ilustre Colegio de Abogados de Valencia

LA CASA DE LA MAR



Fundación "la Caixa"



INTERSINDICAL VALENCIANA



Labora



GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanidad

FUNDACION
QUAES



CERMI-CV



GENERALITAT VALENCIANA
Vicepresidència Primera y
Conselleria de Servicios Sociales,
Igualdad y Vivienda



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DEL INTERIOR