

## Indignación y psiquiatría comunitaria

En estos tiempos de insistentes contiendas partidistas aparecen en escena corrientes de aire fresco que renuevan el claustrofóbico ambiente electoral exigiendo “democracia real” lo que induce a reflexionar sobre esa democracia verdadera enarbolada en las protestas. Casi todos los regímenes políticos se dicen democráticos, pero será el grado de participación social efectiva en la toma de decisiones públicas lo que marque los límites. Participación que no cae del cielo, sino que depende de la existencia de unas instituciones que la propicien y de una ciudadanía activa e implicada. Ambas suelen estar poco presentes, y es que cuando uno elige entre los términos de una alternativa está dominado por el que diseñó la alternativa decía Jesús Ibáñez. Pero aspiramos a que las cosas cambien.

Denuncian ese núcleo económico duro de empresarios buscadores de concesiones, contratos, privatizaciones, “pelotazos” diversos y de políticos conseguidores, que facilitan el continuo asalto de lo público. “Mucho chorizo y poco pan”, sintetiza un eslogan muy difundido, muy aceptado. Las actuales protestas tienen la virtud de romper la mansa apatía que ha venido otorgando impunidad a nuestros insignes “chorizos” e invitan a cambiar en un Estado democrático pero esto podría sonar mal. La democracia dicen que es un engaño; lo era ya desde que se inventó entre los antiguos griegos en Atenas y en otros sitios. Fundada en esta confusión que el término mismo denuncia: *demos* y *kratos*. *Kratos* es poder y *Demos* se supone que es pueblo, pero este, sea lo que sea de los avatares de cualquier historia, nunca llega a tener el poder, pareciera que el poder está contra el pueblo.

Hasta hace poco nos decían que carecíamos de futuro pues el problema se venía incubando tiempo atrás en la generación ni-ni. La misma que está opinando y expresándose. Estamos siendo testigos de fenómenos sociales, de diálo-

go masivo cual experiencias de grupo grande en las experiencias grupoanalíticas.

Igualmente tiene valor la indignación en Asturias de las gentes de la AEN y de los familiares integrados en FEAFES tras las polémicas opiniones vertidas por el catedrático de psiquiatría Julio Bobes en la prensa local, descalificando el modelo de atención en salud mental en esa comunidad. Lo cierto es que el sistema de atención a la salud mental asturiano, que ha de mejorar, fue pionero en programas e iniciativas propias de la psiquiatría comunitaria y ha seguido desarrollándose estos últimos años. Los modelos comunitarios desarrollados en Avilés y Gijón han demostrado su efectividad y están siendo adaptados y validados en otras CC.AA., y en otros lugares de Latinoamérica y de Europa a requerimiento de la propia Organización Mundial de la Salud. Lograr que aumenten los recursos comunitarios, reducir los ingresos hospitalarios, ser reconocida la calidad de los servicios asturianos de salud mental, demostrar efectividad y eficacia y, además, ser respetuosos con los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias si está en consonancia con las Estrategias de la OMS en su región europea, de la Conferencia Interministerial de la salud mental de Helsinki o del Ministerio de Sanidad.

Esfuerzos para que la implantación del modelo comunitario de atención a la salud mental fuera real en las autonomías, y para que a nivel estatal las recomendaciones derivadas de la Estrategia de Salud Mental se llevaran a cabo en cada uno de los sistemas de salud se han realizado y sean de realizar ante los nubarrones en algunas autonomías donde la sanidad pública está es riesgo. La evaluación de la Estrategia pone de manifiesto que el grado de implantación de estas recomendaciones es desigual y moderado, en cada uno de

los sistemas de salud mental autonómicos. Sigue habiendo disparidad en cuanto a las dotaciones y dispositivos en las distintas redes de salud mental, y en cuanto al nivel de integración de las redes de salud mental y de drogodependencias; los contratos con las entidades concertadas y con sus profesionales son precarios; y los profesionales, usuarios y familiares tienen todavía una participación insuficiente en los procesos de gestión y de planificación de los servicios.

Ya allá en 1985 el Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica delimitó principios y filosofía, directrices y recomendaciones a seguir en el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, para un nuevo modelo de atención a la salud mental. El discurso de entonces se ha mantenido en gran medida aunque a las jóvenes generaciones les suene a algo lejano pero el discurso y la acción de la psiquiatría positivista.

El paciente-usuario-enfermo-trastornado-cliente en su condición de experimentar “algo” ajeno, llámese dificultad para dormir, ansiedad, decaimiento, obsesividad, desatención infantil, inseguridades múltiples o esas enfermedades que no lo son o las que no sabemos definir o de donde vienen pero que con aquel comprimido se palian, y si es así poco importa si la causa está en el cerebro, en el medio ambiente o en la forma de relacionarse. El remedio prescrito es quien determina la hegemonía desde hace años, desde la “década del cerebro”, de la psiquiatría biológica.

Todo intento de cambio para la mejora de la asistencia y de los derechos de los pacientes, los derechos de las personas necesitadas de atención, de ayuda, en estos tiempos de vacas flacas pasa a ser cuestionado. No se lleva tanto eso de la reintegración a la comunidad, el fomento del empleo o de las redes sociales, menos aun de los sectores de los márgenes. La lluvia de reacciones tras el comunicado sobre el final definitivo de la actividad violenta en el País Vasco nos hace soñar y esperamos se acompañe de novedades sociales y políticas. Por cierto, grata coincidencia con el encuentro sobre derechos humanos y salud mental de la AEN en Bilbao, que esperamos también anime a nuevas energías en estos difíciles campos de intervención psicosocial y comunitario donde somos un pequeño referente.

Las expectativas son muchas y se abren nuevas áreas relacionadas con el dolor causado por la violencia, por las violencias. Hay tarea para las personas más motivadas. Al resto también nos alcanzará. Nos iremos viendo en las diferentes iniciativas.

La obligación como profesional es contribuir a que los recursos que existen se aprovechen mejor, sean más eficientes, lleguen a más personas afectadas y sean de mejor calidad; y hacer el sistema más sostenible. Y es nuestra obligación transmitir a la sociedad y las instituciones públicas la importancia de la atención a la salud mental y la repercusión global que tiene sobre la ciudadanía y sobre el propio desarrollo económico. Tanto más en estos momentos de crisis.

Iñaki Markez

# Preocupación en la psicología clínica por el itinerario curricular

Para la AEN, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) y las organizaciones profesionales relacionadas con la psicología clínica, nos preocupó enormemente la inclusión en la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social de una disposición adicional que instaba a la creación de una nueva profesión sanitaria titulada y regulada de la Psicología (distinta de la ya existente de psicólogo clínico), sin que se hubieran resuelto las cuestiones relativas al itinerario que ha de seguir la Psicología desde el Grado hasta la formación sanitaria especializada.

De un lado, este nuevo escenario podría suponer una oportunidad para la superación de un largo y amargo desencuentro en el ámbito de la psicología, acerca de la consideración como profesionales sanitarios de quienes sin haber realizado una formación especializada en psicología clínica ejercen una actividad profesional privada en el ámbito de la psicología de la salud con una formación básica específica. Ni los anteriores estudios de licenciatura, ni los actuales de grado garantizan una formación clínica teórico-práctica que permita a los egresados de las facultades el ejercicio profesional sanitario con un mínimo de calidad y seguridad para los ciudadanos que demandan una atención psicológica. La determinación de que un master regulado sería la formación específica que garantice un mínimo de calidad y homogeneidad, en la formación de los futuros profesionales que se orienten a la atención sanitaria, había sido uno de los lógicos puntos de acuerdo entre las diferentes sectores profesionales de la psicología... dentro de un itinerario formativo que en un desarrollo lineal completo debería conducir a la formación especializada en psicología clínica: grado en psicología más master sanitario, habilitando en un primer nivel para el ejercicio como psicólogo general sanitario y, para acceder al segundo nivel formativo, a la formación especializada en psicología clínica.

Sin embargo, de otro lado, la aprobación de la disposición adicional sexta sin hacer mención al itinerario formativo de la psicología clínica, dejaba sin resolver la reivindicación básica que desde

la psicología clínica hemos venido defendiendo, en aras de garantizar una formación y capacitación de calidad de los especialistas en psicología clínica, (Grado + Master + PIR) y de evitar, de otro lado la creación de una doble vía paralela para el ejercicio profesional sanitario.

La reciente aprobación por parte del Congreso de los Diputados de una disposición adicional introducida en la tramitación del Senado de la Ley General de Salud Pública, que crea la figura del Psicólogo General Sanitario, de nuevo sin haber regulado en la misma el acceso a la formación de Especialistas en Psicología Clínica, ha confirmado nuestros temores. A pesar de las diversas gestiones y contactos que desde la CNEPC, la AEN y las demás asociaciones de psicólogos clínicos hemos venido realizando en los últimos meses, el itinerario curricular de la especialidad de psicología clínica no ha sido finalmente introducido como hemos demandado, por convicción y coherencia con la apuesta por un modelo formativo al servicio de la calidad asistencial de los ciudadanos. Ha prevalecido el interés particular de los sectores colegiales y universitarios, menos comprometidos con una visión global para una atención sanitaria de calidad y más interesados en la creación del master y en la de otra profesión sanitaria paralela a la especialidad en psicología clínica.

Este nuevo escenario no significa que el proceso está finalmente concluido. Desde la AEN, la CNEPC y desde todas las asociaciones de psicólogos clínicos, debemos seguir trabajando sin descanso para concluir de una manera completa el proceso que se ha abierto de regulación de las profesiones sanitarias de psicología. En ello va la coherencia de un modelo formativo que garantice la atención sanitaria de calidad que demanda y merece la sociedad española, y por la que venimos trabajando los que estamos comprometidos con un Sistema Nacional de Salud eficiente y orientado a las mejores prestaciones para los ciudadanos.

Juan Fco. Jiménez Estévez



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.