

Addressing Psychiatric Abuse Cases Uncovered Through National Research on Mental Health and Violence A national research project on violence and mental health has revealed that a significant pro...

Cambiando totalmente el sistema de la salud mental, transformando totalmente el concepto de enfermedad mental, poniendo un nombre más suave y más seguro para la persona que sufre en su interior, desapareciendo del historial del doliente, puesto que no hay marcadores biológicos, no se le puede llamar "enfermedad" a algo que se ha inventado y no haya seguridad en ella, y sobre todo tratando el problema más personal, de persona a persona.

Comentar con las personas las consecuencias de las actuaciones tomadas, cómo ha afectado a sus vidas, y plantear nuevos escenarios para intentar la deprescripción en estos momentos y le modo como podría ser llevado a cabo

Recomiendo varias actividades: 1. Aumentar conocimientos sobre trauma y patologización del trauma dentro personal clínico 2. Aumentar conocimientos y habilidades para detectar patologización 3. Aumentar el conocimiento sobre los derechos humanos en el área de la salud mental, por ejemplo, el programa QualityRights de la OMS. 4. Incluir la deprescripción en las directrices profesionales nacionales.

Creo que es imprescindible una política nacional de formación en este tema a lo largo de toda nuestra vida académica, incluyéndoselo el colegio e instituto (no hablando de trastornos pero si de como cuidarnos y no abusar de otros, de sus consecuencias, de como compartir el problema cuando esta en casa, en la escuela...), en las carreras sociosanitarias, dejando claro lo relevante de este tema que es fundamental en como es nuestra salud mental, y especialmente en los profesionales de salud mental con formación específica sobre esto, para tener recurso para cuidar a las personas. En esta política debe estar la deprescripción como en otros temas, pues el uso de fármacos para cuidar a personas que han sufrido traumas solo empeora. Pero específicamente en esto además tenemos que tener claro que la violencia institucional e interpersonal que se ejerce desde las instituciones intensifica y refuerza los problemas y para ello hay que saber dar otras respuestas, que deben ponerse en marcha desde los planes de salud. De todas maneras creo que deprescribir es algo que debemos tener claro, pues el uso de fármacos más allá de tener alguna utilidad en crisis donde por las circunstancias no hay otros recursos y las personas necesitan calma para poder manejar lo que esta pasando hasta que otros recursos se pongan en marcha, no debe nunca tener una orientación de "tratamiento de una enfermedad crónica", de "mantenimiento", para "prevenir" recaídas ...

Debería empezar con una gran trabajo de reconocimiento y reparación por parte de los psiquiatras. Instaurar protocolos de desmedicalización y crear redes de apoyo (incluyendo asistencia personal y acompañamiento entre pares) desde donde se pueda corregir la situación y acompañar los procesos individuales

Official apologies from psychiatry to the victims, acknowledging the wrong actions taken.

Establishing funding for a human rights-based psychiatry.

Un instrumento útil en la lucha contra el estigma y el respeto a los derechos humanos de esas personas es la formación de Quality Rights de la OMS. Desde las políticas públicas se debería introducir esta formación en los servicios de salud mental. Probablemente el hecho de haber mantenido durante un tiempo prolongado el tratamiento con neurolépticos recomienda a que los procesos de deprescripción deban realizarse más lentamente.

I don't know too many casualties to undo the harm , personally one of the culprits was a previous medical director who castigated individuals for not prescribing and yet no consequences for those involved

A national rollout is necessary

Seguimiento continuado desde la unidad de salud mental y coordinación intensa con atención primaria (equipo de su centro de salud). Coordinación con servicios sociales de primer nivel y con aquellos recursos de servicios sociales especializados Necesidad de aumentar la inversión y recursos humanos en dichos ámbitos.

Primeramente escuchando a la persona sobre como se siente con estos medicamentos, preguntándole si sabe exactamente lo que tiene pautado, y si creé que lo necesita. Sobre decisiones del pasado, pienso que es difícil revisarlas, pues por lo que veo, el acceso a pautas antiguas es muy complicado. Tenemos un caso de una persona diagnosticada con TOC que le pautaron nemea y ha estado años sobreviviendo, sin poder hablar, con muchos tiques. Al retirarles el medicamento, pasó a tener una vida normal, esta doctora ni le pidió disculpas. Pueden haber cambios, pero hoy en día, cuando le preguntamos la razón que una persona toma un antipsicótico es porque tuvo una crisis y le etiquetaron, una vez con este diagnostico, nunca más dejan de darte medicamentos. Y no veo por parte de las Fundaciones una implicación para cambiar la situación de las personas que están sobre su responsabilidad.

La implementación de la toma compartida de decisiones (TCD) y la deprescripción dentro de una reforma nacional de salud mental, especialmente en el contexto de reconocer el daño causado por la patologización del sufrimiento psicosocial, debe basarse en un enfoque ético, inclusivo y respetuoso de los derechos humanos. Para abordar el sufrimiento psicosocial y la violencia interpersonal e institucional, es crucial que se adopten enfoques que promuevan el empoderamiento de las personas afectadas, respeten su dignidad y ofrezcan apoyo integral

Es muy sencillo solo por tratarse de una cuestión de derechos y en este caso derechos humanos, si se quiere ayudar a la mentalidad de alguien hay que darle buenos consejos y apoyo, no drogas legales

Primero una formación especializada en los profesionales sobre victimización, hay mucho desconocimiento. Tratamientos basados en la evidencia

Deberia priorizarse en estos pacientes la ayuda psicológica. No hay que iniciar psicofarmacos en todos los casos.

nunca he vivido, ni en la actualidad ni en mi periodo hospitalario, casos de trauma o mal tratamiento del paciente. hay momentos en que un paciente de salud mental no está capacitado para la toma de decisiones en cuanto a medicación (psicosis, tr bipolar descompensado) y es el psiquiatra y la familia quienes deben tomar las decisiones. la toma de decisiones compartida siempre debe hacerse en pacientes con buen insight o conciencia de trastorno adecuada (tr. depresivos, ansiosos, etc). en cuanto a medidas, creo que habría que formar más a psicología y enfermería porque a veces actúan con poca paciencia y poca contención verbal ante según qué casos

Desde luego que el estigma es un problema fundamental en la vida de los pacientes en consultas de m.g. y también en consultas psiquiátricas. Sí, un grupo de pacientes psiquiátricos tienen historias de trauma, que el psiquiatra y el psicólogo clínico debe (creo que lo hace) intentar evidenciar.

Desconocía que muchos pacientes hayan sido (entiendo que nos referimos al momento actual, o digamos a lo que llevamos de siglo) institucionalizados sin consentimiento y que no hayan recibido un cuidado acorde a sus necesidades. El caso que se explica en el enunciado, de que además desgraciadamente hayan sido víctimas de abuso dentro del sistema de salud mental es algo intolerable, que constituye un delito y que debería ser puesto en manos de los jueces. El papel de las asociaciones de pacientes es fundamental en esto. Sobre la pregunta, la toma de decisiones compartidas en medicina entre el paciente y el médico debe presidir TODO acto médico. Es verdad que hay casos (especialmente en psiquiatría) en el que la propia enfermedad incapacita al paciente a ver la realidad, por lo que hay que tener en cuenta al entorno familiar en la mayoría de los casos. Pero fuera de estas situaciones puntuales, desde luego, la decisión del paciente debe ser respetada.

El primer paso es que los profesionales tengan mayor formación en trauma y como tratarlo. El segundo paso es que para detectar, explorar y tratar hay que: reforzar a los equipos para evitar continuas rotaciones de personal en los servicios ya que la no continuidad asistencial, obstaculiza el paso 1; igualmente dotar de profesionales suficientes para definir ratios de cupos de atención y

tiempo de visitas y capacidad de frecuencia de estas para poder llevar a cabo paso 1. No es posible una deprescripción si no hay un enfoque holístico y multidisciplinar

Es preciso introducir las preguntas por posibles, situaciones de abuso, violencia personal o institucional en las culturas organizacionales de las instituciones sanitarias. La formación de profesionales (actuales y futuros) debiera incluir estos contenidos de forma transversal. Esto ha de aplicarse de cara a la prevención de nuevas violencias y respecto a la reparación (en la medida en que sea posible) de los errores cometidos. Establecer también canales de escucha tanto institucionales como de orden superior en esta clave, y facilitar en los pacientes narrativas desde esta claves, pienso que puede contribuir a destapar estas situaciones. La comunicación y demanda/exigencia desde los colectivos en primera persona es perentoria.

Ante todo pedirles disculpas y comprender su dolor. Y de manera conjunta ver cómo se l@s puede acompañar en este nuevo proceso.

El cambio de paradigma debe ser generalizado, para que tanto médicos de AP como psiquiatras vean a los pacientes como sujetos con los que dialogar y tomar las decisiones de forma conjunta. En los casos en que se detecte sufrimiento psicosocial habría que proporcionar espacios institucionales para fomentar la recuperación de tal sufrimiento, así como apoyos de tipo material en casos de vulnerabilidad.

Incluyendo esa estrategia de toma compartida de decisiones en todos los planes de formación sanitarios desde el inicio (entendiendo que hay un porcentaje altísimo de prescripción de estos fármacos que no se realizan por profesionales de Salud Mental, es fundamental que se aplique en todos los ámbitos de lo médico/sanitario). La deprescripción, en el sentido en el que se plantea, sólo será posible si se consiguiera abolir el capitalismo, y para el resto de cuestiones desconozco lo que se podría hacer desde el punto de vista sanitario (sólo se me ocurren medidas políticas estructurales).

Es un tema complejo en el que el daño ocasionado no se puede revertir. Se trata de dar la mejor atención posible teniendo en cuenta el trauma y los daños sufridos previamente, utilizando las decisiones compartidas y deprescripción de tratamientos que no son necesarios.

El profesional representa a la institución y por tanto tiene que asumir en primera el error cometido, la reparación del daño, explicar la nueva actuación, el compromiso con otro tipo de ayuda mas basada en la escucha y el tratamiento individual del daño. Reconocer que no es posible la mejoría si al paciente no se le permite participar en la toma de decisiones y optar o elegir, que a partir de ahora podrá hacerlo. Deberíamos contar con recursos intermedios (pisos, centro de día, rehabilitación, psicoterapia TAC..) que permitieran desescalar la desinstitucionalización (no solo la medicación) intervenciones comunitarias y psicosociales y que permitieran en el tiempo que los pacientes que pudieran se acercara a unas vidas mas autónomas. Incremento de recursos psicosociales y comunitarios

Formación a los profesionales

Justicia restaurativa y cumplimiento de derechos humanos. No cronificación de la medicación.

Retirada al tiempo para observar y valorar. Y por su callar con medicación una situación de abuso.

Un estudio personalizado de historiales de personas , que se valoren indicios de violencia y se hayan realizadoun mal diagnostico de su problema.

This is an enormously complex question which is difficult to answer - of course personalised care, shared decision making should be the bedrock of all medical care. Recognition of harm is the most difficult thing for national mental health services to embrace. It is the right thing to do, and then it is right to be open about this with patients and victims. Adoption of the UNCPRD should definitely be prioritised and then there should be an active literature and advertising campaign to ensure that victims become aware of the change of heart, and that would help the culture to support those who have been harmed at a societal level.

Es fundamental la evaluación a través de un psicodiagnostico, efectuado por profesionales capacitados y especializados en este tipo de temáticas (trauma), con el propósito de brindar herramientas específicas y valoración del caso en particular en pro de la toma de decisiones. Lo

anterior es una medida tanto preventiva como restaurativa. Por lo demás el proceso de psicodiagnostico debería aplicarse en distintas fases del proceso para valorar la evolución, sobretodo en casos que se recurre a la institucionalización.

We already have a specific area dedified to support victims of physical, psychological, economic and gender-based violence

Regular counseling, providing information in a transparent manner, and a clear plan to mitigate the long term side effects could be helpful.

An argument has been made that the nature, extent and duration of abuse perpetrated by psychiatry warrants the establishment of a truth and reconciliation committee akin to that which took place in S Africa at the end of apartheid. Linked to that process should be a mechanism for people to tell their stories seek receive trauma informed expert care to de-prescribe and receive compensation. I am however mindful that such abuse is not only a historical problem but an ongoing issue with repeated instances of abusive practice being reported in UK institutions. We need firstly to start with ensuring we address the problems that much of uk in-patient mental health care is traumatising. Patients report high levels of restraint, seclusion and female patients continue to report sexual assault.

Big question, with many aspects to it. First, the question of exploring the effects of trauma prior to psychiatric and other "care", and how symptoms related to PTSD, dissociation, affect regulation, etc. were misdiagnosed... these need to be addressed and helped directly, and misdiagnoses removed and replaced, but without the person losing benefits and service access, but access to more appropriate services. As trauma and inappropriate medications can create or worsen metabolic and inflammatory problems, these need to be treated (see above). These physical interventions and psycho-social interventions can help create the appropriate stabilization to later do trauma-focused work, if the person chooses to do so. The institutional abuse needs to be handled on both the level of the abused, as well as witnessing and education work on the level of training and supervision for staff, who will have to face moral injury.

Para la primera parte, el sistema estructuralmente está infradotado tanto en profesionales de la psicología, así como en formación en psicoterapia en los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. Ello lo expongo porque el número de profesionales que dedica tiempo suficiente de escucha para obtener y crear las historias de trauma psíquico, considero es muy bajo. Dar valor a la historia y narrativa de la persona afectada implica escucha y tiempo, ambos muy deficitarios. Para retirar medicación se deben tener otros factores sostenedores activos, como el vínculo y lo social, por ejemplo. El sistema debe cambiar su modelo y enfoque. Debe de tener presente que por cada psiquiatra se deberían tener 10 enfermeras especialistas y 10 psicólogas. Saber que la propia institución somos generadores de traumas o retraumatizamos, el cambio debe ser centrado en los nuevos casos, para que vinculen sin los traumas que exponen los "supervivientes de la psiquiatría". Los casos ya instaurados son mucho más difíciles de recuperar, pues el cambio ideológico profesional es muy difícil de modificar.

Hacer formación a profesionales sobre estos temas, desestigmatizar incluso los dx de TP que se ponen a muchas personas con trauma... y empezar a incluir a la persona en la toma de decisiones, previamente habiéndola informado. La mejor manera de enmendar un error es reconocerlo y emplear medidas para hacer las cosas como corresponde con los nuevos casos. Preguntar a las personas cómo se las puede ayudar, aunque haya pasado tiempo.

By giving the best care possible to come off medication. Including in time adjustments of the tapering schedule; patients are in control. So no 'set and forget' with fixed schedules! Not to encourage to tolerate symptoms to endure the schedule, but listen to patients and give them time and personalized tapering doses.

Trauma informed admission and an individualised plan of care (including choice of interventions received) drawn with the patient and/or their significant others

Iniciar procesos de justicia restaurativa, formación en trauma y diálogo abierto, favorecer la figura del experto por experiencia, abandono del uso del DSM como requisito para recibir apoyo en el sistema de atención a la salud mental.

Multidisciplinariedad comunitaria y apoyo psicoterapéutico más seguimiento psiquiatría

Apoyar mas a los servicios de salud mental no farmacologicos, con la inclusion de profesionales capacitados mas allá de los psiquiatras y psicologos, como educadores sociales, trabajadores familiares, enfermeros, etc, que tambien puedan manejar estas patologias de manera oportuna, sin la necesidad de tener que esperar 3-4 meses hasta que lo pueda ver un especialista medico.

This is too complicated and the establishment is too deeply set in maintaining its psychiatric-pharmaceutical industry path. First this complex of profit-driven industry needs to be shut down -- The prediction and signs are that this will not happen. Somebody who knows how to cope with emotion might be best placed to teach such victims (for example, see Adaptation Practice).

Escuchando sus fortaleza y viendo cómo potenciarlas y a nivel estructural creando servicios adecuados a sus necesidades

Promover toma de decisiones compartidas y orientar la organización hacia una línea que tenga en cuenta el trauma informado.

Comenzando por el Estado en reconocer que ha habido una responsabilidad de su parte para que estos casos se hayan producido. Que en muchos casos no ha creado ni fomentado condiciones de trabajo interdisciplinario efectivo. Al contrario, ha tenido un papel como de facilitador del “todo vale” en la facilitación de la prescripción sin mucho control. Luego las instituciones, en los casos que no han creado y desarrollado condiciones de trabajo interdisciplinario que pudiera haber prevenido de excesos. Finalmente los profesionales que trabajan en psiquiatría y tienen un compromiso y responsabilidad en la prescripción y no aceptan la condición global de la persona medicada, ni tampoco la imperiosa necesidad de un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario. Alguien tiene que pedir disculpas por haber llegado donde se ha llegado y se han de hacer programas especiales para los afectados, que además de su padecimiento, pueden estar ya cronificados y padeciendo el trauma de un tratamiento inadecuado.

Los pacientes enfermos mentales graves que necesitan curatela actualmente en su grandísima mayoría son respetados y tratados correctamente.

Más allá de una política de gobierno que se posicione en este sentido en relación a lo dialógico, es fundamental encontrar instrumentos que permitan trabajar la toma de decisiones compartidas. Estos instrumentos son siempre coordinadas generales que deberán aplicarse en un proceso dialógico continuado. Los instrumentos no deberían ser una norma de conducta o de procedimiento, sino una estructura de coordinadas orientativas. Al mismo tiempo es urgente, para llevar esto a cabo, la desjerarquización de los equipos. Un abordaje transdisciplinar que permita tomar decisiones y asumir riesgos de forma compartida y dialogada entre las personas, disciplinas y roles. La estructura piramidal de los equipos sanitarios es uno de los obstáculos clave en la relación dialógica entre ellos y en relación a las y los pacientes.

Todos los sufrimientos son psicosociales. Los traumáticos, los que tienen defensas psicóticas, los que entendemos dentro de los cotidiano. Todos. Y todas las personas con malestar de características extraordinarias sufren algunas tipo de violencia. Bajo estas premisas, cualquier persona debe recibir protección y apoyo. Además, lo dice la Ley.

I am not sure, but I imagine looking for these signs and implementing modes of therapy is vital before deprescribing. Moreover, there should be protection for those who need a respite from traumatic situations either through cooperative housing or witness protection.

I suggest a cooperative agreement with Citizens Commission on Human Rights International.
<https://www.cchrnt.org/>

Más recursos sociales y humanos. Más apoyo institucional, autoorganización de grupos propios, automedicación informada. Más información. Derecho a vivienda y trabajo, (a balancear desequilibrio histórico de capital social/económico y cultural). Reconocimiento de la violencia asociada a la atención y su relación con un modelo de defensa social con punto de partida en el maniconio (estructura de exclusión y desposesión a disposición del diagnóstico y la carrera asociada para el diagnóstico. Todo para el médico (legitimidad total) que rellena la categoría vacía que da lugar al "paciente". Este paciente ejemplo justifica y generaliza después la atención psiquiátrica ambulatoria sobre idéntico esquema y defensa (frente a los males sociales). Estructura sanitaria descentralizada geográfica y teóricamente del hospital, otro modelo de atención que no gire alrededor de la hospitalización -largo, medio o corto plazo o los servicios de urgencias. Alternativas de tratamiento y voluntades anticipadas. En suma, ponérselo fácil a las personas para una participación social real (en los tiempos que corren, dotarles del capital históricamente negado). Y recursos para ponérselo fácil a aquellos que proporcionan la atención (y dificultar a la hora de contener)

En respuesta a la primera pregunta, la única forma sería reevaluar el diagnóstico, ya que si no se aborda el trauma no suele haber buena respuesta tampoco, al tratamiento neuroléptico. Sería también buena idea reconocer delante del paciente el error cometido y pedirle disculpas. En respuesta a la segunda pregunta, es importante conocer bien la historia clínica del paciente y no dejarse llevar por los prejuicios o comentarios peyorativos del personal de la institución. Hay que analizar los hechos y comportamientos pero no hay que juzgar a los pacientes.

Here, again therapeutic alliance is important. It would also be vital to draw on peer support, especially from those who have had their trauma recognised already and worked through it. (The work of Jacqui Dillon would be an excellent example.) Also, it might be worth drawing on the Power Threat Meaning Framework, developed in the UK with service users.

Implementar conferencias M&M regularmente en el hospital para debatir los casos e invitar a pacientes y allegados a esas reuniones. Triálogo.

He acompañado muchos casos en estas circunstancias. Creo que está pasando sobre todo con las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de Personalidad. Tienen tratamientos muy invalidantes que les hace no tener la capacidad de un acompañamiento psicológico adecuado para sanar y tener nuevas herramientas de gestión emocional en su día a día. La medicación tiene que estar muy acorde al trabajo terapéutico que se hace con la persona. El problema que vemos es que no hay un trabajo respecto al trauma, solo respecto a los síntomas como la autolesión o la emoción desbordada. Creo que hay que coordinarse de forma real entre los recursos sanitarios para ofrecer un tratamiento adecuado para cada persona.

en mi opinión, no existe una única causa que explique el trastorno mental (en este caso el abuso o trauma como causa). por ello, no creo que fuese conveniente centrarse en un "mal diagnóstico" sino en los efectos del abuso, trauma, violencia institucional o estigmatización. en cualquier caso, lo fundamental creo que pasa por el reconocimiento de la violencia institucional y el reconocimiento del otro como persona con derechos y que deben promoverse la creación de grupos de apoyo mutuo para personas afectadas y que puedan mantener una interlocución a nivel institucional.

Nuevamente mediante comités de bioética y comisiones de valoración. Reparación de daños por parte de las instituciones responsables y la creación de un observatorio nacional de víctimas. Una mejor anamnesis? Una mejor historia clínica? Y que los psiquiatras vean a los pacientes. La fórmula de inyección trimensual de Nlp y que lo vean en enfermería es una negligencia profesional y pocas ganas de trabajar. Cada vez más los nuevos psiquiatras ejercen a distancia sin explotar a los pacientes

Ongoing screening for IPV particularly for gaslighting and coercive control because research demonstrates links to PTSD. Personally I suffered a consent to a protective order for my STB because I could not live my life with my abusive ex husband any longer. I lost custody of my kids

bc of this from a divorce. The VAWA act did not seem to protect me at all. I was hospitalized for a CYA move by a cop who thought my black mascara was proof of some kind of bipolar episode.

Debería fomentarse la reparación por parte de las instituciones en la medida y modalidad que cada persona dañada lo considere adecuado. En muchas propuestas de la justicia restaurativa, cuyo origen se relaciona con comunidades de países del sur global pueden encontrarse muchas claves, reconociendo siempre la autoría y el contexto de las mismas.

En primer lugar, habría que identificar adecuadamente a este colectivo. No olvidemos que el trauma puede ser causa pero también desencadenante de una cascada de eventos neurofisiológicos (y por tanto, psicológicos) de difícil reversión, en los que el tratamiento con antipsicóticos podría ser protector. En todo caso, tratamientos psicológicos y farmacológicos no tienen por qué ser antagónicos, siempre que se integren en una aproximación comprehensiva al malestar del paciente. Lo que habría que garantizar, más que la necesidad de desprescripción, la de un abordaje psicológico/psicoterapéutico para este colectivo.

Es imposible abordar este tema sin un refuerzo adecuado de planillas. Con el número de profesionales en dispositivos públicos no es posible realizar este trabajo. Como medidas a adoptar: incremento de número de psiquiatras y psicólogos clínicos.

Me parece una pregunta inadecuada. No considero que se realice un uso inadecuado de los neurolépticos dada la considerable escasez de recursos asistenciales y de personal cualificado. Si dependemos en exceso de los psicofármacos es por propia precariedad del sistema.

Exhaustivo pero necesario trabajo de revisión de casos. Poder proporcionar un espacio (de varias sesiones si son necesarias) donde re-evaluar, escuchar y atender a las necesidades de las personas atendidas, en su marco más holístico e integrativo, su historia vivida y su percepción del recorrido por las instituciones psiquiátricas. Acogidos por profesionales que sepan detectar donde se han vulnerado sus derechos y su persona. Detectando dónde pudo haber casos de iatrogenia y re-traumatización, dando valor y a los posibles síntomas o actuaciones en el pasado detectados como parte de una enfermedad, que pueden ser vistas ahora como defensas psicológicas ante tales violencias institucionales. Recordar que no solo en el marco sanitario se han vivido tales violencias. Debemos reconocer que hemos educado al entorno social, familiar y laboral de las personas atendidas con una visión que fomentaba la violencia y la reiterada vulneración hacia ellas. El estigma, decidir por ellos y la cohibición personal que todo ello comporta ha afectado al desarrollo emocional y cognitivo de los pacientes. Debemos tomar medidas individuales (formaciones, soporte a la atención, recursos, espacios de debate y decisión, cambios estructurales, fomentar el uso de sugerencias, quejas y reclamaciones como profesionales, etc.) e institucionales, a nivel organizativo, estructurales. No podemos entender ni aceptar que el cambio no sea fomentado y revisado por las entidades estatales, las principales interesadas en este proceso. Deben garantizar ayudas y posibilitar tal transición, no quedarse en la mera escritura de leyes (tardías) sin proporcionar al mismo tiempo medidas plausibles para su ejecución.

Ante todo se debería realizar un ejercicio de honestidad y articular mecanismos de supervisión y control para evitar que situaciones similares se produzcan en un futuro. En esencia, no comparto el argumento que se debería resarcir - ex post facto - el trauma o sufrimiento generado a través de compensaciones económicas y/o monetarias a título individual a las personas afectadas pero sí que se debería garantizar: 1) Que se articule el apoyo necesario para que las personas puedan acceder al mismo; 2) Que se actualizan las competencias de los profesionales involucrados para actuar en base a nuevos estándares de DDHH; 3) Que se establezcan organismos independientes o nuevas figuras que permitan identificar y hacer frente a potenciales situaciones de abuso en el sistema de salud, salud mental o servicios sociales.

Para poder hacer esa transformación es preciso que cada vez más profesionales se sensibilicen con el impacto que las experiencias adversas tempranas o experiencias violentas vividas tienen en la expresión de clínica psiquiátrica. Si esto no se contempla, si no se valida o reconoce por parte del profesional, el paciente no se beneficiará de la reforma teórica porque no se llevará a la práctica. Las medidas para poder conseguir esta sensibilización de profesionales y pacientes pasan por: - romper conflictos de interés -humanizar la formación desde el grado de Medicina -incluir en el MIR de psiquiatría una formación explícita sobre este componente (impacto del estrés y la violencia, poniendo además acento en la relevancia del impacto en las experiencias en periodos infanto-juveniles -Recomendar incluir en la historia clínica del paciente una recogida de datos sistemática sobre patobiografía/linea de vida que incluya también infancia, adolescencia, inicios de vida adulta, con sus factores de riesgo y protección, etc. -Incluir en la historia clínica un consentimiento informado al prescribir psicofármacos y una recogida de la hipótesis del paciente "qué cree usted que le pasa, causa del problema, mejor solución al problema...". Primero dándoles voz y sentido a su proceso de "locura ",entre profesionales, con sus familiares ,entorno etc.. este dato se ignora demasiado a menudo y las consultas de SM no están diseñadas para esa escucha