

Volumen IV



N°11



N°12



N°13

Volumen III



N°9



N°10



N°5



N°6



N°7



N°8

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental:

Revista de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Consejo Editorial:

**Francisco Chicharro
Oscar Martínez-Azumendi
Mónica Póo
J. Jose Uriarte
Ander Retolaza**

**Director
Revista NORTE:**

Iñaki Markez

**Consejo Asesor
y de Redacción:**

Aparicio, D.	Ayerra, JM.
Ballesteros, J.	Berrios, G.
Candina, A.	De la Rica, JA.
Elizagárate, E.	Erkizia, B.
González-Pinto, R.	Guimon J.
Gutierrez Fraile, M.	Hernanz, M.A.
Iraurgi, I.	Jimenez Lerma, J.M.
Lasa, A.	Marijuan, M.
Malda, C.	Marín, M.
Marquín, F.	Medrano, J.
Santander, F.	Totorika, K.
Vega, A.	Verdejo, M.
Ylla, L.	Zuazo, JI.

Sede Social: Barrencalle, 40, 1º. 48005 Bilbao. Tlf: 94 416 22 02.

www.ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de "NORTE de Salud Mental" salvo que esté así especificado.

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
IME (Índice Médico Español).



NORTE de Salud Mental

Revista de la Asociación de Salud Mental y

Psiquiatría Comunitaria

Osasun Mentalaren Elkartea

Vol IV nº13, Diciembre 2001 - Febrero 2002

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276 48990 Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Portada:

Portada de las Jornadas Internautómicas del Norte.

Logo Norte de Salud Mental:

E.Chillida.

Publicación cuatrimestral (3 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 900.- ptas.

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

- Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza

Colabora:



OSASUN SAILA

- Labora

Este ve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly, Pfizer, Glaxo SmitKline, Almirall-Prodes, Wyeth-Pharmacia.

ISSN: 1578-4940

D. Legal:

S U M A R I O

TRASTORNOS EN SALUD MENTAL INFANTIL

Tiempos medernos y niños hiperactivos _____	11
Fernando Martín A duriz	

TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

Abordaje del enfermo mental severo desde una unidad de rehabilitación _____	19
De siderio Lopez Gomez	

Gestión clínica, rehabilitación y atención a la enfermedad mental severa de curso crónico _____	25
J.José Uriarte.	

Trastornos mentales severos en un CSM. Análisis de necesidades _____	37
Marcelino Lopez García - Paz Arias García	

CONFERENCIA

El recorrido subjetivo de los usuarios _____	47
Roberto Mezzina	

Recent developments in european Mental Health: change, choice, conflict and challenge _____	55
Shulamit Ramon	

PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas _____	69
Gonzalo Martínez Sando	

Coordinación con atención primaria: Una visión posibilista _____	83
Oscar Martínez Azurmendi	

La transmisión de información y la relación medico-paciente en el contexto de un hospital general _____	93
Concepción Fernández Pol	

EVALUACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL

La evaluación desde la gestión _____	101
Alvaro Iruin Sanz	

La evaluación en Salud Mental: La evaluación como evolución _____	107
Ana Esther Sánchez	

PSICOSIS: UN CONCEPTO EN REVISIÓN

Psicóticos en el geriátrico _____	113
Guillermo Rendueles	

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL NORTE

Situación asistencial en Castilla León _____	125
Pilar de la Viña	

Salud mental en Euskadi _____	131
E. Chicarro Lezkano	

AGENDA

Próximas citas _____	139
-----------------------------	------------

Normas de publicación

La Revista **NORTE de salud Mental** considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de **Norte de salud mental** y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental** (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@euskalnet.net) 2 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A 4, numeradas correlativamente. Junto a ello se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos (s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 folios y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 6 folios y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 25 folios o tablas.

Normas de publicación

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal".

Las *tablas y gráficos* se enviarán en hoja aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver"):

Artículos de revistas

Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más. Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Sin nombre de autor

Cancer in South Africa [editorial], *S Afr Med J* 1994;84:15.

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Indicación de una organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

Normas de publicación

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

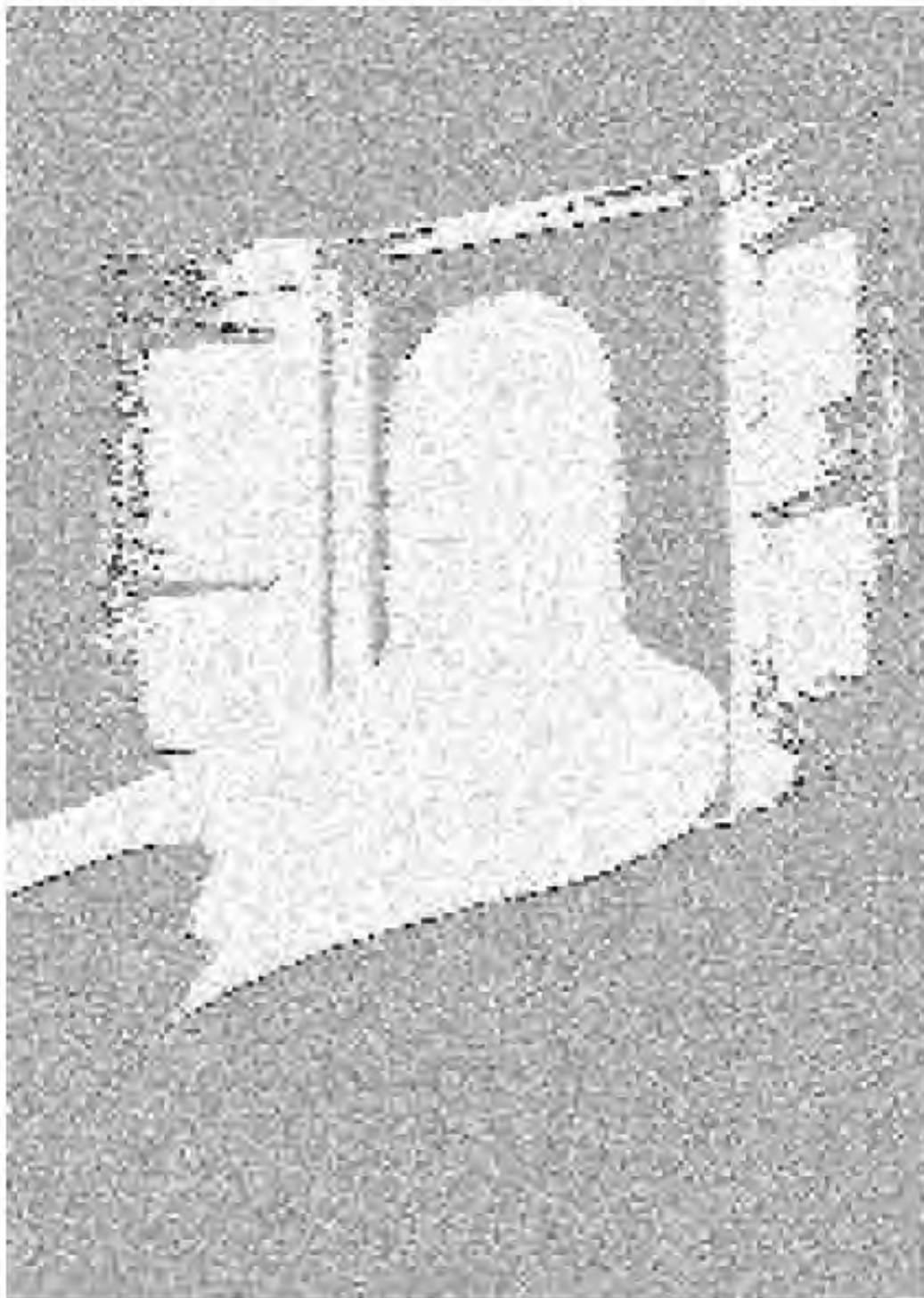
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Accesible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Presentación

En esta ocasión *NORTE de salud mental* recoge una buena parte de las exposiciones de las I Jornadas Interautonómicas del Norte impulsadas desde la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, iniciativa que se repetirá en los años venideros en otras autonomías de esta amplia franja norteña.

En los diferentes debates sobre la gestión clínica, la rehabilitación, la investigación y la evaluación, o sobre la salud mental europea y también las más cercanas realidades gallega, asturiana, vasca, castellana,...fueron sometidas al análisis y la reflexión acerca de sus conflictos, variaciones, proyectos y expectativas. La coordinación con atención primaria, la psiquiatría de enlace, la atención infantojuvenil, la relación médico-paciente, las prestaciones en el hospital general y en el geriátrico, y otras variadas temáticas fueron debatidas en un clima de franca cercanía.

Ofrecemos este ejemplar para quienes deseen recuperar aquellos trabajos y reflexiones escuchados en Gijón. Pueden ser un buen recurso.



Tiempos modernos y niños hiperactivos

Fernando Martín Aduriz

Psicoanalista. Palencia
Miembro de G.E.P. de Castilla León

Resumen: Se trata de comprobar el estado de ese síntoma infantil que es la hiperactividad y su abordaje histórico y actual. Descartando como no esencial el factor cognitivo y desestimando los modelos asentados en la existencia de lesión frente a la interpretación de los signos patognomónicos que si bien pueden ponerse en serie en todos los sujetos infantiles, lo fundamental es la lectura que de ellos se hace en la particularidad de la clínica bajo transferencia que recibe su apoyo teórico en la enseñanza de Jacques Lacan. Analizaremos en cinco puntos esquemáticos los modelos, el asunto de la medicación, las psicoterapias y la brújula de los fundamentos analíticos desarrollados en la orientación lacaniana en el psicoanálisis con niños, quien considera al niño sujeto analizante de pleno derecho.

Palabras clave: hiperactividad, déficit de atención, sujeto, Otro, rectificación subjetiva.

Cada época tiene sus paradigmas.

Nuestro tiempo contempla el resurgir de planteamientos que pareciendo ser novedosos pueden ser cuestionados. Algunos se manifiestan con fuerza en la clínica con niños y adolescentes. Es el caso del abordaje terapéutico y las concepciones teóricas de partida del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La intensificación de la concepción del niño como objeto de estudio para el especialista, marginando la significación subjetiva del trastorno para el protagonista y su familia comienza en la década de los 60, fundamentalmente, según Francesc Vilá (1991) "en la reunión de estudio internacional en neurología infantil de Oxford de 1962 donde se debate la existencia de lesiones mínimas cerebrales no objetivables, que se suponen condicionan unos observables clínicos agrupables en un síndrome caracterizado por trastornos del aprendizaje, problemas de conducta y dificultades motoras menores"¹.

De ahí llegamos en el momento actual a los manuales de la Asociación Psiquiátrica

Americana y a la medicación con Ritalina (metilfenidato), de un porcentaje que algunos sitúan hasta el 20 y el 25% de chicos estadounidenses, quienes reciben su dosis diaria de manos de la enfermera del colegio, medicación que presenta el carácter de obligatoriedad, de imperativo legal para poder entrar en el aula.

El aprendizaje escolar en los tiempos modernos pasa al igual que en el Antiguo Régimen por la inacción del escolar. Ni las corrientes pedagógicas más abiertas, ni Summerhill, ni el empuje de la Escuela Moderna de Ferrer Guardia, ni el aire renovador de la Institución Libre de Enseñanza, han logrado instaurar una pedagogía activa, participativa, adaptada a los desarrollos individuales. Principios de la pedagogía contemporánea como la globalización, el juego, la actividad, el trabajo en la escuela, experiencia como las de Freinet, las Escuelas Waldford, no constituyen en la actualidad sino adornos en medio de un páramo de creatividad pedagógica que hacen bueno el libro de un sociólogo, Moncada (1985), con su sugerente título, *El aburrimiento en la escuela*,² donde viene a decir,

que en medio de una época en la que todo ha cambiado, el regreso a un aula de un colegio, de un maestro del Madrid de los Austrias no le depararía ningún sobresalto: se sentiría en su medio frente al pavor que experimentaría al contemplar cómo todo lo demás ha cambiado; hoy aún más, en la época de Internet y de los gadgets, de los pequeños artilugios que prometen la felicidad en cada nuevo objeto. ¿No podríamos considerar también al niño hiperactivo y ciertos abordajes un efecto más de eso que Judith Miller llamó la irresistible ascensión del gadget?

Es especialmente gráfico el análisis que de la situación hace Éric Laurent (1999), en un CIEN (*Centro Interdisciplinar de Estudios del Niño*): “En los laboratorios que se consagran al fracaso escolar, o mejor dicho a las dificultades en el aprendizaje de la lectura, la escritura y la aritmética, se constata que se engancha mal el debate cuando se trata esto como un problema de cognitivismo, es decir, como si se tratara de no entender lo que uno lee, lo que uno escribe, lo que uno repite, lo que uno calcula. Esta perspectiva proviene de una cierta ilusión psicológica. El aprendizaje de la lectura, de la escritura, de la aritmética, pasa esencialmente por el cuerpo, pasa por el hecho de quedarse sentado. La queja de no entender lo que uno dice en la escuela, es reciente en la historia. Durante siglos la gente ha aprendido a leer, escribir, contar, sin entender nada, sólo repetía. Esto no le impide a nadie aprender a leer y escribir. Contar los números durante siglos también se repetía. Hasta hace muy poco, la metodología fundamental para que los niños aprendieran los números era cantar repitiendo las tablas [...] Con esto se aprendía [...] La cuestión fundamental pasa por el hecho de considerar que el factor cognitivo puede no ser lo esencial. Lo esencial es el menos de vida que acepta un niño que a estas edades tiene que quedarse tres, cuatro horas sentado [...] Es en la medida misma en que se aísla el aprendizaje como un problema psicológico de cognición que lo que surge es la hiperactividad, precisamente, el no poder quedarse tranquilo”³.

Examinemos la entidad Déficit de Atención con Hiperactividad desde cinco puntos esquemáticos.

1.- En el abordaje conductista-cognitivo se define al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad como imposibilidad de mantener la atención en una situación durante un período de tiempo razonablemente prolongado. El niño desarrolla una actividad motriz excesiva, gran impulsividad, inconstancia, con una falta de atención que les hace tener retrasos generalizados en su desarrollo: social, escolar, personal, problemas de relación con sus profesores y compañeros, leer y escribir mal, cometer errores frecuentes en sus tareas escolares, confundir hechos, fechas, perder u olvidar dónde han dejado sus cosas, movimientos bruscos, rápidos, torpes, rompen cosas sin querer, tropiezan, se golpean. Sandra E. Rief en *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*⁴, añade que el niño tiene dificultades con las transiciones y el cambio de actividades, baja autoestima y alta frustración, y dice que se atribuye generalmente a la herencia u otros factores biológicos. Finalmente dice algo sorprendente que invalida toda práctica terapéutica a través de la palabra: “Si un niño presenta un TDA/DAH, nadie tiene la culpa”. Esta aseveración es una puerta cerrada al conocimiento de la subjetividad de niño y de sus Otros, a saber cómo el sujeto se reconoce implicado en su propio mensaje. En *Escritos Psicóticos*⁵, Fernando Colina aborda este asunto de la responsabilidad en relación a la Tristitia, cuando muestra la paradoja del debate voluntariedad-involuntariedad, “te medico, pero pon de tu parte”. También los trabajos de José María Álvarez son ilustrativos en este punto, en especial su libro *La invención de las enfermedades mentales*⁶, donde se pregunta por la responsabilidad en la locura, tema que volverá a abordar próximamente en las Jornadas de la AEN, “Crimen y Locura”.

2.- François Sauvagnat⁷, oponiendo dos clínicas, la francesa y la anglosajona, hace remontar el síndrome de hiperactividad a los años de la Primera Guerra Mundial, no siendo hasta 1930 cuando es aplicado a la infancia por parte de Lederer y Ederer. En 1937 Bradley al describir un síndrome con trastornos de atención, hiperactividad y labilidad emocional, será el primero en poner sobre la pista el efecto paradójico de la eficacia médica de las anfetami-

nas. En 1947 Strauss y Lehtinen suman a la anterior descripción desordenes cognitivos y perceptivo-motores. Eisenberg afirma poder encontrar una lesión neurológica para más tarde retroceder y apoyarse en los testimonios de los familiares y en los tests.

Es en Oxford, en 1962, cuando se produce el momento estelar de la historia del síndrome. El Grupo de Estudios Internacional allí reunido sustituye la noción de lesión por la de MBD, disfunción cerebral mínima, que sin bien es discutida como construcción artificial por Lánteri-Laura y Gros, argumentando la unión de elementos heterogéneos, esta importante decisión va a permitir encaminar las conductas sociales y escolares a la biologización. Así, los manuales de la APA han ido haciéndose eco de esta dirección: 1968, DSM-II, con "reacción hiperkinética del niño y del adolescente;" y 1980 el DSM-III incorpora la noción de "déficit de atención" relegando al segundo plano la de "hiperactividad". Es decir, que se ha tratado de justificar el síndrome y se han encontrado serias dificultades para hallar la naturaleza neurológica del mismo.

Tampoco existe ningún test específico del síndrome salvo cuestionarios a padres o enseñantes, y las conferencias monográficas finalizan sin consenso acerca de las modalidades deseables ni de tratamiento ni de diagnóstico.

También hay divergencias a la hora de cuestionar la frecuencia: 50% en los EEUU, 1% en Inglaterra.

La vertiente sociopolítica toma en Norteamérica la vía de la reunión TDAH-delinuencia, asociación que si bien encuentra cierto clima de acogida a causa de los ambientes de violencia en los Institutos, no parece sino justificar un abordaje moral y político, que nos acerca a la definición de Jacques Alain Miller de Salud Mental: una cuestión de orden público⁸.

Todo ello ha ido justificando un contexto en el que tres millones de escolares estadounidenses ingieren Ritalina (metilfenidato), sustancia que ha aumentado un 700% su producción y que tiene visos de extenderse

a todos los países industrializados.

La pregunta que nos hacemos es si los tiempos modernos facilitan un campo en el que la entidad TDHA pueda estar justificada así como su abordaje anfetamínico si se tienen en cuenta factores sociales tales como las exigencias crecientes de rendimiento escolar, las exigencias sociales de diversión rápidas, activas y felices, el ocio con riesgos, las multiactividades y multaventuras, los parques temáticos de actividad trepidante, el aumento de las fronteras para los límites corporales, la pasión por los récords, las exigencias de aumento de velocidad y movimiento... Todo lo cual hace que se vea también el TDAH como un fenómeno de masas y se abra la puerta a la tolerancia en su consumo, un síntoma más de los tiempos modernos. Un dato más: un informe de la Agencia Antidroga Americana se alarmaba del alto número de sujetos con TDAH que evolucionan hacia la politoxicomanía.

3.- El asunto de la medicación. En cuanto al abordaje quimioterapéutico, el principal fármaco es el METILFENIDATO, (Ritalina en América, Rubifen en España) con efectos inmediatos de aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperkinesia y la movilidad del niño, efectos que duran poco tiempo: la sustancia se elimina en horas. Se han señalado desde hace tiempo "...efectos colaterales importantes que incluyen retrasos en el crecimiento, lagrimeo, trastornos en el sueño y cambios de personalidad...".

Extractemos el asunto tal y como lo describe paso a paso François Sauvagnat⁹. La Ritalina fue lanzada a fines de los 80 en USA merced a un asunto editorial, el lanzamiento del libro de Ingersoll, *Tu hijo hiperactivo*. Después se popularizó gracias a un best-seller de Hallowell y Ratey en el que se afirmaba que "una vez que se sabe lo que es este síndrome se le ve por todas partes..." La polémica ha acompañado a la Ritalina en EEUU, con serios enfrentamientos entre publicistas y opositores. Entre estos últimos hay quienes muestran la "...paradoja según la cual los Estados combaten la droga y las formas de adicción a gran escala... pero usan a los niños a gran escala sin

gran reacción, ni del público ni de las autoridades competentes “:

Sauvagnant insiste en su soberbio artículo acerca de cómo en el New York Times de 18 de enero de 1999 se hablaba de la Ritalina como de “un estimulante ligero del sistema nervioso central que, por razones que no son totalmente aclaradas, ayudan a menudo a los niños que padecen distracción crónica, impulsividad e hiperactividad a calmarse y a concentrarse”. Sin embargo Sauvagnat señala cómo el metilfenidato está asociado a las dextroanfetaminas, las metanfetaminas y la cocaína. Signos de depresión, pérdida de apetito, dificultades para conciliar el sueño, hace que a los jóvenes pacientes se les invite a abandonar la ingesta de la sustancia al llegar las vacaciones de verano.

El asunto más llamativo ha sido la connivencia financiera entre un gran lobby americano (el CHADD, *Niños y Adultos con Trastorno de Déficit de Atención*) y la industria farmacéutica que al ser puesta de manifiesto provocó la intervención de la DEA y se realizó un dictamen conformado por Naciones Unidas quienes expresan su preocupación porque del 3 al 5% de la población joven de EEUU consume Ritalina. Hay que decir que el 90% del consumo es en Norteamérica, mientras que en países como Suecia ha sido retirado del mercado. Otros autores como Berger (2000)¹¹ desde enfoques clínicos y terapéuticos, apuesta por una prescripción moderada en dos circunstancias: cuando el niño puede verse excluido escolarmente o en la familia debido a su conducta o cuando se ve incapacitado para aprender. Pero siempre que simultáneamente a la medicación haya algún modo de tratamiento psicoterapéutico.

4.- El trabajo de psicoterapia y sus *impasses*. La actividad de psicoterapia tanto psicomotriz, como de orientación psicoanalítica, como relacional en general, si bien pretenden abordar el síndrome desde parámetros clínicos sistemáticos, comprobamos que sus bases teóricas de fundamento que guiarán su acción terapéutica van muy bien desorientadas. Un libro aparecido recientemente *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*¹² es el paradigma de este modelo. Su autor, un psiquiatra

infantil de orientación analítica cercano a Winnicott combina según los casos psicoterapia individual, psicomotricidad e incluso terapia de grupos de niños hiperactivos. Hay un momento muy significativo cuando observa que los niños hiperactivos tienen dificultades con la relación especular y se pregunta si será una imposibilidad de apropiarse de la imagen de su propio rostro, y entonces utiliza sin citar un texto fundamental de Jacques Lacan¹³, que sirve para entender de entrada las dificultades de los niños en relación a su imagen: “a los ocho meses... puede advenir la asunción con júbilo del estadio del espejo en el que el niño elabora el hecho de que posee un rostro propio”¹⁴. Y cita a otro autor quien afirma que “la modificación desde el exterior de la imagen de sí aparece como la posibilidad de dejar de ser hiperactivo”¹⁵. Sus hipótesis teóricas van desde la asociación pensamiento-movimiento (destacando algo que es comprobable con frecuencia en la clínica y es que si al niño hiperactivo se le “inmoviliza” pidiéndole que escuche o que detenga el movimiento, se ausenta “psíquicamente”) hasta la falla en la relación con el objeto primario (aquí cita a Winnicott y su primera teorización acerca de la etiología de la hiperactividad produciéndose al fracasar la experiencia de omnipotencia en el bebé en sus relaciones con el objeto primario) a las dificultades del niño hiperactivo para estar solo en presencia de otro (muestra como en las terapias los niños hiperactivos tienden a “inmovilizar” al terapeuta).

La salida a estos *impasses* imaginarios la encontramos siguiendo a Lacan cuando dice: “Fui el primero en situar exactamente la importancia teórica del objeto llamado transicional [...] El propio Winnicott se mantiene [...] en un registro de desarrollo [...] Lo importante sin embargo no es que el objeto transicional preserve la autonomía del niño, sino que el niño sirva o no de objeto transicional para la madre”¹⁶.

Es por ello preciso explicar caso a caso la lógica de la cura en relación al estatuto del fantasma en el niño, pues al decir de Jacques Lacan, “el valor que tiene el psicoanálisis es el de operar sobre el fantasma. El grado de su éxito ha demostrado que ése es el lugar donde se juega la forma que

sujeta como neurosis, perversión o psicosis”¹⁷.

Si se olvida reconocer el estatuto del fantasma, el criterio que se tendrá será el de la adaptación a las instituciones humanas, con lo que se estará en la pedagogía y no en el campo del análisis.

La dirección terapéutica reducida a la acción sobre el eje imaginario (el yo y sus objetos), es decir, sobre la sugestión, la reeducación emocional, el criterio adaptativo, elude precisar que en expresión de Di Ciaccia, “el fantasma no es el fantasear del paciente [...] El fantasma es aquello por lo cual el síntoma implica goce para un sujeto”¹⁸.

5.- Para el trabajo en la clínica con niños y adolescentes que sigue las orientaciones de Jacques Lacan se trata de situar el problema en términos de localizar en cada caso cuál es la estructura del niño, cuál es su posición subjetiva y ayudarlo a hacerse las preguntas correctas tal y como hiciera Freud al preguntarle a Dora su propia parte de responsabilidad en los desórdenes de que se quejaba, un nombre de la rectificación subjetiva.

Podemos asegurar que sin apelar, a través de la interpretación del juego, del dibujo, de la dramatización, del decir del niño, a su decisión subjetiva, no es viable ayudarlo a parar su persistente movimiento, su impulsividad. Frente a la opinión de quienes sitúan al niño con TDAH como alguien que siempre será hiperactivo, está la unión clínica analítica y ética que persigue ir más allá del síntoma a buscar formular por parte del niño alguna versión de su axioma fantasmático, crear su propia ficción, *escribir* su propio mito.

El esquema que sigue Lacan en “Dos Notas sobre el niño”¹⁹ en 1969, es la dirección clave. Cuando el síntoma (definido entonces como representante de la verdad), resulte de la subjetividad de la madre, siendo su objeto fantasmático, nos indica la presencia de una estructura de psicosis infantil. Aquí la fenomenología habla de la hiperkinesia en los niños autistas (niños alucinados, sumergidos en lo real, según orientación de Éric Laurent²⁰), y en los

orientación de Éric Laurent²⁰), y en los niños psicóticos en general en donde se dan manierismos, estereotipias, agitación, fenómenos elementales que son como pequeños automatismos de repetición a lo Clerambault²¹. Lacan dirá que se ha producido un vacío de significación, habrá ausencia de significación fálica al no efectuarse una mediación entre la identificación al ideal del yo y el deseo de la madre. Aullidos en el cuerpo, voces, que llevan al niño a un movimiento perpetuo y a una agitación motriz de diversa entidad.

Una clínica orientada en textos como “De una cuestión preliminar ante todo tratamiento posible de las psicosis”²², permitirá no cifrar el asunto en la hiperactividad sino en la etiología de esos fenómenos.

Como lo ha mostrado recientemente Vilma Cocoz,²³ puede realizarse en el cuadro de un niño esquizofrénico más la vertiente de su hiperactividad frente a lo nuclear de su estructura por lo que tiene de molestia para el medio escolar, pese a la política educativa de integración, acusándole la maestra de mal ejemplo para otros niños que pueden copiar sus estereotipias.

Una frase de François Sauvagnat, una definitivamente hiperactividad y psicosis infantil: “Hemos quedado impresionados al ver con qué facilidad los niños presentaban una psicosis infantil apenas se ven diagnosticar de TDAH”²⁴.

Siguiendo a Laurent²⁵ “[...] qué tratamiento podríamos deducir para la psicosis infantil [...] Dar una versión del objeto a [...] un modo [...] en que el niño psicótico dé una posición no de su inconsciente sino una posición del goce [...]”

Tal esquema podemos mostrarle en varias viñetas clínicas. En el caso de una niña autista su hiperactividad incluyendo el balanceo fue abandonado a las pocas semanas tras sucesivas interpretaciones dirigidas a simbolizar su lugar en la estructura familiar.

Otro niño psicótico que realizaba constantes movimientos con carreras solo pudo detenerse tras poderle narrar un episodio de cambio de domicilio familiar en el trans-

curso del cual fue abandonado un perro con el que estaba muy unido, momento en que comenzaría un mutismo pertinaz. La separación de la identificación a este objeto-perro le permitió ver alejado el temor de un igual destino.

Pero especialmente ejemplar ha sido siempre para nosotros el proceso de un niño de 11 años a quien vimos hacer varios años en un gabinete escolar enviado por la maestra quejosa de su hiperactividad. Confrontado a nuestras preguntas, el niño nos remite a su padre quienes despliegan el sentido de los síntomas de falta de atención escolar e hiperactividad aún más acusada en casa. Frente al deseo de la madre, volcada en su hijo merced a la decepción que le producía el padre y sus serias divergencias con el autoritarismo paterno, el niño había reaccionado con un síntoma consistente en una acción permanente, veloz y de constantes movimientos que le impedían estar sentado en clase o no parar de realizar actividades al salir del colegio con el resultado de comienzo de fracaso escolar, agresividad con los pares, molestias permanentes. Su febril actividad encontraba alojamiento en un intenso ideal paterno que nunca lograba satisfacer. Alimentaba la ficción de ser el punto central de equilibrio del trío familiar, en sus palabras “para contentar a mi madre”. Una doble acción consistente en la pérdida del intenso temor al padre y el comienzo de los primeros disgustos a la madre (recibidos con reiteradas quejas por parte de los progenitores), le permitieron desviar la atención de las disputas de sus Otros primordiales hacia las chicas de su colegio y de los grupos de sus actividades extraescolares. Su éxito amoroso hizo que la queja materna fue que había pasado radicalmente a estar embobado en ensueños a lo Bovary, para contento de su maestra. Su expresión al final del tiempo de análisis fue especialmente significativa: “He frenado en seco”.

No es sino en el estatuto de las relaciones simbólicas que apelan a un tercero para salir de la relación dual y no en el eje imaginario de la confianza en un Otro primordial sin falta o en las hipotéticas fallas cognitivas que siempre serán a *posteriori*

como podemos ayudar a estos niños, sor-dos a las demandas que se les hacen, versiones en espejo invertido de los niños autistas que no formulan nunca demandas. Marise Roy propondrá considerar a los niños diagnosticados como hiperactivos por la psiquiatría americana a niños-síntomas de una versión de la histeria femenina moderna y en vez de niño hiperactivo ella propone la denominación de falo hiperactivo, es decir “niño que viene a ocupar el lugar de falo saturador de la falta de la madre”²⁶.

Frente a la marca trastorno por déficit de atención, nada como la expresión de Marise Roy²⁷: “No vemos objeción a considerar como primer criterio para los niños que nos son dirigidos con diagnóstico de inestabilidad o de hiperactividad, un trastorno de atención: la atención de estos niños se encuentra efectivamente del todo fijada en la libido de la madre”.

“La atención es una mortificación que hay que aceptar”, en expresión de Éric Laurent²⁸, y explica, que conforme no opere el efecto de mortificación del significante se irá al trastorno de atención. En términos de análisis histórico, esta mortificación “[...] se aceptaba antes, por múltiples causas: no era para entender [...] Era para ordenarse debajo de un significante amo”.

De cómo tratemos hoy los viejos y nuevos problemas de salud mental infantil va a depender los modos de lazo social de mañana.

De “la letra con sangre entra” al metilfenidato y las técnicas sofisticadas modificadoras o la apelación al eje de la sugestión imaginaria, nos llevarán siempre a la consideración del infantil sujeto como apéndice, objeto o adulto más pequeño y no a la idea del niño como sujeto analizando de pleno derecho, a quien se puede acompañar durante un tiempo a fin de que respon-da de sus propios *impasses*.

La rectificación subjetiva les puede llevar a dejar de ser niños a quienes no se puede demandar nada.



Bibliografía:

1. Vilá, F. (1991): "De la idea de trastorno disfuncional al concepto de síntoma freudiano", en *Confluencias*, Vol. V, Núm. 1, Barcelona.
2. Moncada, A. (1985): *El aburrimiento en la escuela*, Plaza & Janes, Barcelona.
3. Laurent, É. (1999): "El Sujeto del Inconsciente y el enigma de las normas", Conferencia dictada en el CIEN argentino el 19 de septiembre de 1999, en *Cuadernos del CIEN*, Buenos Aires.
4. Rief S., F. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*, Paidós, Barcelona.
5. Colina, F. (1996): *Escritos psicóticos*, DOR, Madrid.
6. Álvarez, José Mª, (1999): *La invención de las enfermedades mentales*, DOR, Madrid.
7. Sauvagnat, F (2001): "Une entité controversée: l'hyperactif avec trouble déficitaire de l'attention", en *La Petite Girafe, Revue de la Diagonale francophone du Cereda*, París.
8. Miller, JA. (1993): "Salud Mental y Orden Público", en *Uno por Uno*, núm. 36, Eolia, Barcelona, p. 5.
9. Illingworth, RS. (1989): *El niño normal*, El manual Moderno, México, p.424.
10. Sauvagnat, F (2001): Op.,cit.
11. Berger, M. (2000). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*, Síntesis, Madrid.
12. Berger, M. (2000): Op.,cit.
13. Lacan, J. (1949): "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", *Escritos 1*, Siglo XXI, Madrid, 1985, p.86-93.
14. Berger, M. (2000): Op. cit., p. 79.
15. Ibidem., p. 80.
16. Lacan, J. (1967): "Discurso de clausura de las Jornadas sobre las psicosis en el niño", en *El Analicón*, Correo-Paradiso, Barcelona, 1987.
17. Lacan, J [1967]: Idem., p. 10.
18. Di Ciaccia, A., [1987]: "Nota sobre el niño y la psicosis en Lacan", en *El Analicón*, op. cit., p. 79.
19. Lacan, J. (1969): "Dos Notas sobre el Niño", en *Intervenciones y Textos 2*, Manantial, Buenos Aires, 1988, pp.55-57.
20. Laurent, É. (1999). *Hay un fin de análisis para los niños*. Op., cit., p., 42.
21. De Clérambault, G. (1920). *El automatismo mental*, DOR-EOLIA, Madrid, 1995
22. En Lacan, J. (1955). *Escritos 2*, Siglo XXI, Madrid, 1985, p., 513-564.
23. Coccoz, V. (2001). Conferencia "La autoridad y sus límites", IES "J. Manrique", Palencia. De próxima publicación en *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, GEP-CL.
24. Sauvagnat, F (2001): Op., cit., p., 61.
25. Laurent, É. (1999): "El sujeto del inconsciente y el enigma de las normas", op. cit., p. 44.
26. Roy, M., (2001): "Enfant fétiche et phallus hyperactif", en *La petite Girafe, Revue de la Diagonale francophone du Cereda*, Agalma, Núm. 13, París, p. 67.
27. Roy, M. (2001): Op. cit., p., 62.
28. Laurent, É. (1999): "El sujeto del inconsciente y el enigma de las normas", op. cit., p. 44.



Abordaje del enfermo mental severo desde una unidad de rehabilitación

Desiderio López Gómez

Psicólogo

Jefe de Sección U. De Rehabilitación C. Hospital de Salamanca.

Como paso inicial se analizan las características y el perfil del usuario de la unidad de rehabilitación para apreciar su concordancia con las diversas descripciones y definiciones de enfermo mental severo. Para ello se han utilizado los descriptores del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (1), por su amplitud (se recogen 20 descriptores) y porque permiten una evaluación sencilla mediante un sistema de jueces. Véase el cuadro nº 1

1.- Definición de enfermo mental severo

Se han evaluado los 100 primeros ingresos y posteriormente los 218 siguientes. En ambas ocasiones con los resultados se efectúa análisis factorial, apareciendo 5 factores que explican la mayor parte de la varianza:

- Los 5 factores, con ligeras variaciones (fracaso escolar y autocuidados aparecen con peso propio en el segundo análisis factorial), son iguales en ambos análisis.
- No aparecen con peso suficiente en ninguno de los factores, los descriptores: sin residencia, sin familia y ancianidad de los padres y aparece de una manera muy tenue consumo de tóxicos.

Los factores que aparecen, los he confrontado con diferentes definiciones de enfermos mentales severos (2, 3, 4, 5, 6) apreciando su proximidad, que me ha permiti-

do utilizar alguno de los criterios que en ellas aparecen para denominar a estos factores. Véase cuadro nº 2

CUADRO Nº 1. Descriptores de enfermo mental severo

E. Clínicos

- Más de un episodio de hospitalización
- Continuidad de tratamiento durante más de 6 meses
- Diagnóstico: Trastorno Mental Grave
- Evolución de más de un año
- Consumo de tóxicos

F. Sociales

- Desempleo o incapacidad laboral
- Deterioro de hábitos sociales
- Rechazo por su medio habitual
- Conducta inapropiada
- Ausencia de residencia

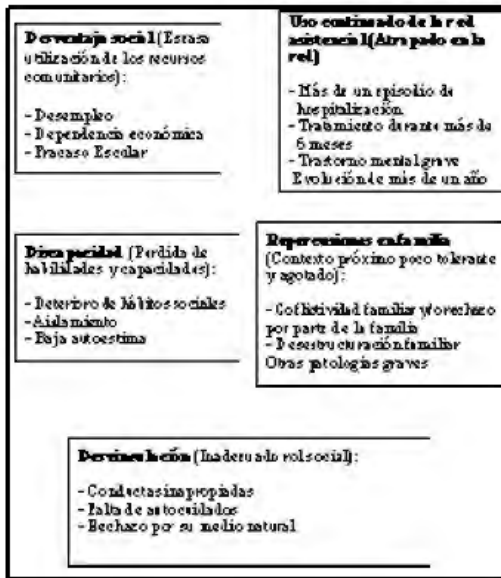
F. Individuales

- Falta de autocuidado
- Aislamiento
- Pérdida de autoestima
- Dependencia económica
- Fracaso escolar

F. Familiares

- Ausencia de familia
- Con flictevidad familiar y/o rechazo por parte de la familia
- Ancianidad de los padres.
- Desestructuración familiar
- Otras patologías graves en el núcleo familiar de convivencia

Cuadro N° 2. Aproximación al perfil del enfermo mental severo



a.- En el primer factor, el concepto de desventaja social está tomado de la definición que da Rodríguez. Está muy próximo a él, el concepto de inhibición social que aparece en el informe del Ararteko (6).

b.- El segundo factor que denomino uso continuado de la Red Asistencial (dependencia institucional en el informe del Ararteko (6) tiene un subtítulo de atrapado en la red asistencial. Con él pretendo prolongar las sugerencias de López (7) sobre el concepto de red. En él incluye: nudos (dispositivos o servicios), cuerdas (conexiones) y huecos, por los que se suelen perder las personas. Aunque la variable diagnóstico tiene un peso importante en este factor, no es la que más carga tiene, sobresaliendo la dependencia o vinculación que estos enfermos tienen con la red.

c.- El tercer factor es propio de Liberman (5) Rodríguez. (4) y García (2) habla también de pérdida de habilidades y capacidades.

d.- El cuarto factor se refiere al contexto próximo de la familia. Sitúo como subtítulo el concepto de López (3) de contexto próximo poco tolerante y agotado.

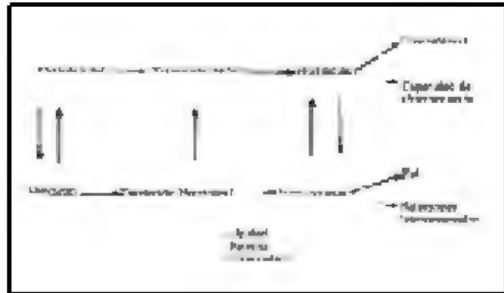
e.- El número cinco lo denomino desvinculación, término utilizado también por García (2) en su definición.

Por lo tanto, podemos subrayar que el concepto de trastorno mental severo es un concepto multifactorial, que abarca aspectos personales, familiares, asistenciales y comunitarios.

2.- Respuesta a los trastornos mentales severos desde la unidad de rehabilitación.

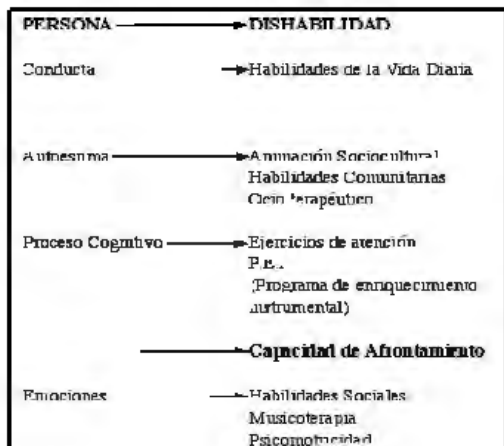
Se apoya en un modelo de intervención. Véase cuadro n° 3.

Cuadro N° 3. Modelo de Intervención



El modelo que propongo está basado en el concepto de transición. La transición vertical incide más en la capacitación y competencia de la persona por medio de diferentes programas y la transición horizontal hace hincapié en las interacciones que realiza como elemento básico de su recuperación y fortalecimiento. Este concepto de transición estaría en la dirección de los ejes fundamentales de la acción rehabilitadora a los que se refería Aparicio (8) o del concepto de rehabilitación de Mayoral (9) que aglutina los de recuperación, competencia y fortalecimiento.

Cuadro N° 4. Modelo de capacitación



Cuadro N° 5. Modelo de validez Ecológica



El modelo general de intervención se desglosa en un modelo de capacitación (Véase cuadro n° 4) y en un modelo de validez ecológica (Véase cuadro n° 5).

Ambos modelos se apoyan en una consideración sobre la persona y la comunidad. Esta consideración no puede girar en torno a la enfermedad, tiene que tener una aspiración a ser normalizada, para que los programas e intervenciones que se estructure en torno a ella, facilite los procesos de rehabilitación.

Además de la generalización que es un componente fundamental de todos los programas, la validez ecológica se verá favorecida poniendo en relación unos programas con otros, estableciendo punto de referencia entre ellos (los programas de handicap con relación a los de dishabilidad), que sirvan a la vez de conexión con las estructuras comunitarias.

El desarrollo de este modelo de intervención precisa para su operativización de una organización sana (3). Véase cuadro n° 6

Una unidad de rehabilitación con las características anteriores se convierte en una respuesta a los diversos tipos de significado que toda enfermedad presenta (10) y su funcionalidad radica en la transmisión de apoyos continuos para que las personas puedan realizar las transiciones. Estos apoyos no se les puede suministrar su contexto natural y las intervenciones de los profesionales de otros dispositivos de la red, al no poder ser continuas, no logran contrarrestar la incidencia de los factores negativos que configura su situación.

3.- Validación del modelo de intervención

Se ha efectuado un análisis para apreciar la validez de los diferentes programas. Se ha escogido, para este propósito, la rejilla de Kelly porque es un instrumento que nos proporciona información sobre la valoración que hacen las personas por medio del significado que otorgan aquello que se evalúa. Para esto se construyó una rejilla específica (en su diseño y realización participativa activamente Pedro Corralejo García y Beatriz González Arranz, alumnos del Mas

Cuadro N° 6. Elementos Constitutivos del Diseño de la Unidad de Rehabilitación.

- 1.- La Unidad de Rehabilitación forma parte de una red de servicios. Importancia de la presencia de una cultura de rehabilitación en la Red.
- 2.- La Unidad de Rehabilitación es una unidad hospitalaria: Apoyos continuos y generalizados para que el enfermo pueda realizar transiciones verticales y horizontales
- 3.- La Unidad de Rehabilitación como una organización sana:
 - Trabajo en Equipo.
 - Baja emoción expresada de los profesionales.
 - Expectativas positivas sobre el papel activo de los enfermos.
- 4.- Utilización de un modelo de desarrollo de la persona.
- 5.- La Unidad de Rehabilitación como un espacio de aprendizaje (transición vertical).
 - Conectar con los aprendizajes cotidianos.
 - Aprendizaje estructurado.
 - Promover la generalización.
 - Apoyar la autodeterminación.
- 6.- La Unidad de Rehabilitación es un dispositivo de integración en la comunidad (transición horizontal).
- 7.- La Unidad de Rehabilitación como un sistema terapéutico extenso.

CUADRO N° 7. Análisis De Validez

CÓDIGO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16
Fecha																
Evaluación																
		1. Papel realizado	2. De atención	PEI, Prog. E anal. Inst	Aula cultural / Inter	Hab. Sociales	Musico terapia	Participación	Lectura de prensa	Habilidades básicas	Hab. Comunitarias	Animación sociocul	Educación salud	Dinám. Grupos objetiv.	Prog. Non grupo	Prog. Ideal
1. Acudo voluntariamente	1. Voy a presenciar															
2. Hablo con los compañeros	2. Me mantengo al margen															
3. Me apunto conocimientos	3. No me apunto nada															
4. Interesante	4. No me resulta interesante															
5. Aporto ideas para el programa	5. No apporto ideas para el programa															
6. Participo	6. No participo en el programa															
7. Aplico lo aprendido en mi vida diaria	7. No lo aplico en mi vida diaria															
8. Entiendo los contenidos del programa	8. No entiendo los contenidos															
9. Presto atención a lo que hacemos	9. No presto atención															
10. Ayudo y apoyo a los compañeros	10. No ayudo y apoyo a los temas															
11. Respeto el horario del Programa	11. No respeto el horario del programa															

1. MUY
 2. BASTANTE
 3. UN POCO
 4. PUNTO MEDIO
 5. UN POCO
 6. BASTANTE
 7. MUY

ter de Intervención en Psicoterapia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca). Véase el cuadro n° 7

Todos los programas que componen el modelo de intervención guardan una relación próxima con el programa Ideal (tanto por la distancia como por la correlación que con él establecen).

La expresión jerárquica de lo distintos programas en función de la proximidad con el

CUADRO N° 8. Expresión Jerárquica De Los Distintos Programas

1. Educación para la Salud
2. Psicomotricidad
3. Habilidades Sociales
4. Habilidades Comunitarias
5. PEI./Musico terapia
6. Dinámica
7. Taller de Papel
8. Animación Sociocultural / Habilidades Básicas
9. Lectura de Prensa
10. Ejercicios de Atención
11. Aula cultural

programa Ideal es la que aparece en el cuadro n° 8.

Estos resultados estarían próximos a las propuestas, formuladas por Rebolledo y Lobato (11) sobre los contenidos de la psicoeducación con personas vulnerables a la esquizofrenia.

Los datos aportados por la rejilla permitieron también apreciar la valoración que los enfermos otorgaban para su rehabilitación a los diferentes constructos que en ella se utilizaron. Véase cuadro n° 9.

CUADRO N° 9

1. Interesante
2. Participo/Aporta conocimientos (la distancia en estos constructos es similar)
3. Presto atención / Respeto horario
4. Aporto ideas/Aplico Vida Diaria/Entiendo contenidos/Acudo voluntariamente
5. Ayudo a los compañeros
6. Hablo con los compañeros

Cuadro N°10. Evaluación de los programas

	SIEMPRE	A VECES	POCO	NADA
Se asea correctamente	36	8	4	1
Horarios de comida y sueño	27	7	6	9
Se automedica	33	6	2	8
Control del dinero	23	10	2	14
Autonomía para desplazarse	34	4	0	11
Traabajo remunerado	1	2	2	44
Actividades de tiempo libre	43	0	0	6
Relaciones con la familia	30	16	2	1
Acudió al equipo de salud mental	36	6	1	6
Estructuras comunitarias	12	5	2	30
Salta con amigos	16	10	2	21

4.-Eficacia de los programas de la unidad de rehabilitación.

Los datos que aparecen en el cuadro n° 10 corresponden a una muestra de 49 personas (7 por cada año), escogidos al azar entre los 130 enfermos que sólo habían ingresado una vez desde el inicio de la unidad.

Previamente se envió una carta a los familiares solicitando su colaboración y anunciándoles que en los próximos días se les llamaría por teléfono para contestar unas preguntas sobre su familiar enfermo. Para ello se construyó un cuestionario en el que se recogían los distintos items que aparecen en los datos y las diferentes opciones.

Los resultados de la evaluación realizada estarían en la línea del estudio efectuado por Pastor y otros (12). Según ellos los programas realizados en el Instituto J. Germain resultaron eficaces en los aspectos relacionados con la capacidad de afrontamiento personal y social, responsabilidad ante el tratamiento y conciencia de enfermedad, manejo de recursos y autocuidados.

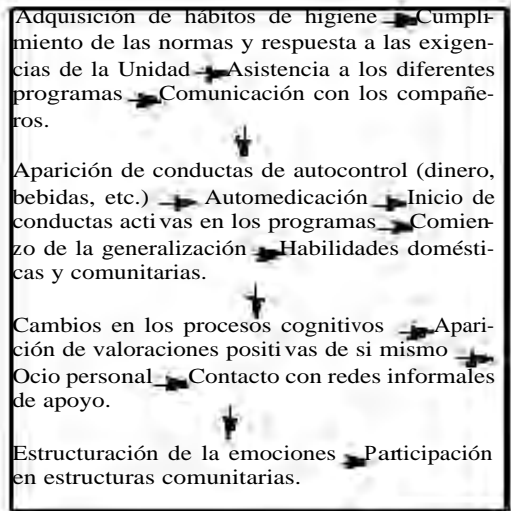
5.- Propuesta de un modelo del proceso de rehabilitación

La rehabilitación no es una intervención estanca y focalizada, es un proceso abierto que Hernández (13) aglutina en torno al concepto de recuperación. En él confluyen diferentes frentes (subjetividad, calidad de vida, función social). Este proceso lo recorren los enfermos mentales severos de

manera desigual, dependiendo en gran medida de los apoyos que reciban.

Apoyándome en los tipos de aprendizaje de Bateson (14) he realizado este año, una propuesta (3) sobre el proceso de rehabilitación que pueden realizar los enfermos mentales severos. Véase cuadro n° II.

Cuadro N° 11. Propuesta Del Proceso De Rehabilitación



Como indicaba anteriormente, unos recorren los diferentes bloques (tipos de aprendizaje), en cambio otros no pueden pasar del primero.

Bibliografía:

1. Comunidad de Murcia (1999): Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, Documento nº 6.
2. García, J. (1997): La Creación de Programas de rehabilitación en una red de servicios comunitarios de Salud Mental en García, J.; De las Heras, B.; Peñuelas, E. Rehabilitación psicosocial, Oviedo, Ediciones K.D.K
3. López, D. (2001): La Unidad de Rehabilitación en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO.
4. Rodríguez, A. (2001): El papel de los Servicios Sociales en la Atención Comunitaria de las Personas con Enfermedad Mental Crónica en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO
5. Liberman, R. (1993): Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico, Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
6. Arateko (2000): *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental*.
7. López, M. (2001): Rehabilitación y Red Asistencial. Sistemas de Atención a la Cronicidad en Salud Mental en Actas del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, INICO.
8. Aparicio, V. (1993): Rehabilitación e Integración. Una cuestión abierta. *Informaciones Psiquiátricas*, nº 131.
9. Mayoral, F. (2000): Rehabilitación Psicosocial. Hacia una práctica basada en la evidencia en Rivas, F.: La Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
10. Rolland, J. (2000): Familias, Enfermedad y Discapacidad, Barcelona, Gedisa.
11. Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (1998): Psicoeducación de Personas Vulnerables a la Esquizofrenia, Barcelona, Fundació Nou Camí
12. Desviat, M. (2000): La Asistencia de la Psicosis en España o hacia dónde va la Reforma Psiquiátrica en Rivas, F.: La Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
13. Hernández, M. (2000): Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: Una alternativa a la hospitalización ¿ y algo más ? en Rivas, F.: la Psicosis en la Comunidad, Madrid, A.E.N..
14. Bateson, G. (1976): *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé.

Gestión clínica, rehabilitación y atención a la enfermedad mental severa de curso crónico

J. José Uriarte

Médico psiquiatra

Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital de Zamudio. Servicio Vasco de Salud /Osakidetza

Resumen: Los nuevos modelos de gestión comienzan a extenderse en los sistemas sanitarios, especialmente los que intentan implicar a los clínicos en la gestión de los recursos asistenciales y acercar dos culturas tradicionalmente alejadas, cuando no enfrentadas.

La aplicación de estos sistemas de gestión, que incluyen aspectos como la implantación de modelos de calidad total, la creación de unidades de gestión clínica y fundaciones, los contratos programa, los sistemas de facturación basados en sistemas de clasificación y agrupación de pacientes (GRD, PMC), etc., introducen profundos cambios en la organización asistencial y en la relación de los clínicos no solo con los que financian y gestionan la asistencia, sino con los que la reciben (pacientes-usuarios-clientes.) La aplicación de estos modelos a la asistencia a personas con enfermedades mentales severas de curso crónico tiene una serie de peculiaridades, algunas inherentes al tipo de población objeto de la asistencia (escasamente definido), otras a las peculiaridades de los modelos asistenciales a dicho población y la extensión de sus necesidades a ámbitos no netamente sanitarios.

Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico: Definición, Necesidades. Los Nuevos Crónicos. La Reforma y la Asistencia Comunitaria

Una forma de aproximarse a este tema es definiendo el contexto del objetivo (la población con Enfermedad Mental Crónica (EMC en adelante), y de las intervenciones (la Rehabilitación Psicosocial), para poder hablar de gestión con un sentido, sin perder de vista que la gestión no es un objetivo en sí mismo, sino una herramienta que tiene como objetivo afrontar de forma más eficiente y sensata un problema en extremo complejo y costoso.

1. Los avances en los conocimientos y tecnologías médicas en los últimos 50 años no han dado lugar a repercusiones decisivas en la comprensión y tra-

tamiento de la enfermedad mental severa, especialmente la esquizofrenia. Por lo que hoy persiste el viejo problema de la cronicidad, de personas cuya patología psiquiátrica genera discapacidades de larga duración, a pesar de nuestros esfuerzos terapéuticos.

2. Los cambios en la política asistencial y los movimientos de reforma y desinstitutionalización han promovido la aparición de una serie de necesidades en los pacientes para que esa integración comunitaria con que se nos llena la boca sea una realidad, y no una oportunidad para terminar en la marginalidad, o para marearse en nuestro inmenso parque de atracciones asistencial, incluyendo la noria-puerta giratoria.

3. Los cambios sociales contribuyen también a modificar dichas necesidades, y a convertir esa empresa de integración en un objetivo extremadamente difícil de cumplir, en sociedades competitivas, con acceso tardío y difícil al mercado laboral, con una vivienda extremadamente cara, y con una sociedad que presumiendo de tolerante, cada vez tolera menos a los diferentes.
4. Y los cambios en nuestros pacientes, que expresan su cronicidad de una forma muy diferente a la de hace unos años, y desafían nuestros bienintencionados pero inadecuados abordajes terapéuticos: los nuevos crónicos.

1. Avances no determinantes en el tratamiento de la EMC

En las últimas décadas la psiquiatría, la sociedad y hasta los pacientes han sufrido grandes cambios, pero la evolución de enfermedades como la esquizofrenia no es tan diferente a la que era a principios de siglo, y no parece que tengamos al alcance de la mano una solución fácil. Parece que los que más hemos salido ganando en estos últimos años hemos sido los psiquiatras (que nos hemos desinstitucionalizado en mayor medida que los pacientes) y las compañías farmacéuticas (que han encontrado y explotado su particular filón), y quizás no tanto los pacientes.

Así que la realidad es que hemos producido una gran cantidad de conocimiento, nuevos fármacos, y hemos dotado a la psiquiatría de un innegable prestigio científico del que indudablemente carecía. Pero la relevancia de este conocimiento y de esta respetabilidad científica en el día a día de la vida y evolución de nuestros enfermos psicóticos más graves no está tan clara. La esquizofrenia sigue siendo una enfermedad a menudo de curso crónico, en muchos casos deteriorante, para muchos pacientes con sintomatología persistente, y que origina graves, muy graves problemas de integración social y para vivir una vida plena y satisfactoria, así como una enorme carga económica y emocional para sus familias.

2. Cambios en la política asistencial

Puede mantenerse que uno de los logros más importantes en la asistencia a la EMC es la integración de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el sistema sanitario global, cuyo efecto principal ha sido el reconocimiento del derecho de los pacientes, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito. Otro de los aspectos significativos entre los cambios producidos es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad.

Los razonamientos que sustentan las bondades de la política de desinstitucionalización y atención comunitaria son, entre otros:

- La asunción de que la atención comunitaria es intrínsecamente más humana que la hospitalaria
- La atención comunitaria sería más terapéutica
- Y que sería más coste efectiva (es decir, más barata)

Estos razonamientos (en muchos casos muy contaminados por presupuestos ideológicos), no han sido testados empíricamente. La comunidad es más humana y más terapéutica, siempre que los pacientes dispongan de los recursos adecuados. En caso contrario puede convertirse en una jungla y un reducto de marginalidad. Y si se dota de estos recursos, es posible que las cosas empiecen a dejar de ser baratas.

Si embargo parece claro que allí donde se han desarrollado redes asistenciales – que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental, hasta programas de hospitalización, total o parcial, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, por citar algunos de los más significativos – la evolución clínica de los pacientes, y la calidad de vida propia y de los familiares, es mejor que cuando eran atendidos siguiendo los modelos de atención centrada en la hospitalización a largo plazo.

Pero a pesar de los innegables avances en

la política asistencial a la EMC no es del todo cierto que el peso de la asistencia haya pasado del hospital a la comunidad. Lo que sí ha sucedido es que se ha desarrollado un enorme dispositivo de atención de salud mental, con un crecimiento exponencial de la población susceptible de ser atendida. La psiquiatrización de muchas conductas y problemas, la capacidad casi infinita de definir nuevos trastornos para casi cualquier variante de la conducta humana, la sorprendente popularización y "desestigmatización" de los fármacos psiquiátricos, etc., han llevado a un enorme crecimiento de dispositivos y costes asistenciales, sin en muchos casos una planificación y organización óptima de tales recursos. A pesar de la creación de unidades hospitalarias en hospitales generales, la creación de dispositivos comunitarios intermedios, la disminución de los tiempos de estancia hospitalaria y la creación de unidades de media estancia, lo cierto es que hoy en día, la respuesta a las situaciones de crisis sigue siendo la hospitalización.

La llamada desinstitucionalización es algo más que sacar a los pacientes de los hospitales; los servicios comunitarios deben estar adaptados a las necesidades reales de la población con EMC, es esencial garantizar la continuidad de cuidados, debe asegurarse la disponibilidad de camas hospitalarias suficientes para las personas que las precisen, la opinión de los afectados debiera ser tenida en cuenta a la hora de planificar los recursos asistenciales y el desarrollo de recursos no debiera estar condicionado por cuestiones preconcebidas de tipo ideológico.

El caso es que los pacientes más graves viven en una situación complicada que requiere grandes apoyos para hacer realidad lo que llamamos integración social y tratamiento comunitario, y que dicho tratamiento no quede reducido a una secuencia de hospitalizaciones repetidas, única estrategia frente a las crisis ya sean sociales o psiquiátricas, o a una cascada de derivaciones corta-media-larga-corta-media-larga, con recaladas en los diversos recursos intermedios.

3. Cambios sociales

3. Cambios sociales

La situación social ha cambiado también mucho en los últimos años, incluso en un espacio de tiempo tan corto como las dos últimas décadas. Cambios culturales, sociales, que por un lado sin duda favorecen una sociedad en muchos aspectos más rica y viva, pero también de más difícil acomodo para los que no disponen de sus capacidades intactas para afrontar sus demandas. Y no hemos de olvidar que la clínica de la cronicidad es una clínica social. La cronicidad se establece en la medida en que la enfermedad interfiere con la capacidad de funcionamiento social, de afrontamiento de demandas como las relaciones sociales, la independencia económica, el alojamiento, el manejo del ocio y tiempo libre. Los pacientes han de vivir en entornos de alta exigencia, con importantes necesidades de apoyo para obtener una integración social real. La alternativa es la puerta giratoria, en lugares con importante y accesible cobertura, o en los peores casos, la marginalidad.

4. Cambios en los pacientes: Viejos y Nuevos Crónicos

Antes de iniciarse los procesos de desinstitucionalización los pacientes que habían permanecido ingresados durante periodos prolongados de su vida tendían a mostrar actitudes pasivas y de sumisión. Al alta en general se integraban bien en dispositivos residenciales o en la comunidad con suficiente soporte, y la mayoría tendían a permanecer donde se les ubicaba y a aceptar el tratamiento, incluyendo la medicación.

Pero este no es el caso de la nueva generación de personas con enfermedades mentales severas. No han sido institucionalizados y educados en la pasividad, no han pasado largos periodos de hospitalización (aunque probablemente sí muchos periodos cortos), y en muchos casos tienen de hecho dificultades para conseguir ser ingresados en las unidades de corta estancia cuando lo precisan, crónicamente saturadas, y para permanecer en las mismas más de unos pocos días.

Los pacientes que actualmente llamamos crónicos tienen un perfil y unas necesida-

des que son muy diferentes a las de hace unos años; aspectos como los nuevos tratamientos farmacológicos, los cambios en las políticas sanitarias, con el especial énfasis en los costes, las modificaciones en la expresión sintomática, en la actitud social y familiar hacia la enfermedad mental, la distribución de recursos, etc., nos fuerzan, y fuerzan a los pacientes a una adaptación continua. Los llamados *nuevos crónicos* expresan sus disfunciones sociales en su dependencia familiar, en el consumo de OH y drogas, en la marginalidad, etc.

Muchos de estos “nuevos crónicos” tienden a negar la necesidad de tratamiento y a rechazar la identidad de “enfermo mental.” En muchos casos consumen drogas, no siguen el tratamiento farmacológico, no aceptan fácilmente las indicaciones terapéuticas. Son pacientes relativamente jóvenes, que parecen no responder a ningún tratamiento y programa de rehabilitación, que constituyen el nuevo “núcleo duro,” un reto para los servicios de asistencia de salud mental, pacientes en riesgo real de abandono por parte de servicios y profesionales desbordados por esta minoría difícil y conflictiva, que sin embargo, atendida con acciones muy estructuradas y continuadas, pueden alcanzar cotas de autonomía y vivir fuera de la estructura hospitalaria.

Un sistema de asistencia integral para estos pacientes ha de contemplar estas características, adaptarse a sus necesidades reales, y afrontarlas con dispositivos y técnicas terapéuticas adecuadas.

Rehabilitación: Bases teóricas, filosóficas y técnicas

El campo de acción de la Rehabilitación Psicosocial se ciñe a lo que denominamos, eufemísticamente, Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico, y que en general designa a la esquizofrenia, a algunas psicosis afectivas de curso especialmente malo, y a un cajón de sastre de diversas patologías, que incluye alcoholismo, trastornos de la personalidad, trastornos del desarrollo, etc. que terminan en servicios de rehabilitación-asistencia a pacientes crónicos como resultado de una irresistible corriente de

deriva que hace de estos servicios un lugar común para pacientes que fracasan, con graves dificultades de funcionamiento, con alta demanda de recursos asistenciales, independientemente de su diagnóstico.

En muchos casos, la asignación de un paciente a un recurso de rehabilitación no depende tanto de una decisión clínica sino de una cascada de fracasos, que colocan al paciente fuera del sistema asistencial “normal.” Y lo que muchos servicios que nos autodenominamos “de rehabilitación” ofrecemos se limita a veces simplemente a hospitalizaciones más prolongadas, algunas actividades ocupacionales, etc. Shepherd (1998) atribuye esta situación a la falaz distinción que tradicionalmente se viene manteniendo entre tratamiento y rehabilitación y que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales.

Podemos definir lo que llamamos rehabilitación psiquiátrica desde la población a la que sirve (EMSC), sus objetivos (permitir la vida más independiente y ajustada posible en el entorno más normalizado) y sus medios (intervenciones psicosociales). Y también podemos definirla por un estilo de trabajo, un marco teórico y una filosofía asistencial, más o menos compartida

Filosofía y estilo de trabajo en rehabilitación

- Reconoce que múltiples factores psicológicos, biológicos y sociológicos interactúan para afectar las vidas de las personas con enfermedades mentales severas.
- Hace hincapié en la calidad de vida de los pacientes y les proporciona confianza en su futuro.
- Contempla a los pacientes como personas: individuos que responden a sus enfermedades de manera muy personal, y que poseen puntos fuertes y valores así como debilidades PPT 1

Su **filosofía** descansa en una **serie de conceptos estrechamente** relacionados entre sí:

- Su objetivo central es el de capacitar al paciente individual para desarrollar en la máxima extensión posible sus capacidades, a pesar de la existencia de una enfermedad mental.
- Resalta la importancia del medio que rodea a los pacientes.
- Se dirige a la potenciación de los puntos fuertes o capacidades más intactas.
- Mantiene una expectativa esperanzada acerca de la evolución.
- Tiene una actitud optimista en lo referente a las capacidades laborales y vocacionales de las personas afectadas.
- Proporciona una asistencia integral, que incluye los aspectos médicos, sociales y de ocio.
- Facilita y espera una implicación activa por parte de los pacientes en su propio tratamiento.
- Es un proceso continuado, que debe adaptarse de forma continua a las necesidades y circunstancias de cada paciente
- Implica el establecimiento de una fuerte relación entre el paciente y el equipo

La Rehabilitación descansa en la existencia de tratamientos altamente eficaces para conseguir que las personas afectadas puedan alcanzar una buena calidad de vida y un funcionamiento satisfactorio en la comunidad. Sin embargo aún existen barreras que dificultan tanto la asistencia como la integración real de las personas afectadas, y que la propia Organización Mundial de la Salud destaca:

- La falta de implementación real de las intervenciones que los avances en el conocimiento y la investigación nos dicen que son eficaces, ya por falta de formación, recursos suficientes o prioridad asistencial.
- Los efectos generalizados de la exclusión social resultante del estigma y de la discriminación.

No sólo las personas afectadas están estigmatizadas. También los propios tratamientos, las personas que les asisten y los luga-

res en que lo hacen sufren de discriminación, incomprensión y rechazo social.

La rehabilitación psicosocial ofrece un marco diferente, una dignificación de la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves de curso crónico, mediante la implementación de técnicas de tratamiento eficaces y de sistemas de apoyo que tienen como objetivo permitir a los pacientes la vida en la comunidad. Las intervenciones psicosociales representan un estilo de trabajo basado fundamentalmente en las actitudes terapéuticas de estimular, motivar, animar y constantemente dar refuerzos positivos a las personas que padecen esquizofrenia, que tantas veces han sido minusvaloradas y estigmatizadas más allá de sus propias deficiencias. Supone una visión esperanzada y optimista del proceso rehabilitador, sabiendo que es complejo pero que el tiempo juega a nuestro favor.

La organización de una completa y adecuada atención comunitaria integral a esta población constituye un reto y un objetivo fundamental para los sistemas sanitarios de salud mental y los sistemas de servicios sociales a fin de ofrecerles los tratamientos, intervenciones psicosociales y apoyos necesarios a través de una amplia gama de recursos comunitarios que asegure el mayor grado posible de funcionamiento, autonomía e integración social de esta población en la comunidad.

Rehabilitación Basada en Evidencia. Integración de Tratamientos Farmacológicos y Psicosociales

En palabras de Saraceno (Director del Departamento de Salud Mental de la OMS)

“No hay duda de que necesitamos mucho más conocimiento para mejorar la relación coste eficacia de nuestras intervenciones; sin embargo existe una gran brecha entre nuestros conocimientos y las estrategias efectivas y su implementación real en la práctica a escala suficiente. Debemos admitir que existen algunas barreras para la implementación de actuaciones coste-efectivas”

Lo cierto es que la asistencia real, rutinaria,

no aplica de forma adecuada las recomendaciones derivadas de la evidencia disponible en relación con la eficacia de los tratamientos. Las personas implicadas en la asistencia deben preguntarse a sí mismas si están entrenadas para ofrecer las intervenciones que han demostrado eficacia, incluyendo la farmacoterapia, las intervenciones familiares, la gestión de casos, y otros con una creciente base en cuanto a su eficacia, como el entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación vocacional.

Existe ya una aceptable base de evidencia, en forma de ensayos clínicos controlados, para sustentar el uso de intervenciones psicosociales en el manejo rutinario de la enfermedad mental crónica, y de los que se puede concluir que:

- El tratamiento de la esquizofrenia (y por extensión de otros trastornos mentales graves de curso crónico) es algo más que el uso apropiado de fármacos; supone también la oferta de apoyo y soporte continuado, información válida y adecuada, y cuando se estime oportuno, intervenciones y estrategias rehabilitadoras.
- Las intervenciones de tipo psicoeducativo y el entrenamiento en habilidades sociales parecen disminuir el riesgo de recaídas, aunque el mecanismo por el que actúan es incierto.
- Las intervenciones familiares (una intervención con componentes que incluyen el apoyo, la información y educación sobre la enfermedad y el manejo, y en algunos casos, las intervenciones terapéuticas -emoción expresada, otros-) disminuyen de forma clara el riesgo de recaída.
- Los datos procedentes de los ensayos clínicos indican que la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz para disminuir el índice de recaídas y nuevas hospitalizaciones, y puede también mejorar el estado mental de los pacientes.
- Los sistemas de gestión de casos tipo ACT (*Assertive Community Treatment*) reducen las hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital en casi un 50%. Parecen particularmente útiles en el caso de pacientes graves,

con alta tasa de reingresos, abandonos del tratamiento y descompensaciones severas con alteraciones conductuales importantes.

- Los programas integrados que abordan la coexistencia del abuso de sustancias y enfermedad mental severa parecen el método más adecuado de tratar este problema.
- Los programas de alojamiento protegido, flexible para ofrecer diferentes niveles de supervisión, y los de apoyo a la integración laboral, especialmente los que apoyan empleo normalizado, son eficaces para obtener un funcionamiento normalizado en la comunidad.

Los efectos de las intervenciones psicosociales se disipan con el tiempo, lo que pone en evidencia la necesidad de ofrecerlas de forma flexible, según las necesidades de cada paciente, de la misma manera en que se indica medicación de mantenimiento.

Recursos y servicios. Características y desafíos de un sistema del siglo XXI de asistencia a la EMC

La organización de servicios de rehabilitación ha de contemplarse en el contexto de una política asistencial de la enfermedad mental severa, especialmente de la esquizofrenia, incluyendo no sólo la asistencia a la cronicidad, sino los programas de detección precoz, de intervención en primeros episodios, de prevención de dicha cronicidad. Se han de destinar medios y voluntad a implementar una organización, servicios, técnicas y personas capaces de proporcionar a las personas con enfermedad mental severa de curso crónico tratamientos e intervenciones eficaces, más allá (o además) de los fármacos, de hacerlo de forma accesible para todas las personas que lo necesiten, en el momento en que lo necesiten y durante el tiempo que lo necesiten.

Algunas de las características principales que debe reunir un sistema asistencial para esta población son:

- **Capacidad para desarrollar programas de tratamiento individualizados**, de acuerdo a las necesidades y situación de cada paciente concreto. Capacidad para aplicar de forma efecti-

va intervenciones psicosociales de acuerdo con los estándares de calidad y la evidencia científica actual.

- **Desarrollo** de recursos comunitarios accesibles, suficientes, flexibles, y graduales, de acceso rápido, cuando se precisen y durante el tiempo que se precisen. Incluyendo la implementación de tratamientos psicosociales básicos en las prestaciones de los Centros de Salud Mental, Hospitales y Centros de Día, Servicios de Rehabilitación Comunitarios, recursos de alojamiento alternativo, con diferentes niveles de supervisión, recursos de rehabilitación y reinserción laboral y ocupacional, recursos de ocio y tiempo libre, cobertura y soporte económico suficiente, apoyo al asociacionismo, protección legal, tutela, etc.
- **Facilitar el acceso a la atención hospitalaria:** A pesar de posturas extremas ideológicas, es evidente que los pacientes con enfermedades mentales severas precisan hospitalizaciones, y que deben tener acceso a las mismas, y durante el tiempo preciso. Sabemos hoy en día que la comunidad no es siempre necesariamente el lugar de tratamiento más benigno para todos los pacientes en cualquier momento, y que el acceso a la hospitalización es una parte fundamental y esencial para una asistencia apropiada de esta población.
- **Relevancia cultural y social de los servicios:** adaptar los servicios a la población que atienden (rural, urbana, etc.), razas (inmigrantes), etc.
- **Implicar a los usuarios en la planificación de los servicios:** la participación de asociaciones de familiares y usuarios es fundamental en los nuevos modelos de relación de la medicina con los usuarios. A la par, la participación de los pacientes en las decisiones terapéuticas y el establecimiento de objetivos, es una de las características fundamentales de la rehabilitación.
- **Flexibilidad de los servicios:** servicios flexibles, abiertos al cambio y no constreñidos por cuestiones ideológicas.
- **Continuidad de Cuidados:** Es crucial para las personas con enfermedades mentales de curso crónico el poder

recibir servicios y atención durante largos periodos, muchas veces de forma indefinida, y preferiblemente por parte de los mismos servicios y personas.

Problemas y carencias

La consolidación de la rehabilitación psicosocial se enfrenta a una serie de problemas:

- Una **definición adecuada de la población a la que va destinada.** El término enfermo mental crónico es una definición insuficiente y que puede englobar muy diversos tipos de condiciones que precisen abordajes diferenciados. La cronicidad como destino común de pacientes graves (Trastornos de la Personalidad, Trastornos Afectivos, Esquizofrenia y algunas Neurosis), en forma de dependencia de servicios y necesidades sociales no debe justificar una falta de diferenciación de intervenciones. Hoy por hoy, la mayoría de las intervenciones han sido probadas e implementadas fundamentalmente en pacientes con esquizofrenia.
- Una **suficiente dotación de recursos.** Una asistencia global y comunitaria de tales pacientes debe contemplar todas sus necesidades, incluyendo la hospitalización de agudos y de media y larga estancia. La redistribución de recursos y la creación de nuevos dispositivos extrahospitalarios no es forzosamente más barata que la asistencia hospitalaria (aunque este haya sido uno de los argumentos.) En un sistema de recursos económicos limitados, en los que no siempre lo prioritario es una prioridad, es necesario convencer a gestores y políticos de la necesidad de disponer de tales recursos, tanto a nivel sanitario como social.
- Una **definición de las técnicas psicosociales más eficaces,** una diferenciación de los pacientes que tienen que ser sometidos a las mismas, un mejor conocimiento de los elementos "eficaces" de las mismas, de la "dosis" necesaria y un mayor apoyo en evidencia de su uso. Los entusiastas resultados de algunas técnicas en los

primeros ensayos no han sido del todo refrendados y algunas de ellas parecen tener una sospechosa pérdida de eficacia transcultural (por ejemplo de EEUU a Europa). Son necesarios ensayos sobre muchas técnicas para las que ya preconizamos eficacia sin tener datos suficientes.

- Una **homogeneización de la aplicación de tales técnicas**. La falta de definición de las mismas implica que se denomine de la misma manera a prácticas muy diferentes, y en muchos casos sin rigor. Necesidad de formación en técnicas más complejas que la mera administración de medicación.
- **Superar la ideologización** unida en algunos casos a la rehabilitación psiquiátrica, y que convierte opiniones ideológicas en verdades que no han sido comprobadas. La práctica clínica no puede estar supeditada a la ideología. Sin embargo sí es necesario un liderazgo en cuanto al modelo asistencial que favorezca una actuación con sentido.
- **Definir los servicios y su funcionamiento** de forma que puedan ofrecer una asistencia coordinada e integral, sanitaria y social, flexible, indefinida y que garantice la continuidad de cuidados. Y hacerlo de manera que se mantenga integrada en la asistencia comunitaria normalizada, en coordinación o sobre la base de los servicios actuales, incluyendo los hospitalarios y los comunitarios.
- **Extender las intervenciones psicosociales** a los inicios de la enfermedad, incluyendo los primeros episodios
- **Promover la investigación** y atraer a los mejores profesionales a este campo, tradicionalmente relegado
- **Implicar** y colaborar de forma efectiva con asociaciones de usuarios y allegados

Concepto de Gestión Clínica. Gestión Clínica, Asistencia Psiquiátrica y Rehabilitación

¿Como aplicar los nuevos modelos de gestión clínica a la rehabilitación psicosocial y a los programas y servicios de asistencia a la enfermedad mental severa de curso crónico? El valor de tal herramienta estriba en su capacidad para enfrentar los problemas y las necesidades descritas, a través de un liderazgo que favorezca la misión y valores (filosóficos y asistenciales) propios de la rehabilitación psicosocial, para garantizar una calidad técnica, dar respuesta a las necesidades de formación y trabajo multidisciplinar y combatir la desmotivación y el *burn-out* de los equipos, favorecer la coordinación con los heterogéneos dispositivos sociales y sanitarios, definir las necesidades y su adecuada financiación, en base a indicadores relevantes, prestigiarnos e informar a la sociedad, tener en cuenta realmente a los usuarios en el desarrollo de los programas, etc.

Gestión Clínica. ¿Por qué y para qué?

La antipatía que los médicos hemos tenido tradicionalmente a la gestión se ha expresado en el desinterés y casi desprecio que hemos mostrado hacia el conocimiento de los costes de nuestras actuaciones, la resistencia a ser evaluados en términos de coste-efectividad o eficiencia, la defensa a ultranza de una variabilidad asistencial infinita, sobre la base de la experiencia clínica, (el tradicional *cada maes trillo tiene su librillo*) y a pensar que no nos concierne el gasto y el impacto social de nuestras prácticas, únicamente su justificación clínica.

Y tradicionalmente también, quienes se han venido ocupando de la gestión de los recursos lo han hecho desde posiciones alejadas de la realidad clínica, lejos de donde pueden percibirse las necesidades reales y la pertinencia de las actuaciones, lejos también de los equipos asistenciales, percibidos como ineficientes y malgastadores, a los que hay que tener apretados y controlados. Y viceversa, gestores percibidos como meros recortadores de recursos, insensibles a las necesidades asistenciales. Más que una relación de colaboración, en

muchos casos parece haberse instalado una relación de competencia, incompreensión, y en un diálogo de sordos. El alejamiento de los profesionales de las tomas de decisión en cuanto a la gestión de los recursos, acrecentado por una sensación de divorcio, casi secular entre clínicos y gestores, genera desajustes y una situación poco deseable.

Autonomía de Gestión

Los sistemas organizativos tradicionales en nuestros servicios asistenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios, tienden a ser centralizados, rígidos y lentos en sus cambios y decisiones, muchas veces alejadas de la realidad clínica, y sin que los propios responsables de la asistencia directa a los pacientes se sientan implicados e identificados con tales decisiones.

Los cambios en la asistencia médica y en la provisión de servicios sanitarios en los últimos años han sido profundos, y probablemente lo serán más en un futuro. Por un lado, los aspectos que tienen que ver con la gestión de los recursos, finitos, con una mayor eficiencia, requieren de la participación de los clínicos que manejan tales recursos en su gestión. Por otro, los cambios sociales y en la relación médico-paciente (sistema sanitario-cliente o usuario), exigen también nuevos modelos asistenciales más flexibles, adaptables, y capaces de implementar de forma rápida las medidas necesarias para ofrecer una asistencia más acorde con estándares de calidad. El concepto de gestión clínica supone la asunción de la gestión de los recursos por parte de los profesionales, y parte de una premisa muy concreta: la mejor forma de obtener un mayor rendimiento de los recursos sanitarios es fomentar una buena práctica clínica basada en la adecuación del uso de recursos diagnósticos y terapéuticos: una práctica clínica efectiva y un uso efectivo de recursos.

Es un tópico decir que la asistencia a pacientes crónicos ha sido tradicionalmente un asunto relegado; es posible que en otros tiempos pueda haberse percibido que no hay gran cosa que gestionar. Salas de hospitales, a menudo antiguas, mal dotadas y siempre las últimas en recibir

dinero para su adecentamiento, medicación barata y personal con larga experiencia y nula formación, son/eran suficientes para atenderles. Ahora las cosas han cambiado. La medicaciones que usamos están entre las que más gasto farmacéutico generan, la asistencia no puede limitarse a los meros cuidados, y la implementación de estrategias terapéuticas psicosociales eficaces requiere de personal suficiente y formado las unidades de hospitalización en hospitales generales o en psiquiátricos reúnen diferentes condiciones, y la asistencia comunitaria ha generado una serie de necesidades y demandas extraordinariamente complejas, convirtiendo la parte más aparentemente sencilla de la asistencia psiquiátrica en indudablemente la más compleja.

Pero llegados a este punto, los clínicos podemos instalarnos en una especie de protesta continuada, una ilimitada reivindicación de recursos a los gestores, sin nada a cambio. Sir Aubrey Lewis decía ya hace unos años algo al respecto, que creo resume la justificación para que la rehabilitación, y la asistencia a la enfermedad mental severa de curso crónico, incorpore métodos de evaluación y de gestión que la hagan despegar de la mera custodia y cuidados:

“Gran parte de la rehabilitación se funda en la fe, la esperanza y las reglas prácticas. Se podría hacer mucho más que eso.

Se podrían planear los programas de manera que pusieran de manifiesto los principios que gobiernan la buena rehabilitación y los factores que la restringen. Si uno engancha su carro a una estrella habrá un desgaste de energía que ninguna comunidad podrá en verdad sostener. De ahí la necesidad de definir nuestras metas con cada paciente, y juzgar el éxito de nuestro método por la consecución o no de esa meta...”

En lo que se refiere a la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales más severas y de evolución crónica (especialmente esquizofrenia) el sistema más que facilitar dificulta una gestión eficiente y adecuada de los procesos. Y no sólo desde un punto de vista económico. O paradóji-

camente, a veces sólo desde un punto de vista económico. Lo cierto es que los mismos procesos son gestionados a lo largo del tiempo por servicios diferentes sin ninguna coordinación real, ni unidad de criterios a medio-largo plazo.

La asignación de pacientes a los diferentes recursos de hospitalización de corta estancia, media y rehabilitación, o a recursos intermedios, depende en muchos casos de factores ajenos, como la disponibilidad de camas, la presión asistencial en los Centros de Salud Mental o las listas de espera en recursos intermedios. La movilidad entre dichos recursos se establece también siguiendo similares criterios, que conducen a repetidos recorridos por el panorama asistencial hospitalario y comunitario, sin objetivo concreto, pero permitiendo que cada servicio mantenga sus marcadores de actividad (el número de consultas, la ocupación de camas, la estancia media) en índices satisfactorios. También permite exhibir tales resultados con autosatisfacción para culparse mutuamente del fracaso final de una evolución, que parcialmente y vista de forma miope parece la correcta desde cada servicio por donde pasa, y no lo es tanto en una observación longitudinal en el tiempo y transversal en su trayectoria por los servicios asistenciales.

Lo cierto es que un número creciente de pacientes con patologías severas y de curso crónico parecen necesitar un número ilimitado de camas de larga, de media, de rehabilitación, de plazas de hospital de día, de alojamientos protegidos, etc., que tales recursos son finitos, y que los Centros de Salud Mental están colapsados por la patología "menor" (en muchos casos para nada menor en cuanto a sufrimiento y necesidad de asistencia, pero sí en cuanto a necesidades de soporte social o impacto en la competencia social.)

Un sistema eficiente de gestión de rehabilitación, destinado a pacientes con patologías severas que requieren abordajes clínicos sofisticados y de larga duración y elevado coste, y de soporte socio-sanitario de compleja coordinación no debe descansar en infinitas actuaciones individuales, descoordinadas, ciegas a la evolución a largo plazo por la necesidad de mirar siempre lo inme-

diato, funcionando con el objetivo de derivar al paciente a otro servicio para cumplir los indicadores propios, y culpando a las listas de espera, a la insuficiente cobertura de otros servicios, a la escasez de recursos intermedios o la falta de camas de larga estancia cada vez que estos indicadores se no se cumplen de la forma esperada. La gestión por procesos asistenciales, y no por servicios puede facilitar salir de esta situación, con la agrupación de los servicios que tratan los mismos problemas en Unidades que los integran.

Las Unidades de Gestión Clínica tienen como objetivo crear y establecer un método eficiente de gestionar la asistencia a pacientes con patologías y problemas comunes, racionalizando los recursos, y permitiendo una mejor atención de los pacientes que habitualmente utilizan estos servicios. Para ello se ha de reconocer la diferente idiosincrasia de los recursos y dispositivos implicados, hospitalarios y ambulatorios y la necesidad de preservar sus peculiaridades para una mejor diferenciación de los programas que les son propios. La agrupación de servicios no debe conllevar una uniformidad, sino que respeta todo aquello que es válido y razonable propio de cada dispositivo, tratando de mejorar las actuaciones menos eficientes y acordes con una asistencia moderna y respetuosa con el usuario.

El objetivo final es el de establecer un modelo de gestión integrado, basado en la gestión por procesos, que garantice la continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes servicios y entidades que intervienen en el mismo, que favorezca una mayor autonomía de gestión, tanto en los recursos humanos como en los materiales, que utilice en la medida de lo posible intervenciones basadas en evidencia (o en ausencia de evidencia en el consenso de expertos), con un coste razonable, y con una orientación comunitaria.

¿Pero es la gestión la varita mágica para nuestros problemas?

La asistencia a personas con enfermedades mentales severas es un proceso costoso y complejo, y que ha asistido a muy diversos modelos asistenciales, no siempre con

beneficio. Algunos problemas a tener en cuenta con respecto a la aplicación de sistemas de gestión clínica son:

- La posibilidad de confundir el medio, la herramienta, con el fin, y dedicar nuestros esfuerzos y tiempo a cumplir con el modelo de calidad de turno, diseñar procesos y olvidarnos de ver a nuestros pacientes.
- El tiempo. Más reuniones, más comisiones, más grupos de trabajo, más documentación, ocupan un tiempo escaso y sobrecargan de trabajo a equipos muchas veces infradotados.
- La formación. Hace falta más que un poco que entusiasmo y convicción para implementar modelos de gestión clínica. Hace falta formación en gestión, y no sólo para el líder, sino para todo el personal.
- Hipsimplificar un problema complejo, olvidando que el sistema, la organización, los servicios, y el propio problema de la enfermedad mental crónica es algo más que la suma de sus partes o componentes. Y que la cosa no es tan sencilla como la fantasía de que si conseguimos hacer funcionar a todas

estas partes, como los componentes de una máquina, la cosa irá sobre ruedas. Nuestros servicios asistenciales funcionan como sistemas adaptativos complejos, en los que la interacción entre las partes es tan importante como las partes en sí mismas, y que no funciona como los sistemas newtonianos, mecanicistas, ni tampoco en el caos, pero sí en un intermedio en el que la indeterminación y la incertidumbre preside todas nuestras actuaciones, incertidumbre con la que tenemos que vivir, y que los sistemas de gestión y organización han de tener en cuenta.

Finalmente, hay que trascender la cultura del resultado inmediato, de la necesidad de que cada intervención nuestra conlleve un resultado obvio derivado, de la visión miope, a corto plazo, de la evolución de la enfermedad mental y del resultado de nuestras intervenciones. Hay que tener la vista puesta en la evolución a largo plazo, y en la confianza de que dicha evolución, aunque a veces no sea evidente, depende críticamente de lo que hacemos, y de cómo lo hacemos.

Bibliografía:

1. Plseck P; Wilson, T. (20 01): Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*; 323:746-749
2. Matesanz, R. (2001): Gestión Clínica: ¿Por qué y para qué? *Med Clin (Barc)*; 117:222-226
3. Liberman, RP. et al.(2001): Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*; 52: 1331-1342
4. Parra, B; Temes, JL.(2000): *Gestión Clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana
5. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Fundación Signo. Noviembre 2000
6. Cochrane, A.L (1985): *Eficacia y Eficiencia. Reflexiones al azar sobre los sistemas sanitarios*. Col Salud Pública. Barcelona: Salvat
7. Priebe, S; McCabe, R. (2000): Hospital and Rehabilitation Services. *Curr Opin in Psychiatry*; 13: 215-219
8. Schreter, RK. (1998): Reorganizing departments of psychiatry, hospitals and medical centers for the 21st century. *Psychiatr Serv*; 49: 1429-1433
9. Peele, R. (2000): Fragmented responsibility, deteriorating care. *Psychiatr Serv*. 51: 557
10. European Foundation for Quality Management . Modelo EFQM de Calidad Total. En : http://www.euskalit.net/calidad_total/el_modelo_efqm.htm
11. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el sector público. 1996
12. Roura, P(2000): Indicadores de la utilización de los servicios de atención psiquiátrica. *Aula Médica Psiquiátrica*; 2:87-96
13. Liberman, R. P (Ed.).(1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1988)
14. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Abelardo Rodríguez (coordinador)(1997).. Madrid: Pirámide.
15. Aldaz, JA; Vázquez, C.(1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI .
16. The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A Defining Moment, *Psychiatr Serv* (2000). 51: 874-878
17. OMS. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Publicada de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la vigésimo novena Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976, 3ª Edición. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 1997
18. Pepper, B; Kirshner, M.; Ryglewicz (2000): The Young Adult Chronic Patient: A Look Back. Cournos F, Le Melle S. *Psychiatr Serv*; 51: 989-995
19. Harding, C.M.(1996): La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución en la esquizofrenia. En: Aspectos actuales en el Tratamiento de la Esquizofrenia. American Psychiatric Press. Edición Española.
20. Jerónimo Saiz Ruiz, (1999): *Esquizofrenia: Enfermedad del Cerebro y Reto Social*. Ediciones Masson.
21. Rössler, H; Haug, J; Munk- Jorgensen.(2000): The psychosocial basis of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* ; 102 (suppl. 407): 5
22. Strauss, J.(2000): The interactive developmental model revisited. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl. 407): 19-25
23. Bachrach, L.(2000): Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia what are the boundaries?. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl. 407): 6-10
24. Informe Ararteko (2000): Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental (Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV). Institución del Ararteko.
25. Johnson, S; Kuhlman, R. & EPCAT group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). Versión en Castellano de L. Salvador; C. Romero; F.Torres y C. Rosales Comunicación personal.
26. Rodríguez, A.; González Cases, A. Octubre (2000): Borrador de Documento Grupo de Trabajo de la AEN sobre Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de la Población con Enfermedades Mentales Graves y Crónicas. Disponible en: <http://www.geocities.com/jotazam/gtr3.htm>
27. Grupo de Trabajo. Necesidades de recursos específicos para el tratamiento, rehabilitación y soporte comunitario a la población enferma mental grave y crónica en la comunidad de Madrid. Madrid, Febrero 1998
28. VVAA. Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica. Servicio de Programas Especiales. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Octubre (1999).
29. Salvador-Carulla, L.; Romero, C. y cols (2000): (PSICOST Group). Assessment Instruments: standarization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl 405): 24-32
30. Salvador-Carulla, L.; Atienza, C.; Romero, C. (1999); and the PSICOST/EPCAT Group. Use of the EPCAT Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services. The Experience of Spain. En: Manage or Perish. Guimón y Sartorius eds.

Trastornos mentales severos en un CSM Análisis de necesidades

Marcelino López García

Diplomado en Enfermería.
CSM I Gijón, Asturias.

Paz Arias García

Psicóloga clínica.
CSM I Gijón, Asturias.

A través de estas líneas tratamos de mostrar la evaluación de necesidades que presenta una población con criterios de TMS que sigue consulta en un CSM. El método utilizado para ello es un estudio descriptivo de un grupo de variables seleccionadas como orientadoras de necesidades. En este estudio se señalan tres apartados fundamentales; 1- Necesidades de infraestructura, 2- necesidades de personal y 3- actuaciones especiales.

Vemos necesario potenciar los recursos normalizados, la coordinación con agentes comunitarios, la necesidad de recursos humanos y no tanto la creación de nuevas estructuras como potenciar las existentes.

Introducción.

Parece cada vez más importante conocer la población con la que se está trabajando en programas longitudinales, y que por sus características particulares presentan modificaciones a lo largo de un programa. Diversos estudios sugieren conocer las necesidades que presentan, surgiendo así la utilización de distintos cuestionarios que puedan dar una visión global de estas necesidades.

El objetivo de este trabajo surge como una propuesta interna del equipo de valorar la situación en una población concreta según variables objetivas bien definidas, de forma que tanto a corto como a medio plazo se puedan dar soluciones realistas a ellas lo cual supone hacer variaciones en un programa de larga duración.

Este estudio se utiliza como instrumento de trabajo cotidiano de forma que los datos nos deben de ir definiendo población y prioridades de actuación.

Se estudian variables como medios económicos, convivencia, número de ingresos, recursos utilizados con el fin de tener la

visión de una población sobre necesidades como alojamiento, empleo, apoyo a cuidadores o potenciar recursos que sean útiles en el trabajo cotidiano de un proceso de rehabilitación para pacientes con criterios de TMS, desde un CSM.

Partimos así de la idea que valorar necesidades es prever para poder proveer.

Contexto

El estudio se desarrolla en un contexto con unas coordenadas definidas, que conviene resaltar y que quizás puedan ser trasladadas a otros lugares.

Detrás de cada trabajo de investigación, sea éste de mayor o menor relevancia, siempre hay un equipo en la actividad práctica para que el trabajo salga adelante.

Nuestro **equipo de trabajo**, esta formado por psiquiatras, psicólogo, trabajadora social, ASEP, Diplomado en Enfermería y personal administrativo, y temporalmente, por profesionales en formación (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales).

Es un equipo considerado interdisciplinar, que a lo largo de más de 10 años, ha ido desarrollando una forma de asistencia en salud mental basado en la organización comunitaria, donde a pesar de los cambios institucionales y de profesionales a lo largo de este tiempo, la **línea de trabajo** no se ha desvirtuado excesivamente.

En el estudio a exponer, que sería la asistencia a trastornos mentales severos, **esta línea de trabajo tendría como soporte fundamental el carácter interdisciplinar del equipo con el fin de proveer de una continuidad terapéutica para generar un proceso de rehabilitación.**

Siani nos define la **continuidad terapéutica** como “*hacerse cargo longitudinalmente en el tiempo y de forma transversal en el lugar, intentando ser capaces de integrar modelos técnicos diferentes en un proyecto estratégico, porque un modelo acaba por seleccionar casos, en cambio una estrategia selecciona técnicas, las usa para afrontar cada caso y cada circunstancia.*”

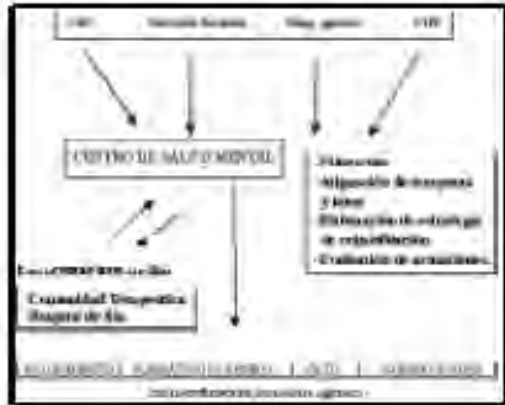
Saraceno y Montero nos hablan de generar un programa rehabilitador “*mediante estas estrategias complejas no como técnica sino como una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de los ambientes y los recursos.*”

Este equipo de trabajo está situado como **eje del proceso de rehabilitación**, con funciones de valoración del caso, planificación de estrategias, coordinación de actuaciones, y evaluación del programa.

Integrado en una red asistencial, por lo tanto no aislado, donde la rehabilitación se entiende como nos lo señala García Carbajosa y Arias, “*como un proceso terapéutico que conjuga elementos socio-sanitarios,*” manteniendo como una de las características fundamentales la relación con otros dispositivos y agentes implicados en el proceso de rehabilitación.

Circuito de Rehabilitación

Acceso



Tres elementos fundamentales se tienen en cuenta a la hora de trabajar con TMS en este equipo:

- **Asignación de la figura de terapeuta y tutor** en el momento en que son detectados como TMS.

El Terapeuta es un psiquiatra o psicólogo, responsable de la valoración, y planificación de las estrategias. El Tutor es personal de enfermería o trabajadora social en algunos casos, que colabora en la valoración y la planificación y seguirá al paciente durante todo el proceso de rehabilitación, con la particularidad de que debe de ser una figura accesible para el paciente, familia, y otros agentes implicados.

- **Condiciones básicas del equipo.**

- 1- Equipo accesible, equipo multidisciplinar.
- 2- Disponibilidad en cualquiera de las fases del proceso de rehabilitación
- 3- Capacidad de priorizar en la valoración inicial.
- 4-Capacidad de planificar estrategias de forma integral.
- 5-Garantizar la atención continuada.
- 6-Poder evaluar las estrategias y analizar las necesidades de población.

- **Plan individualizado.**

Que recogerá fundamentalmente:

- Datos del paciente,

- Diagnóstico,
- Dificultades,
- Aspectos conservados,
- Variables sociales,
- Variables formativo-laborales,
- Factores de riesgo,
- Terapeuta y tutor asignado,
- Estrategia individual, familiar, social.
- Recursos a utilizar dentro y fuera de los Servicios de Salud Mental.

Una de las características importantes del equipo de trabajo es la de *analizar las necesidades de la población a la que atiende*.

Para ello realizamos un estudio de la población que es atendida en el CSM, que sigue criterios de TMS y que a partir del análisis de determinadas variables podemos estimar necesidades importantes que definan o replanteen estrategias en el proceso de rehabilitación.

Análisis de población

Muestra

1-Son pacientes que pertenecen al CSM I.

2-Cumplen los criterios de TMS, definidos en el programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, coordinado por José María Fernández Rodríguez; trabajo que pertenece al Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental en Asturias.

Criterios que son:

a- **gravedad clínica**, persistencia en el tiempo sin mejoría o con progresión en el deterioro con los procedimientos terapéuticos habituales, y que presentan una afectación importante de las relaciones personales, familiares y sociales.

b- **entidad clínica**, que corresponde fundamentalmente Trastornos esquizofrénicos (F20), Trastorno esquizotípico (F21), Trastornos delirantes (F22), Trastornos bipolares maníaco, depresivo y mixto (F31).

3-Es un grupo de población del que se

dispone de datos suficientes a lo largo del tiempo como para poder cruzar variables.

Valoración de necesidades

En relación a la valoración de necesidades podemos dividir las en tres apartados: 1-Recursos de infraestructuras; 2-Recursos de personal; 3-Actuaciones especiales.

1-Recursos de infraestructuras

Apuntamos un 13 % de las necesidades en materia de **alojamiento**. Debemos de señalar en este apartado que **no nos referimos a alojamientos institucionales**, sino que proponemos una **potenciación de los medios normalizados** (se puede hacer rehabilitación en domicilio, y se debe de utilizar como elemento rehabilitador, fomentando habilidades sociales, hábitos saludables, integración social). Con una población del 25% que viven solos, debemos de fomentar el nivel de autonomía en unas condiciones dignas, con apoyos a aquella población que vive en piso.

Y con un señalamiento especial a los que viven en pensiones, en muchos casos poco dignas pero que si no se les oferta otras posibilidades difícilmente podrán dejarlas, recordemos que es una población que entre 25-40 años supone un 33% y que entre 40-55 un 50%, con ingresos de PNC en un 80%, población difícil pues mezcla enfermedad con factores de riesgo alto (25% toxicomanías) y con número de ingresos más alto que el resto de la muestra.

Las medidas podrían ser los **pisos compartidos** como solución en un número importante, medida esta que debe de utilizar los recursos comunitarios existentes (como ayuda a la renta en ingresos bajos u otras)

La población que vive en los Albergues, y los llamados sin techo son una población con poca vinculación con los servicios sanitarios en general y con salud mental en particular, donde la colaboración de agentes es fundamental. En este apartado vemos que sin programas específicos de coordinación hay un buen nivel de colaboración entre los agentes implicados. Estimar necesidades no es sino prever para proveer, por ello no se debe de perder de

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACION.

n=117.

SEXO:

MUJERES	64%
VARONES	36%

EDAD:

<25	9%
25-40	47%
40-55	35%
>55	9%



Se observa un alto porcentaje de pacientes en edad laboral activa.

El segmento de edad menores de 25 se toma por criterios de utilización de recursos como pueden ser las Escuelas Taller, o por encontrarse en ciclos formativos normalizados.

DIAGNOSTICO

TBIPOLAR	5%
TPSICOTICO	90%
PSICY METADO	5%

MEDIOS ECONOMICOS DE LA MUESTRA

PNC	58%
JUBILADOS	17%
FAMILIARES	9%
NINGUNO	5%
OTROS	11%

Contrasta con una población amplia en edad laboral activa, observandose una población fundamentalmente subsidiaria.

CONVIVENCIA

0- ALBERGE	5%
1-SOL O PISO	5%
2- SOLO PENSION	10%
FP FAMILIA PROPIA	12%
FO FAMILIA DE ORIGEN	53%
OTROS	5%



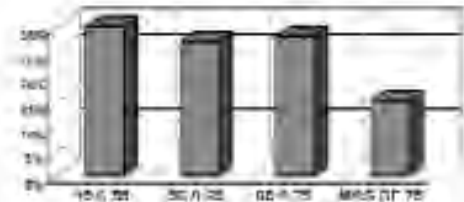
Resulta significativo el 53% que vive con la familia de origen, y un 25% que vive solo, lo que nos lleva a estudiar las características de esta población.

FAMILIA DE ORIGEN

EDADES DE LOS PROGENITORES

45 a 55	30%
66 a 65	27%
65 a 75	28%
más de	15%

media de edad de los progenitores 60 años.



Medios económicos de la población que vive con FO.

61%PNC.
10% JUBILADOS
19% DEPENDENCIA FAMILIAR
10% TRABAJANDO

Encontramos una población con progenitores de edad avanzada, donde hay una importante dependencia económica de la familia, en el 19 %.

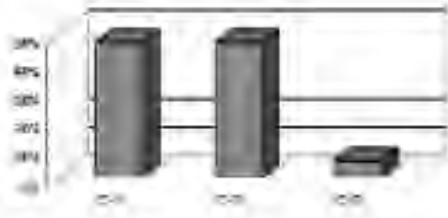
VIVEN SOLOS EN PISO

EDAD

MENOR DE 40	24%
41-55	41%
MAYOR DE 55	35%

SEXO

VARONES	44%
MUJERES	56%



MEDIOS ECONÓMICOS

65% PNC

Nº DE INGRESOS EN U.H. BREVE

C-1	47%
C-2	47%
C-3	6%

INGRESOS.

- 1- No existen o uno breve.
- 2- Varios breves de 1-4.
- 3 -Varios breves de 4-8.
- 4 -Más de 8 ingresos breves.

Según criterios del PROGRAMA DE CUIDADOS PARA PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS, elaborado por los Servicios de Saud Mental de 1994.

SOLOS EN PENSION

EDAD

25 -40	33%
41-55	50%
MAYORES DE 55	17%

SEXO

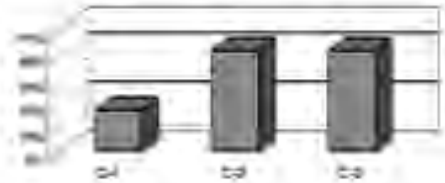
VARONES	83%
MUJERES	17%

MEDIOS ECONÓMICOS

82% PNC

Nº DE INGRESOS

C-1	17%
C-2	41%
C-3	41%



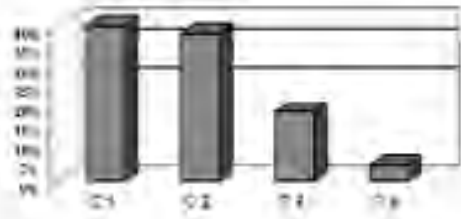
Un 25 % sigue tratamiento en UTT.

Destaca la distribución por sexo, más número de ingresos y mas tiempo de ingreso que los que viven en piso, y medios económicos subsidiarios en un porcentaje alto.

Un segundo diagnostico de toxicomanias.

INGRESOS SEGUN CRITERIO

1	40%
2	38%
3	18%
4	4%



Nos encontramos con una población en la que predomina los ingresos en los criterio 1 y 2 población que merede ser estudiada más a fondo.

RECURSOS UTILIZADOS FUERA DEL CSM.

NINGUNO 60%
 ALGUNO 40%

Población no muy frecuentadora de recursos, que es estudiada desde dos criterios:
 1- Recursos de estructuras rehabilitadoras
 2- Recursos normalizados, tutelados desde los Servicios de Salud Mental.



Estructuras de rehabilitación.

HD 44%
 COM TERAP 23%
 Recursos normalizados
 VOLUN 17%
 ATUD DOMI 8%
 OBJETOR 8%

Hay una utilización de recursos normalizados importante.



ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPARON.

Recursos creados y tutelados desde los Servicios de Salud Mental.

FL 46%
 OC 32%
 OTL 11%

Porcentaje sobre el total de la muestra.

Un mismo individuo puede haber utilizado más de un recurso.



Población en edad activa laboral.

Muy subsidiaria.

Convivencia fundamentalmente con familia de origen de edad avanzada.

Un porcentaje alto que viven solos.

Ingresos en Unidad de Hospitalización Breve entre 1-4 ingresos año.

Utiliza de forma importante HD (44%) y recursos normalizados (37%).

Alto índice de participación en recursos tutelados desde los Servicios de Salud Mental.

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES

OCIO Y TIEMPO LIBRE	OTL	25%
FORMATIVO-LABORAL	FL	11%
OCUPACIONAL	OC	10%
TRABAJO PROTEGIDO	TP	34%
TRABAJO NORMALIZADO	TN	7%
ALOJAMIENTO	ALOJ	13%
PROGRAMAS INDV/TUTORIAS	PI.	40%



La estimación de necesidades se hace siguiendo los criterios del terapeuta y del tutor del caso que han cumplimentado un cuestionario interno.

Se observa que no hay discrepancias entre los recursos utilizados, las características de la población, y las señaladas por terapeuta y tutor.

Hay 50 pacientes que precisan programas individualizados / tutorías los que supone más del 40 % de los 117 registrados.

DESCRIPCION DE LA POBLACION CON NECESIDAD DE PROGRAMA INTENSIVO

Es una población que representa el 40% de la población estudiada, donde predomina el diagnóstico de psicosis.

Es una población que en un 64% ocupa un segmento de edad de 25 a 40 años, con medios económicos dependientes de PNC en un 78 %.

Convive con su familia de origen en un 52% y solos un 18%.

El número de ingresos está entre 1-4 en un 42% y entre 4-8 en un 24%.

No utiliza recursos de ocio, ocupacional o formativo laboral en un 46%, y no sigue tratamiento de una forma continuada en 12 %.

Es una población que valoramos que debe de ser estudiada de forma más detallada pero que por las características que tiene necesita un toma a cargo más cercana por los servicios.

vista la población que vive con familia de origen 53% cuyos progenitores tienen una media de edad de 60 años, donde las actuaciones de apoyo deben de ir dirigidas a fomentar la autonomía y la integración, y donde el deseo de institucionalizar recursos nos puede llevar a la exclusión.

El aspecto **formativo y laboral** deberíamos de diferenciarlo para explicarlo.

Un 11% de las necesidades se sitúan en el área formativo laboral, y un 40% en el de trabajo, (34% protegido y 7% normalizado);

Primero: la formación en nuestra comunidad ha estado relacionada con los Fondos de Formación de la CEE, con escasa diversificación y poco específicos a la problemática grave (la más excluida).

Segundo: en nuestra muestra hay un alto índice de participación en actividades FL (23% del total), pero la falta de expectativas reales de empleo está generando una desmoralización, y por tanto el abandono.

Tercero: la falta de coordinación y desinformación de ofertas, hoy en vías de solución con la creación del área de inserción laboral de los SS de S Mental y las comisiones de empleo por Áreas.

Es una necesidad realista porque el 50 % de la población tiene una edad laboral activa, que contrasta con los recursos económicos que son PNC, y un 9% (menores de 25) debería de formarse para su incorporación.

Hay una dificultad real para acceder al empleo, pero también para mantenerse, pensamos que las vías intermedias serían una apuesta, éstas serían los empleos protegidos y en particular los Centros Especiales de Empleo, **donde el empleo no es el final, sino que mediante la formación y el empleo con apoyo** se continúa el largo proceso de la rehabilitación, somos conscientes del alto porcentaje de necesidad sobre el empleo protegido (34 %) que hemos señalado.

El ocio y tiempo libre (señalamos un 25%), como atención complementaria, como elemento que facilita la relación social, solo señalar el riesgo de desconectar estas actividades de las redes sociales comunitarias, creando grupos homogéneos, que pueden provocar exclusión y marginalidad.

2-Recursos de personal

No es nuestro objetivo hacer un discurso reivindicativo, pero es obligatorio señalar que para evaluar, elaborar estrategias, acompañar en todo el proceso son necesarias personas, y no solo las de los servicios sanitarios sino que al entender la atención al TMS como comunitaria, como no desintegradora, no excluyente, se precisa todos los agentes comunitarios que forman las distintas redes.

Hay una población que señalábamos como de planes más intensivos, cercana al 50%, porque tienen más crisis, o porque hay que apoyar más a los cuidadores, o por más riesgo de exclusión, para ello hace falta dedicación que solo puede proveerse a través de los recursos humanos.

Programas normalizados que se han mostrado de gran eficacia, son los de voluntariado, de prestación social sustitutoria, y otros como Ayuda a Domicilio que además es un potencial generador de empleo, incluso en colectivos de riesgo de exclusión, y que se convierten en normalizados de la gravedad

3-Acciones especiales

-Coordinación con el sistema sanitario, en especial de atención primaria, lugar muy importante en la detección precoz de la gravedad o de factores de riesgo, así como de daños en los cuidadores.

-Coordinación y colaboración con los sistemas educativos, tanto en el eje normalizado como aquellos especiales para adultos.

-Cooperación mediante programas con los SS Sociales, evitando convertir unos a otros en meras rutas de acceso en el circuito de la rehabilitación.

-La colaboración, basada en la información y la disponibilidad evitaría la sensación de que el enfermo de salud mental es rebotado de algunos servicios.

Por concluir, consideramos que las necesidades en Salud Mental invitan a inversiones en recursos de personal y no solo de infraestructuras, que, a menudo, repiten viejos modelos de atención y de relación.



Bibliografía:

- Aparicio, V. (1993). "Rehabilitación e integración, una cuestión abierta" *Informaciones Psiquiátricas*, nº1 31, pp:13-19
- Cardamone, G.; Sisti, E. (1997). "Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica" *Rev. Asoc. Espa. Neuropsiquiatría*, vol XVII, nº 64, pp 663-677
- Del Olmo, F.; Ibáñez, V. (1998). "Hospitalización parcial: Conceptos y tendencias asistenciales actuales" *Archivos Neurobiología*. Madrid, 1998 61 (1) pp 9-29
- García Carbajosa, M.A.; Arias, P (1991). "Atención prolongada y Rehabilitación. Perspectivas actuales" Comunicación Libre. X Jornadas Nacionales AEN. Segovia Mayo.
- García J. y col. (2000). "La formación y el empleo. Instrumentos para la integración de las personas con trastornos psicóticos" *Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol XX, nº 73, pp 9-22
- Liberman, RP (1993). "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico" Barcelona Martínez Roca.
- Sánchez, A.E. "Consideraciones en torno a la Rehabilitación"; *Psiqui. Pub.*, 1992, Vol IV, nº 3, pp. 130-134
- Saraceno, B.; Montero, F "La rehabilitación entre modelos y practicas" en V. Aparicio (coord): *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. Madrid: AEN pag 313-321
- Siani, R. (1993). "El contacto sistémico en la rehabilitación con pacientes psicóticos" *Informaciones Psiquiátricas*, nº131, pp: 33-39
- Fernández, J.M. "Programa de atención a trastornos mentales severos" (Coord) Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental. Oviedo 8 de Abril del 2001.



El recorrido subjetivo del usuario

Roberto Mezzina

Médico psiquiatra

Responsable del Centro de Salud Mental de Barcola-Aurisina, D.S.M. de A.S.S. n. 1-Trieste

El protagonismo de los ciudadanos "usuarios de los servicios" (usuarios primarios, familiares, otros) y la cuestión de la auto-ayuda se ha impuesto en Italia y en el mundo, a partir del reconquistado papel de "sujetos" de su propia historia y de sus vidas por parte de los pacientes psiquiátricos.

Mientras en otros países un fuerte movimiento de los usuarios, todavía y necesariamente antagonista a las instituciones psiquiátricas, debe luchar para que sean reconocidos los derechos civiles y sociales, en Italia la ley del 1978, y el consiguiente fin de los manicomios, han ratificado una condición de ciudadanía que pone tales cuestiones sobre un nuevo plano. El problema es como hoy las prácticas de salud mental y de rehabilitación deben y pueden contribuir a hacer posible la plena realización del derecho a una cura que no sea una sanción, del derecho a un provecho, a una casa, a un trabajo, a una participación activa en la vida civil y social.

¿Pero cuanto deben aún modificarse los servicios para que estén realmente "centrados en el usuario"? Largo se presenta el trabajo de transformación de las prácticas y de las disciplinas; para "rehabilitar a quien rehabilita" es necesario establecer formas de participación activa de los usuarios en los servicios de comunidad y reforzar los vínculos con las instancias y con los sujetos de la vida social y también de implicarlos en la promoción de la salud mental (desde los familiares hasta los trabajadores de los servicios sociales, sanitarios y judi-

ciales, hasta llegar a los cuerpos sociales). No es esta una operación fácil porque va a tocar el nodo de los poderes y debe por tanto partir del reconocimiento que la perspectiva del usuario como sujeto y actor de su propio recorrido de integración social y de emancipación es fundamental en la (propia y ajena) terapia y rehabilitación.

En estos años se ha pasado de las formas más ingenuas pero también genuinas de "comunidad terapéutica" (que se refieren a las pequeñas realidades de casas-alojamiento, apartamentos, y en los lugares más avanzados han informado de la misma cotidianeidad de los servicios territoriales de salud mental, en Trieste pero no solo allí, en una concepción del servicio como red participativa) a las modalidades de verdadera participación responsable; de la interlocución con los principios de la auto-ayuda y asociacionismo de los usuarios, originados espontáneamente o más comúnmente promovidos por los servicios, a las formas de democracia participativa (los comités de participación en los servicios); de las instancias de "empowerment" (entendido como "dar poder y competencias") a la necesidad de recursos e instrumentos para la inserción social (formación y re-escolarización), inserción laboral real. Se impone hoy una óptica más optimista partiendo de la certeza de que existen oportunidades, que los servicios deben poder garantizar, útiles para favorecer la "recuperación". Este concepto que va más allá de la definición médica de cura, al reconocer la fuerza de los factores subjetivos en la "enfermedad" al igual de aquellos social-

mente determinados, en el cambio de la relación con el propio problema o con el propio trastorno, nos remite a un proceso absolutamente personal y único de recuperación del sentido de sí mismo, así como valores, finalidades, significados y de control sobre la propia vida.

Esto se conjuga potentemente con la emancipación de dependencias personales y sociales, hacia una mejor calidad de vida y una participación más consciente de la vida social.

Compromiso de los usuarios y del "empowerment" (Atribución de poderes)

El compromiso de los usuarios primarios, sea individual (en el programa terapéutico) o colectivo-representativo (en la proyección y en la gestión de los servicios; a través de la constitución en asociaciones; en la educación y en la información de la comunidad), se sucede en varios grados y con varios niveles de "empowerment" (término que se entiende como "dar poder y competencia", Adams. 1990).

Habrán entonces servicios que promuevan el "empowerment" y otros que sin embargo continúen con la no privación y con el empobrecimiento material y cultural de los sujetos.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que muchas organizaciones de usuarios "están trabajando en el "empowerment" del usuario primario de los servicios de modo que pueda de nuevo controlar su propia vida y que tal "empowerment" deba tener un control sobre el abastecimiento de los servicios y sobre la planificación, sobre el desarrollo y la dirección de la asistencia" (WHO, 1989). Aquí aparece la cuestión de la relación entre usuarios y trabajadores y además: también entre asociaciones e instituciones, y en modo más extenso entre salud mental y comunidad.

La auto-ayuda, bien que esta suceda en grupos espontáneos o promovidos por los servicios, o haga referencia a asociaciones y agencias, resulta bajo la óptica desde la cual hemos hablado, una fase importante del "empowerment." La OMS asigna a la

auto-ayuda un papel clave en la prevención ya que permite salir del esquema médico y los recursos sociales pueden jugar un papel (Hatch & Kickbush; 1983). A menudo se realiza a través de acciones de "self-advocacy", o sea de auto-representación de los propios derechos, que es esencial en los movimientos de los usuarios.

Unido al problema del poder lo está también el de los **derechos**: no solo de los derechos de la persona, de los derechos civiles, sino también los derechos de la ciudadanía y los derechos sociales. Nos debemos preguntar si estos se cumplen y sobre todo cuáles son las mediaciones y los instrumentos de acceso (informaciones, conciencia social) más oportunos para poner en práctica por el usuario, que el servicio deba facilitar.

Redes participativas dentro y más allá de los servicios, hacia la comunidad

El proceso de desinstitucionalización, en Trieste como en otras experiencias avanzadas, ha favorecido el fortalecimiento de los usuarios como sujetos de derecho, dotados de contractualidad; las posibilidades para ellos de expresión autónoma; el potenciamiento de todas los niveles de salud de las que eran portadores hacia una idea de emancipación que tendía a superar el mero dato de la "terapia" y quería extenderse a todo aquello que promoviera la salud mental y la calidad de vida.

El fortalecimiento y la "subjetividad" de los trabajadores han avanzado en paralelo con la de los pacientes, y de cuantos venían implicados en una relación directa con el servicio (familiares, ciudadanos, voluntarios, etc.). La relación institucional sujeto-objeto de tratamiento, médico-paciente, se ha transformado gradualmente en una interacción compleja que ha comprendido sujetos diferentes por edad, clase social, normalidad y patología. Han sido favorecidas todas las modalidades de participación informal en la vida de los nuevos servicios de comunidad, sobre la base de una tendencia a la reciprocidad en las relaciones, incluyendo en el campo todas las figuras que podrían romper aquella bipolaridad.

Los servicios surgidos de la desinstitucio-

nalización están en grado de “tejer una red”- una red participativa – (Mezzina y a., 1993) a partir de sí mismos: es una red donde se cambian y se ponen a disposición de quien (el paciente) por costumbre ha excluido no solo reservas, si no también valores de uso. Cada vez se impone más la **calidad de la vida social** que, a pesar de muchas dificultades, surge en tantas formas espontáneas, y la “**necesidad de relaciones**” aparece ya como punto central.

Solo en una práctica psiquiátrica donde las personas son valoradas como sujetos, dotados de contractualidad, y cuyas necesidades, expectativas, objetivos son la sustancia de los proyectos terapéuticos, se puede producir consenso con las curas, confianza y colaboración, implicación en los programas individuales por parte de cada uno y por lo tanto (sucesivo paso) oportunidad de participación colectiva a la vida del servicio y a su transformación.

El flujo comunicativo en los servicios, encauzado en los momentos formales de los coloquios, de los encuentros, de las reuniones del servicio, del trabajo terapéutico individual o familiar o de grupo, o que se expresa en una multiplicidad de situaciones, ocasiones y momentos informales, ha creado seguramente formas de participación. Se han creado momentos de asociación espontánea a la que se han unido momentos de auto-ayuda entre pacientes, a los cuales a menudo el servicio ayuda mediante recursos integrativos. Un ejemplo son las situaciones de convivencia promovidas por el servicio, el apoyo espontáneo dado por los usuarios a otros usuarios en crisis o con dificultad, la presencia cualificada de los familiares como interlocutores inmediatamente implicados en los programas terapéuticos (Dell'Acqua y Mezzina, 1991).

Sin esta alta calidad participativa no es por lo tanto posible construir una red comunitaria. Por red comunitaria entendemos aquella que se produce cuando las redes surgidas del servicio tienden a extenderse fuera de él- proceso de todos modos inevitable, so pena de quedar atrapados en formas entrópicas y autoexcluyentes). ¿Que parte de este recorrido puede ser cumplida

directamente por el usuario en todas aquellas realidades e iniciativas que hemos denominado significativamente “FUORI-CENTRO” (Fuera del Centro) (Mezzina, 1997; Borghi, Mezzina y col., 1993; Dell'Acqua, Mezzina y Vidoni, 1993; Folgheraiter, 1995), de pequeños clubs co-gestionados o autogestionados, a las actividades polideportivas, al desafío al estigma y a la esperanza de la recuperación? ¿Cuál será el papel del servicio para mantener estas formas de salida de una relación tradicional con el paciente? ¿A quien y como extender el proceso participativo?

Según la OMS (1989) sería necesario activar los procesos de implicación que toquen a todos los actores posibles, desde usuarios hasta familiares, grupos de comunidad (mujeres, minorías étnicas o religiosas), representantes de administraciones locales o de los organismos sanitarios, representantes de grupos profesionales antepuestos a la asistencia social y sanitaria, agencias especiales de intereses sociales, asociaciones y grupos de “abogacía” (representación y defensa).

¿Cuál será entonces la implicación de una comunidad entendida como instituciones, entidades, servicios, realidades asociativas del vivir social, de la sociedad civil también más allá de la salud mental – y con qué objetivos? Ciertamente para construir redes (y socialidad) a través de proyectos de transformación del vivir social, y no solo para construir organismos de consulta donde se representen las instancias de grupos de individuos. Sin embargo, si queremos movernos para construir redes, no serán suficientes las surgidas de operaciones formalístico-burocráticas, ni realizadas sobre estímulos solamente solidarios, sino que los valores fundamentales deberán ser cambios vitales verdaderos.

La inserción laboral en los recorridos de salida del estatuto de enfermo

Las relevantes transformaciones sucedidas en los últimos diez años en este campo hacen que la cuestión de la inserción laboral pueda ser hoy tema de una perspectiva más amplia.

Cada vez más en los últimos años la inser-

ción laboral se ha vuelto el único medio realmente eficaz a nuestra disposición para hacer posible la salida del usuario de una condición de estigma y de marginación, salvándolo de un destino de completa inclusión en el circuito psiquiátrico.

No se pueden alimentar dudas sobre el hecho de que el trabajo constituye una vía de salida: si no hacia una vida más satisfactoria, al menos hacia algo que está situado en la realidad. De hecho hoy las oportunidades de formación y trabajo se colocan en ámbitos distintos y distantes del servicio: es en esta distancia donde la formación y el trabajo asumen cada vez más el valor de una perspectiva real- propuesta verdadera de cambios en la vida de las personas.

Lo que ha acontecido en Trieste entorno a la cuestión del trabajo ha sido un proceso radical, caracterizado por polarizaciones muy fuertes y seguramente necesarias. La situación estaba ya, en la práctica de los servicios, fuera de las lógicas psiquiátricas: nadie veía el trabajo como la consecuencia de un recorrido ordenado de pedagogía del sujeto, o un premio final en la progresiva adquisición y formación de competencias. Era un chance, una carta jugada, quizá en modo utópico, ilusivo, ideológico; en cualquier caso una oferta de ayuda a las personas para la obtención de un provecho, una cuerda lanzada para remontar una situación, la deriva social.

Hasta principios de los años 70' el trabajo se contemplaba bajo una óptica completamente diferente, en la cual se subrayaba la necesidad de inmediata salida del enfermo del alvéolo de la psiquiatría. La forma en la que las primeras cooperativas se originaron en el camino de la desinstitucionalización, por medio de los primeros proyectos financiados por la Comunidad Europea, era coherente con la modalidad de la desinstitucionalización de Trieste. La transformación del manicomio se fundaba en la presuposición de la respuesta a las necesidades de la persona, la búsqueda de oportunidades de inserción social efectiva, el énfasis sobre los derechos, sobre el contrato social.

La perspectiva que se practicaba era la de

los derechos de "ciudadanía": este ha sido siempre el paradigma utilizado en la destrucción del manicomio. Así que en Trieste no ha sido nunca afirmado el acceso al trabajo como consecuencia de la recuperación, ni la reintegración social ha estado subordinada a un proceso de reducción de la discapacidad.

La parábola del trabajo en la experiencia de Trieste puede ser considerada como emblemática de un avance hacia la realidad- la vida verdadera de la persona, es usada como huella en la reconstrucción de la modalidad con la que un sistema de cura asume la contradicción de un sujeto/objeto totalizado en la enfermedad para proyectarlo en la realidad, en la normalidad. En este sentido se puede decir que las cooperativas en Trieste surgieron de la rotura del paradigma del manicomio, 'al fingir', al interno de un sistema totalitario e inclusivo, trozos de otra realidad, de otra organización.

Por otra parte el trabajo es solo una parte de la rehabilitación psicosocial; alcanza un cierto punto del recorrido terapéutico, como etapa de una pedagogía de adaptación.

En Trieste no hemos visto nunca las cosas en estos términos, porque no hemos nunca reconocido las etapas del proceso terapéutico en su racional declinación: dentro y fuera del área hospitalaria, antes y después de la recuperación, antes y después de la crisis, al definir fases de cronicidad o de establecimiento según un modelo médico/clínico. Tampoco hemos pensado nunca que ciertos instrumentos de intervención fuesen de aplicación solamente para un usuario "estabilizado", que acepta o no acepta. Habiendo roto el sistema binario que caracterizaba todos los modelos de asistencia psiquiátrica en Europa (entre área de cura y área de rehabilitación psicosocial, entre los que han sido encerrados en los hospitales psiquiátricos y aquellos que son asistidos fuera) hemos creado una situación mucho más dinámica y compleja, algunas veces también confusa, pero indudablemente muy rica.

Por eso, hacia finales de los años '80 los servicios de salud mental comenzaron a

formar parte de la empresa social. La utopía de Franco Rotelli era desafiar en este sentido a los Centros de salud mental: la empresa social no tenía solo que controlar a las cooperativas, sino convertirse en una concepción social de hacer salud, al interno de las cuales los servicios deberían cambiar gradualmente su papel. Es esto lo que ha sucedido – donde más y donde menos, y también de diferente forma: por ejemplo, potenciando la actividad de auto organización del conjunto de usuarios. En las residencias gestionadas con el dinero de las personas, ya se aspiraba hace tiempo a la puesta en común de recursos; en los pequeños grupos, en los programas de ayuda a los familiares, ya desde la segunda mitad de los años '80 habíamos trabajado para crear puentes y redes, implantar la auto-ayuda, las capacidades de auto-ayuda y auto-organización. Se iba a la búsqueda de una subjetividad creativa: no solamente una subjetividad antagonista – la del usuario 'que se rebela' sino una subjetividad constructiva y constructora.

Creo aún mucho en las cooperativas sociales integradas porque es su interés específico acoger y sostener a los sujetos débiles. Se pueden realizar inserciones laborales en empresas externas, en privadas, encontrando personas disponibles, no condicionadas del estigma psiquiátrico, pero permanece una fuerte limitación en su capacidad para absorber los momentos difíciles, la crisis y la fragilidad general de las personas usuarias de nuestros servicios. El problema no se refiere tanto a la contratación: algunas personas han sido contratadas por tiempo breve por empresas privadas, pero los problemas son evidentes en cuanto atañe a la capacidad de contratación para un largo periodo. Una cooperativa ofrece por lo tanto mayores garantías para reconocer y afrontar las dificultades de las personas, tiene una finalidad de otra naturaleza, que no es solamente el beneficio de la empresa sino un valor social añadido.

Una cooperativa social no puede homologarse con una empresa externa o expulsar con facilidad; no puede remitir al remitente, o poner en práctica una suerte de discutible tolerancia: cuando alguien funciona lo mantiene, y cuando no funciona coge a otro.

Para todos la búsqueda de un trabajo y el hecho de aceptarlo corresponde a un sistema de coherencia que se quiere conservar y extender en el propio mundo, si es posible; si no es posible, sufrimos, y en cualquier caso aceptamos las condiciones de la realidad. Para quien sufre de graves trastornos mentales esta fase es aún más delicada porque le sobreviene generalmente en una fase de reconstrucción de identidad. Si uno sale de una psicosis es muy delicada su forma de re-adaptación con relación a propuestas que recibe de otros.

La formación del usuario

Todo esto acontece en una fase histórica en la cual la crisis del mercado del trabajo, unida a la del estado social, han colocado a los usuarios psiquiátricos (sobretudo jóvenes) en el interior de una amplia franja de sujetos a riesgo, allí donde son muchos los que no encuentran una fácil inserción laboral.

El boom de la formación, hoy fuertemente sostenida por la Unión Europea, de todos modos derivado de factores externos a nosotros, y de un movimiento que nace del mercado del trabajo, nos permite estructurar recorridos que antes no existían: por transitorios, temporales o contingentes, son recorridos en cualquier caso orientados al crecimiento. Por otro lado, viene a ser muy prolongado – no solo para las personas con trastornos psíquicos – el tiempo de logro de un trabajo real. Por donde quiera se discute la 'flexibilidad' en este sentido, mientras se transforma la cultura del trabajo como atributo de una identidad socialmente estable y definitiva.

Viene reconocida también la importancia de una formación concebida como campo de espera de objetivos y finalidades inmediatamente prácticas, de finalidades directas de aprendizaje.

Esto indudablemente se vuelve un aspecto importante si observamos las cosas desde el punto de vista del usuario. Una persona que interrumpe su propio recorrido de vida con la aparición de una grave enfermedad mental, y que entra en contacto con los servicios en condiciones de rotura y crisis de su mundo, tiene necesidad de poder gra-

dualmente explorar la realidad y reconstruir antes que nada en su cabeza la posibilidad de relación. La formación se presta en modo óptimo a hacer posible esta fase de espera y exploración de sí mismo, al constatar la potencialidad de relación de la persona con los demás.

Mi utopía personal es la de imaginar la formación en el interior de un recorrido integrado de salud mental centrado sobre el sujeto, sobre el individuo. Me pregunto, si es posible hoy construir, para una persona que llega a los servicios, un recorrido individualizado, y por lo tanto subjetivo, que a partir de sus problemas pueda modularse dependiendo de como la persona se desarrolla y desenvuelve, de manera racional con periodos legibles y constatables. . Es una utopía de cualquier modo constructiva, donde imagino el paso gradual del usuario a una condición efectivamente diversa. No la progresión prefijada en fases como sucede en la psiquiatría social, donde el "eje trabajo" previene de las graduaciones muy definidas: del laboratorio protegido se pasa al empleo transitorio y finalmente al empleo verdadero.

En este sentido el derecho al fracaso viene garantizado, entendido como parte del recorrido de la persona; y este derecho depende del hecho de asegurar las condiciones sucesivas de recuperación, en la percepción de encontrarse en una dimensión no excluyente, en la que se recibe una ayuda efectiva.

La rehabilitación socio-cultural y el desarrollo humano

En el ámbito de una formación entendida en sentido global, nuevas estrategias se concentran en el desarrollo de la capacidad y la oportunidad de acceso al territorio y a los derechos de ciudadanía. Entre éstos citamos la re-escolarización y todas las iniciativas dirigidas a la culturización y a la adquisición de una conciencia social del usuario-ciudadano.

Ayudar a las personas quiere decir también abastecer de instrumentos culturales, de comprensión y de avance, como en el programa innovador de "formaciones socio-

culturales" iniciado en Trieste en 1995 que se articula con otras acciones para el desarrollo humano ofertadas de las estructuras y de los programas del Departamento de Salud Mental. Ello consiste en cursos que relacionándose por módulos, tocan varios aspectos de la participación social mirando tanto a potenciar las competencias sociales y culturales como a volver accesibles a los usuarios recorridos individuales de ámbito pre-formativo y formativo, contrastando así trayectorias de de-socialización y de exclusión.

Un campo de "rehabilitación socio-cultural" puede entonces ser definido como de re-aprendizaje y de re-utilización de instrumentos de decodificación e interpretación de la realidad; re-aprendizaje y acceso a estrategias de comunicación; desarrollo de la capacidad de curación de uno mismo, la conciencia de uno mismo, la expresión de uno mismo. La identidad social y general, el conocimiento y el descubrimiento del territorio cultural, social y natural, la apropiación de capacidades lingüísticas y expresivas, el uso de medios en experiencias de comunicación social son algunos de los ámbitos afrontados.

La estrategia formativa combina la oferta de oportunidades (situaciones, estímulos, instrumentos) con el uso de métodos pedagógicos y didácticos; dirigidos a la implicación del paciente como sujeto activo, se trabaja en la "promoción de salud"; no solo a través del descubrimiento de las habilidades sino también de las expectativas y del significado que esto reviste para algunos. Medio indispensable del aprendizaje y de las estrategias comunicativas, que contiene el "valor añadido" de la participación y de la correspondencia, es el grupo de los cursillistas "con" los docentes (profesores, artistas, especialistas de otras disciplinas, al lado y a menudo en el puesto de trabajadores psiquiátricos y psico-sociales). El espacio-tiempo, definido del curso, prevé un contrato formativo que es la formalización de un recorrido, colocado en el exterior de los servicios en lugares de la ciudad. Los criterios de acceso no se fundamentan sobre diagnosis ni sobre áreas específicas de discapacidad social (incluso si se registra un predominio de alta utilización de los servicios por parte de los usuarios y/o larga

asistencia), sino sobre la valoración de las historias personales y de las diferencias. Una vez más una estrategia de implicación extensa que encuentra en Italia gran repercusión.

La óptica de la recuperación

¿Que evidencias ha arrojado la desinstitutionalización sobre el sufrimiento de los sujetos, dentro y fuera de la enfermedad?

Hoy emerge con fuerza, empujado por el movimiento de los usuarios, el problema de la “recuperación,” que viene erróneamente traducido, en el interior de un modelo medico biológico, como cura.

Recuperación desde el punto de vista del usuario quiere decir “recuperarse” del trasunto mental, restablecerse en el camino, en el recorrido. Es un proceso o recorrido profundamente personal y único de cambios de comportamiento, valores, sentimientos, finalidades, habilidades, papeles. Es al mismo tiempo desarrollo de significados nuevos, de un sentido nuevo del sí (Anthony).

Paralelamente en estos años surge la pregunta de como defenderse de los síntomas. La recuperación es aquí vista con independencia de ellos, o minimizando su impacto. Intentar autogestionarse. La experiencia de escuchar es hoy considerada parte de un recorrido de normalización (Romme). Para nosotros era “la vida a pesar” de los síntomas. Esto era una de las grandes enseñanzas de la escuela de la desinstitutionalización. Las personas podíamos estar en la comunidad, tener una vida normal, tener el derecho a una respuesta de las propias necesidades primarias y de relaciones.

Hemos experimentado la confrontación entre los conocimientos psiquiátricos y la experiencia de las personas: una dialéctica posible. Los primeros cursos de formación sobre “como defenderse de la enfermedad”; más allá del tentativo psicoeducativo, quería recuperar los conocimientos de las personas, su experiencia comunicativa (narrativas), antes de que las palabras de la psiquiatría la codificaran. Recientemente, se han practicado varias hipótesis de inves-

tigación con los sujetos y con sus historias: un modo diferente, más respetuoso, de investigar (Topor, Tooth). Aquí se abre un campo de nuevas preguntas.

¿Cuál es el fenómeno de la “recuperación”? Hay una direccionalidad pero no una linealidad del recorrido. Hay en efecto muchos caminos para alcanzar una relación diferente con la “enfermedad”. Esto se traduce en la unificación de las trayectorias. ¿Existe un “punto de cambio”? Algunas investigaciones parecen indicar esto (Topor). Se pueden describir las fases, los saltos cualitativos del recorrido. La dificultad para las personas, pero también para los servicios, es reconocerlos y valorarlos.

La cuestión de la “recuperación” conduce a preguntarse sobre la naturaleza misma de la enfermedad. En que modo los sujetos se relacionan con ella, la dirigen, no la subordinan más pasivamente.

Es ciertamente esencial la valoración del propio recorrido del sufrimiento como “experiencia”.

La recuperación no puede ser vista solamente como un recorrido individual. En tal caso sería de nuevo desatendida una ética de rescate del individuo de una condición, la enfermedad, vista aún como culpa. No de forma diferente a como la rehabilitación es re-educación, equivocadamente, o mejor, en el lenguaje del poder.

Preferimos asociar al termino recuperación aquél de “emancipación”. Queremos con ello subrayar el aspecto de no libertad que está unido a la condición de enfermedad como miseria personal y social, a la pérdida de los derechos, o al impedimento de acceso a los recursos socialmente disfrutables.

Entonces ¿que es la “curación”? ¿Cuales son los indicadores? ¿Desaparición de los síntomas? ¿Autoestima, autodeterminación, empowerment (Anthony)?

¿Que contribución pueden dar los sujetos a los cambios de las normas y de las ideas dominantes sobre la salud y sobre la enfermedad? Es necesario, antes de nada cortar el nexo discapacidad (enfermedad)-estig-

ma. Curar alude a un trabajo de desintrospección de la desviación, salir de la condición de enfermo.

¿Que pedir a los servicios para que faciliten la recuperación? ¿Riesgo, apertura, implicación, accesibilidad y flexibilidad, posibilidad de elección, acceso a oportunidades?

¿Que independencia tienen los recorridos de la recuperación de la ayuda profesional?

¿Cuales son los sistemas naturales de apoyo? ¿Cuales son los factores, personales y sociales, que los favorecen? La cuestión del poder, otra vez?

Para que emerja el sujeto, es necesario que entre en discusión el terapeuta, con sus certezas. Esto es que debe sanar y entonces la relación: entre quien asiste y quien es asistido. Recuperar el significado del termino asistencia: hacer de testigo, de marcapasos, de inspector del recorrido, y al mismo tiempo ayudar, sostener. No actuar sobre, sino con.

Es necesario además que alguno entre en el juego, se subjetivice con el enfermo. Para Basaglia, tal "reciprocidad" se basa en el hecho de que el terapeuta sea metido en discusión por el enfermo, así como el enfermo por el terapeuta. Cada uno entonces se hará reconocible por el otro.

La intersubjetividad del sentido alude entonces al RECONOCIMIENTO.

Conclusiones

En nuestra experiencia podemos por lo tanto identificar tres corrientes de intervención que se influncian y se cruzan recíprocamente.

——> (1) un trabajo sobre el "empowerment" (conferir autoridad, competencia, dar poder). Esto implica también:

——> (2) un trabajo sobre la identidad del usuario (hacia la autonomía del servicio, la "curación")

——> (3) un trabajo sobre la integración social, contra la desocialización y la margi-

nación.

Todas estas tres corrientes convergen sobre el punto de la actuación de los **derechos de ciudadanía**.

Una nueva organización de servicios que se basa en el reconocimiento, en su propia entereza, en la de los sujetos con los cuales entra en relación, no puede más que perseguir rigurosamente las trayectorias que le permitan recuperar sentido y valor, y le haga posible representarse en la sociedad, a los otros (Mezzina, 1987). Se puede empezar a realizar la puesta a disposición colectiva de habilidades desiguales, de "valores sociales" de aquellos fragmentos de "bienestar" y de "normalidad" que vienen producidos dentro y fuera de la "terapia" reconocida. Dar poder a los sujetos a través de su participación activa en la promoción de la salud mental quiere también decir aceptar su contribución a sucesivas transformaciones de un servicio, contra las inercias y los vínculos asistenciales, la medicalización de los problemas de la sociedad y de la vida cotidiana, la institucionalización de las relaciones con los trabajadores.

Para evitar entonces que la implicación en un servicio no reste una nueva forma de inclusión institucional, y por lo tanto de dependencia, la nueva cuestión será entonces aquella de construir conexiones comunitarias a cada nivel de servicios. Para "rehabilitar a quien rehabilita" (Rotelli, 1999), y crear posibilidades de emancipación del ciudadano usuario de los servicios, será necesario no solo establecer formas de participación activa de los usuarios en los servicios de comunidad, sino también reforzar las uniones con las instancias y los sujetos de la vida social, también estos de implicar en la promoción de salud mental (de los familiares a los trabajadores de los servicios sociales, sanitarios y judiciales, y así hasta llegar al cuerpo social); no solo garantizar la permanencia en el contexto social, contra las diversas formas de exclusión antiguas y nuevas, sino también dar acceso a posibilidades (Sen, 1992), a oportunidades para una verdadera inclusión como pleno ejercicio de los derechos sociales - a una real igualdad que no destruya las diferencias.



Recent developments in european Mental Health: change, choice, conflict and challenge

Shulamit Ramon

Profesora de "Interprofessional Health and Social Studies"
Anglia Polytechnic University Cambridge. Gran Bretaña

I am pleased to be here today to look with you at European mental health systems.

Perhaps a meaningful way to do so would be to focus on specific themes, while bearing in mind that Europe is diverse. "Europe" includes the UK, but also Central and East Europe, Western Europe, and has a pronounced South and North divide. The diversity is partly due to historical reasons, as well as current cultural, economic, political and social differences.

Yet the similarity exists as well, especially if we look at Europe from the perspective of other continents.

Perhaps I need to establish my credibility before taking the plunge; I am a chartered clinical psychologist and social worker by training, currently professor of interprofessional health and social studies at Anglia Polytechnic University, based at Cambridge.

I have been researching European mental health since 1982, focusing mainly on Italy and the Netherlands, but visiting mental health services in Bosnia, Greece, Finland, Hungary, Ireland, Portugal, Russia, Slovenia, Spain, and Ukraine.

What has attracted me to Europe? I was trained following British and US traditions, but when I came to live and work in the UK in the 1970s, the state of mental health services was so different from what I have envisaged it to be that I was ready to look elsewhere.

Themes

In a one-hour talk it is not possible to cover all themes. I shall not cover Central and East Europe, though will refer to some relevant examples there.

The comparative perspective

In principle Europe is a natural laboratory, enabling a cross-country comparison among societies which share a number of important characteristics in common, thus making the comparison more viable and getting:

- More comprehensive knowledge about common and uncommon features;
- Indicators of what works and what does not on a larger scale;
- Monitor changes over time and different social conditions;
- Pointers to useful policies;
- Verification of experimental schemes, research methodology, and conceptual innovations.

For example, the statistics highlight that there are considerable changes in suicide rates between countries in Europe and within countries over time. Hungary and Finland remain very high on the list, Greece and Malta remain very low. There are some major increases: Portugal and East Ger-

many, and a notable decrease in West Germany. For most of the countries there are modest increases.

The statistics do not explain trends, but establish their existence. How would we explain the trends? Not by psychiatric morbidity, but by social change; not by religion, but by social change, not by deterioration of economic standards, but by cultural and political changes.

Anomie, the classical concept used by Durkheim at the beginning of the 20th century, seems to capture best the relevant explanation - social and personal turmoil due to either "upward" or "downward" change, in addition to population characteristics.

The diversity and similarities are further highlighted by Morant, in her research titled:

Research on the Social Representation of Mental Ill Health in Communities of Mental Health Practitioners in London and Paris (1) This is a study of the views of managers of community mental health services in Paris and in London, in which the bi-lingual researcher was interested in the views and dilemmas these managers have. The data was collected through individual interviews, supplemented by observation of team meetings.

The findings highlighted the shared sense of not having enough knowledge, of uncertainty about the knowledge one has, and nevertheless of continuing to work through practice wisdom and intuition.

This was the case despite the fact that while the London managers came from a medical and behavioural approach, the Paris managers came from a psychodynamic, almost psychoanalytic perspective combined with a medical approach.

From my own observations everywhere in Europe I am aware of the high level of uncertainty concerning mental health knowledge.

The impact of the context

One of the major changes from the 1907s onward in Europe has been the establishment of the EU.

It is in particular an important facet of life in West Europe, symbolised by acts such as the introduction of the European Human

Rights Charter in the UK as from this year, which has legal priority over UK laws.

We need to ask if the development of the EU has made a significant difference to the development of mental health services in each of the member states? In some of them? if so, how?

Mental health is not a recognised arena of action for the EU. Yet the EU has impacted on mental health services, and has contributed to the move to community focused services. This has happened through the various anti-poverty programmes which have been characterised by:

A typical example is provided in the Mistral project. This was a project of four EU countries (Britain, Italy, Portugal and Spain) focused on introducing people with disabilities into training for work, and for a work placement. My role was to evaluate the effectiveness of the transnational collaboration, and that of the British project (2).

Each country has gone about this task differently, and eventually also each country focused on a different group of people:

- Britain (Lincoln) constructed an induction to work course and placed a few people for short periods with small business employers. Although it was to include people with mental illness, the project workers felt uncomfortable with this group and fostered instead their initiative almost exclusively with people with learning difficulties.
- Italy (Savona, a therapeutic community) constructed a theatre course in a real theatre, leading to a number of productions. They worked only with people with mental illness.
- Portugal (Algarve) focused on training the trainers, and through a face to face and CD-ROM course achieved this aim. The course was aimed at trainers for any group of people with disabilities.
- Spain (Seville) trained people with physical and learning disabilities to undertake a variety of unskilled and skilled jobs, by training them in a setting that enabled direct work experience.

This project highlights the richness and diversity within Europe, but also the difficulty to evaluate such a high level of diver-

sity. It also highlights the existence of stigma towards people with mental illness in the UK.

Concerning the process of collaboration, the conclusion from the evaluation was that it had enriched the workers in the different projects, and each could mention at least one element of such a learning. Yet the cultural differences were so great, and could not be offset by the quality and quantity of transnational interaction, which consisted of short, half-week visits to each other sites. This was particularly noticeable in the attitudes to the Italian project, seen as "outlandish" especially by the British workers, who therefore did not even attempt to understand what it was about.

None of the users got to be involved with users from the other projects, a reflection of where the workers were. In other projects which I know this is not the case, and service users too visit projects in other European countries, and loving it.

I have also participated in two educational projects focused on training for community mental health in Slovenia (1991-1996) (Ramon, 1995) and Bosnia (1999-2001) (Magliajlic, 2001). In both we had partners from social work, psychiatry, and psychology as disciplines; from Britain, Italy and Austria as countries in addition to local participants. The participants were all postgraduate, working in the field.

Both projects were supported by the EU under the Tempus-Phare programme.

Aimed at introducing knowledge about community mental health, a lot was about how to introduce change, as well as its content and the implications of the move from hospital based psychiatry to community-based mental health. The participants were eager to learn, and eager to come for a three-six months period of observation and participation in local education in a West European country.

The Slovenians were much more ready for the changes, as many of them were in touch with what was already happening in Italy and have moved rapidly from the mentality of a communist society to a post-communist Central European country.

The situation in Bosnia was very different, because of the savage war that took place there, and because we have been working there with both Bosnian Moslems and Serb

professionals. Although these professionals were exposed to the impact of the many international support organisations, including in the field of mental health, their sense of devastation blocked the capacity to learn, and the local context blocked rapid change too. Paradoxically the war -more correctly the physical destruction of psychiatric facilities- enabled the Bosnians to be ready for new structures, but mentally this seems to be a leap difficult to take. Small-scale innovations are taking place, such as the establishment of a number of user groups. The international organisations focused on responding to post traumatic stress disorder (PTSD), a necessary feature given the circumstances, but this in itself is insufficient to change approaches to mental illness.

Although West European knowledge was delivered, there was a lot the partners from West Europe could learn from the Slovenian and Bosnian experiences. Yet for that to happen, the partners had to come with an attitude which enabled this type of learning.

There are many small scale educational exchange programmes available within the EU, a few of these are focused on mental health.

However, an exception to the rule that the EU does not contribute directly and significantly to mental health services is its contribution to the re-structuring of mental health services in Greece in a significant way. The involvement with Greece has been justified by the dire state of Greek mental health services, but probably has been affected by having a commissioner at the time who had a child with learning disability. Following a public scandal about the state of Greek psychiatric hospitals, especially the one in the island of Leros, in which patients were habitually washed by a hose, eating from one bucket usually bare footed, and did not have drinking water between 5.00p.m. to 7.00 a.m. (the island does not direct access to drinking water, and uses bottled water brought from the mainland). On the basis of human rights the EU has decided to grant the Greek government \$8 million dollars, a large sum in the early 1980s, for the purpose of:

- Establishing psychiatric wards in general

hospitals.

- Improving the physical conditions in existing psychiatric hospitals.
- Constructing rehabilitation programmes for those able to benefit from such initiatives both inside and outside the hospitals.
- Establishing community mental health centres.

An EU experts committee was asked to monitor the implementation of the programme, through regular visits, and professionals from Italy and the Netherlands to volunteer to work in Leros together with the Greek professionals. A higher salary was offered to Greek professionals ready to come and work in Leros. It took the Greek government about five years to master the art of filling in correctly the EU forms. Nearly twenty years later half of the in-patients from Leros have left it and have been resettled in the community, some of them on the island itself and many more in Athens (3).

My visit in 1993 was a mixed blessing. On the one hand I saw the villa just on the hospital perimeter where some of those who did not talk and could not use cutlery started to do both after many years of literal incarceration. I also visited the small group living in a group home in an ordinary house in the island, looking very relaxed and treated respectfully by the local community.

But I also saw someone who choked on his food and died, just three weeks before he was due to leave the hospital, and all other residents turning into statues unable to move, either towards him or away from him, and the International team deciding to resign because the administration was more pre-occupied with bureaucratic coverage than with rehabilitation, people walking without shoes even though there was a cupboard full of shoes, for which no one was ready to take responsibility.

In Athens, where most of the ex-Leros residents came from and where they were resettled, they seem to have blended well into the mental health services, but led the separate life of people in a group home.

On the whole the investment in Greece has had beneficial effects on:

- Reducing the number of in-patients;

- Increasing the number of community mental health centres;
- Introducing psychiatric wards in general hospitals;
- Improving the physical quality of life in the existing hospitals;
- But not leading to changing the regime within the hospitals;
- Not leading to change in stigmatisation by lay people.

Hospital Closures and Resettlement in the Community

If asked to single out one element of change as the most important one since the 1950s, I would opt for hospital closure and resettlement in the community as signalling a radical shift in the direction of mental health services, the way we think about service users, aims, knowledge and skills of professionals.

The two countries which have gone for wholesale closure and nearly wholesale community based services are Britain and Italy.

It is important to pause and ask why only these two countries have opted for such a policy, while the rest of Western Europe is going for what I would describe as "muddling through" - i.e. introducing community based services without phasing out the hospital system.

Reasons for opting for hospital closure:

- Belief in the need to de-segregate and de-stigmatise people suffering from mental illness.
- Disappointment at the quality of refuge hospitals have provided.
- Proven evidence that people with mental illness can live in the community and have a better quality of life than in hospital.
- Government's belief that community care will be cheaper than hospital care.
- Professional satisfaction from rehabilitation and resettlement.

Reasons for not opting for hospital closure:

- Belief that hospitals provide asylum.
- Disappointment which the way communities have responded to the mentally ill.
- Sense of safety in hospitals, which became important as we became more

focused on risk issues.

- Some professions feared loss of power in the move to the community.
- Fear of losing jobs and influence (trade unions).
- Good community services cost too.
- Some people need respite care some of the time.

Why compare Britain and Italy in particular:

- A lot has been written about the American experience, and relatively much less about the European experiences.
- These countries are only two European countries to opt for a wholesale closure of psychiatric hospitals.
- They share the belief in the centrality of community-based solutions and services to mental health issues.
- Are similar in population size (57m. vs. 55m inhabitants).
- The quasi-market dominates the scene in both countries' health and social care services.

There are, however, major differences between the two countries which include:

- Italy's belated post Second World War social reforms took place only in the 60s and 70s, but were more emancipatory and participatory than the British reforms of 1945-1950.
- Attitudes to politics among professionals are different: Most British professionals continue to view politics as outside their domain; not as something they need to get involved with; Italian professionals view involvement in politics and influencing the public as part of everyday work.
- Italy's professionals are less specialised in their training than the British professionals are.
- The Italian psychiatric reform was spearheaded by mental health professionals; the British reform was mainly government-led; there are advantages and disadvantages to each choice.
- The Italian professionals committed to the reform were interested in social, rather than in clinical, solutions.
- Italy has poorer welfare provisions.

In looking at deinstitutionalisation, processes are not less important than outcomes, as the implementation of the values men-

as the implementation of the values mentioned above depends to a large extent on how is deinstitutionalisation being applied (4).

As a consequence of the differences outlined above, there were considerable differences in the processes developed and evolved in the two countries:

- The UK focus has been on preparing individuals for resettlement; placing them in very sheltered accommodation and traditional day centres.
- The Italian focus was on:
 - Changing the hospital regime and using it as a re-socialisation setting.
 - Preparing the various stakeholders' groups for living and working in the community.
 - The Italians moved hospital staff to community services; no one had to re-apply for their jobs, or feared being made redundant.
 - Budgets were moved automatically from a ward which closed to a community service in Italy;
 - Users were not placed in day centres, but mostly in work co-operatives on a part-time basis;
 - Work with the general public continued - e.g. involvement of local youth, local artists, joint events which combine mental health and art.
- The Italians have developed more informal relations with users;
- The British process was more orderly, better planned in advance, and more bureaucratic;
- The British resettlement programme applied only to those who were for more than two years in hospital (the "long long stay") and excluded those who came for shorter periods (the "new long stay"), even though they may have come often, but for short periods only.

Major Outcomes

By and large the resettlement of people with long term mental illness who were institutionalised went well in terms of the following indicators (5):

- Most of those resettled were highly satisfied with their lives outside the hospital; virtually no one wanted to re-enter the hospital even for a visit.

- Less than one percent of the British sample became homeless or committed offences; if any, a minority found itself victims of violence.
- There was a considerable improvement in self care and social skills of the resettled population;
- There was no change in its clinical, symptomatic, state.
- Less than 5% had a relapse episode; no homicide and few suicides within this population.
- The cost of living and being looked after for the majority of the resettled population is less than it was in hospital; it is as expensive as hospital care only for a small minority which has a mixture of high security needs, physical and mental care (6) (7) (8).

Italy

- Fewer people are hospitalised in Italy than in the UK, especially via compulsory admission; the length of stay is shorter too (9).
- A number of the resettled people - usually the younger ones - are working on a part-time basis in co-operatives (10).
- The Italian media is less hostile to people with long term mental illness than the British media is (11).
- There are no calls for re-opening psychiatric hospitals in Italy or for halting their closure.
- Less specialised interventions are offered in Italy to people who use public mental health services than in the UK.
- Nurses, social workers, and to an extent psychiatrists too have a more flat career structure and scale in Italy.
- Having a good service for the large group of people with mild mental health problems is a matter of luck in Italy.
- There are fewer voluntary sector services in Italy than in the UK; a number of those which belong to the Church are of poor quality and perpetuate institutional mentality.
- Institutional mentality can be observed in Italian psychiatric wards in the general hospital, as well as in some of the settings set up for the resettled population.
- There is relatively little by way of formal advocacy in Italy in comparison to the UK.

The Italian government is taking a back seat in terms of initiating mental health policies.

UK

- The UK government continues to lead reforms in mental health, advised mainly by psychiatrists; but increasingly enabling users and carers to take a formal part in service planning (12).
- The government is now moving to focus on mental health promotion and social inclusion, following a public health model of mental health, re-discovering the connections between poverty and social exclusion and mental illness (see Standard 1 of the National Service Framework for Mental Health).
- Yet the government is also increasing the control element in mental health services (13).
- The government is also pushing the focus on employment and education for all people with a long-term disability, including mental illness (14) a minority of professionals are becoming engaged in these issues, these are left mainly to the voluntary sector and to non-professionals to handle.
- Institutional mentality is visible in many of the settings constructed for the resettled population.
- There is a growing number of user-led and carer-led organisations and services; as well as in advocacy settings, largely poorly funded (15).
- The considerable growth in the voluntary sector has in parallel led to curtailing the campaigning function of this sector.
- There has been a considerable growth in private, for profit, facilities in the hospital and secure units sector, as well as in private psychotherapy; but not in other components of the mental health system.
- The resettlement project is perceived to be a failure among politicians, the general public and many professionals, despite the statistics which shows it to be a success in terms of major indicators stated above (16) (11).
- If there was a failure, it is in being

uninterested in changing attitudes, in being afraid to admit that the hospital regime was a poor option; in not offering a resettlement programme to the "new long stay", and in being over-protective towards the resettled population.

The major lessons for other countries are:

- Deinstitutionalisation can succeed;
- The quality of life of the resettled population has improved with their move to live in the community;
- Integration within the community requires a non-institutionalised mentality by the service providers and policy makers;
- It is both necessary and possible to involve the general public in a positive way in the process of deinstitutionalisation;
- The achievements of deinstitutionalisation do not stand still; they require to be re-fostered within the new context constantly, as attitudinal change towards the resettled population has yet to take hold;
- The over-emphasis on continued care clients is detrimental to the provision of a comprehensive mental health service, to catering for the needs of the growing, vast, majority of people who suffer from mild mental distress, and to a mental health promotion agenda.

Thus the challenge of continuing to be simultaneously committed to deinstitutionalisation yet to a mental health promotion agenda is considerable; it requires a well developed psychosocial approach and a strength-focused perspective; one which takes on board community development approaches and methods, the social model of disability, and social inclusion. The medical model is insufficient to deliver this duality, and its dominance hinders the whole project.

Presently, we have an unexpected outcome of the way hospital closure went in the two countries in terms of public opinion. Although the outcomes of the resettlement in the UK are largely positive, hospital closure and community care are regarded as a failure. The opposite is true of Italy.

Thus we need to understand where is this difference in public opinion coming from.

The Italian services are less well resourced financially; offer less economic benefits to service users, and the professionals there have less specialised training than the British ones are.

There is no reason to assume that the Italian population suffers less from mental illness. Yet we do know that there are far fewer compulsory admissions to the Italian facilities. Of the few studies that look at satisfaction of users, carers and professionals, Italian users and professionals seem to be more satisfied than their British counterpart, but the Italian carers are less happy than the British ones (who are unhappy too, but less so).

Perhaps the difference in the public verdict is due to focusing on working with public opinion, on attempting to involve the community from the very beginning, developing a more informal relationships with clients and emphasising employment and sociability more than medication and psychotherapy. The Italians seem to have accepted that their work is about care rather than cure a long time before the Normalisation approach has introduced this perspective in some professional circles in the UK.

The Netherlands.

The lack of hospital closures in the Netherlands is equally worthy of attention, because the Dutch were the first to establish day care and crisis intervention services in Europe, as early as 1948. They do have a wide network of services in the community, which today includes obligatory groupwork on employment issues, often run by service users employed by the insurance companies which run the 43 psychiatric hospitals, most of which have a patients council. The Dutch have also the most developed user representation in Europe, which began in 1974. They run an advocacy schemes both at a group and individual levels, funded by the government. They have halfway houses, sheltered accommodation, community mental health centres..

And yet not even one psychiatric hospital has closed there since the Second World War, nor is there a move to enforce such a closure. One way to explain this state of affairs is to think that the hospitals - rather

more comfortable than the British ones - provide an asylum, and that the Dutch system has not led to a change in approach on the scale achieved by the Italians. Another is the fact that hospitals are run by insurance companies, and not directly by the government, and it is not in the financial interest of these companies to close their "golden egg". The government seems keen to curtail the power of the insurance companies and that of the hospital sector. Four years ago the government made it mandatory for hospitals to give a slice of their income to innovator community-based projects.

The Impact of the introduction of market economy principles to mental health services

The introduction of such principles is taking place all over Western Europe, even if at a different pace, with the German system having such elements from the very beginning, the UK introducing it ten years ago, and only five years ago in Italy.

The principles include:

- decentralisation;
- greater autonomy over financial and organisational matters given to local units (hospital trusts, primary care trusts);
- enticing private for-profit, and private not-for-profit organisations to enter the service systems;
- fostering competition among the different providers;
- establishing a greater managerial section with greater than ever responsibilities for the financial, organisational, and professional functions.

This introduction is justified on the grounds that competition will reduce costs, improve quality and quantity of available services, and thus improve consumer choice.

Judging from the British experience, the main outcomes of this fundamental change are:

Positive outcomes:

- a much larger and stronger not-for-profit, largely unmedicalised, mainly socially oriented, sector;
- a small specialised private-for-profit

sector catering for the high at risk population;

- competition between the public and the two private sectors at the beginning of this change process;
- enthusiastic managers, keen on positive change and innovation;
- greater legitimisation for user and carer involvement;
- opportunities for re-thinking the existing system of services and reforming it.

Negative outcomes:

- fragmentation of the system;
- demoralised workers in the public sector;
- losing the campaigning element of the not-for-profit sector;
- split between professional and managerial interests;
- the managerial ethos becomes the driving ethos;
- running services for the sake of balancing the books and for the sake of profit rather than to meet identified needs;
- over-emphasis on working with individuals as individual practitioners, and under-emphasis of collective work.

Much greater focus on getting people with mental health problems back to work or at least into education and training than before can be observed in the British system. This is positive in terms of enhancing people's strengths, confidence, and social esteem, and in reducing costs in the long term. However, it also may mean that people are penalised if they are not ready for any type of training or work, and that the fear of losing financial benefits may prevent people from taking up employment opportunities, while if they remain on benefits they can earn relatively little.

Innovation in Intervention Methods

A new approach to working with users and carers has been introduced in the late 80s, and further developed in the 90s. Using educational methods, and self-management techniques, such programmes attempt to provide:

- updated knowledge about a specific mental illness;
- updated knowledge about patterns of

behaviour and emotions to be expected from people suffering from the condition;

- knowledge about early warning signs;
- strategies of handling the warning signs as constructively as possible;
- coping strategies for both users and carers;
- conflict resolution tactics;
- things a person can do for him/herself;
- strategies to enhance self-esteem

The approach focuses on knowing and especially on doing, enables users and carers to be more in control over what is happening to them than before, and treats them as active, capable, learners, rather than as passive patients.

Such an approach has its limitations too. It can be used in a biased way, for example to provide only knowledge the presenter believes in, or to provide knowledge we are unsure about as high in certainty, as users and carers prefer certainty over uncertainty. More often than not educational programmes oversimplify the highly complex issues aimed to be covered. Thus it is tricky to provide accessible cover which does not oversimplify, is not biased in one direction, and admits to areas of uncertainty, as well as to losses and suffering.

User involvement: achievements, failures, and challenges.

- The growing interest in user involvement (UI) at the European level and at the level of each European society is reflected in a number of ways, such as:
- The coming into existence of the European Users Network, based in the Netherlands in the mid 1990s;
- The systematic use of West European user trainers to enhance UI in East Europe;
- The presence of users in planning and auditing groups in countries such as the Netherlands, Sweden, and the UK;
- The involvement of users as trainers on professional courses, mainly for social workers, but increasingly also for nurses in the UK;
- The involvement of users in running user-led projects in a variety of fields.

It would be useful to understand the rea-

sons for this growth, after centuries in which users were told that the professional knows best, in order to ascertain the motives and to then look at whether these developments follow the motives behind them. Likewise, it would be relevant to look at opportunities and barriers for such an involvement

The motivation for involvement differs according to the stakeholder. Thus:

- Users wish to be involved in order to have greater control over their lives and for the purpose of gaining more say in what is happening to them and the type of services on offer than they had up to now;
- Carers wish to have more say for themselves, as they feel largely ignored by professionals and often barred by users from having information as well as from having a say in decisions. They have not demonstrated up to now any interest in developing direct UI, and if they may see it as a threat;
- Professionals as we know do not speak in one voice and do not represent only one position on UI. Psychiatrists -identified by politicians, the public, carers and users, and themselves, as the leaders of this field- have not come forward in favour of user involvement thus far in most European countries, perhaps with the exception of Italy and the Netherlands. Instead, they may tolerate it or oppose it, depending on their individual and small group inclination.
- As a group, psychologists do not have a clear position on UI - some of them have indeed led such initiatives, while others did not
- Social workers have favoured UI in most European countries, including Britain. Their national organisations have openly supported it, as it fits well the value of self-determination, the strength approach to social work clients, and more recently that of empowerment. In many cases social workers initiated, with users, such projects.
- Nurses have not embraced as a collective UI, but have willingly participated and initiated this in many instances.

- Occupational therapists (a profession that does not exist in every European country) have taken a position similar to that of nurses;
- Politicians in North Europe have come forward for UI, whereas those in Southern Europe have not. Politicians in post-communist countries (Central and East Europe) do not seem even to comprehend what it could possibly mean.
- The media, which plays a major role in shaping and reflecting public opinion, has underplayed publicity for UI, but at times interviewed prominent members of the user movement when their personal stories are judged to be of sufficient news value. This is true of a minority of quality papers; most papers have just ignored UI or examples of users' success.

Achievements

UI in its recent, post-modern, incarnation, dates from 1974, when the Dutch user movement succeeded in becoming partners to the planning cycle of policy of the Dutch government and opened the first patients council and the Client Bond (an advocacy service run and managed by service users) in Utrecht.

Thus the Dutch have had three major achievements:

- Involvement in making policy;
- Managing and providing a much needed advocacy service for other users;
- Creating a voice for the much-neglected population of inpatients, which empowered them in the encounter with hospitals managers.

These have become achievements to be emulated throughout Europe, though not all at once and not all at the same time in the same country; some countries are still not there.

For example, (17) was invited to come to Nottingham in the UK in 1986 by Ingrid Barker, then development worker of Mind, to train British workers and users in how to set up patients councils. Yet participation in planning - as distinct from attempting to put pressure on planners from the outside - has happened for the first time in the UK in the early 1990s, when the Mental Health Task Force came to exist for two years only, and

when in parallel members of the Camden Consortium were invited to become members of the management committees of the new facilities established to resettle people leaving Friern Barnet psychiatric hospital, as part of the planned UK hospital closure and resettlement programme.

The recognition that users who participate in planning committees, or any other committee for that matter, require training in becoming effective committee members followed much later. In an interesting scheme based in North Essex the newly established Mental Health Users Network commissioned a training module from my school.

Titled Pathway to Empowerment, it has the following components:

- Update of knowledge of mental health policies and legislation;
- Update of knowledge of structures and content of mental health services;
- Formal and Informal understanding of how mixed membership committees work;
- Skills for effective committee membership, including a short field placement

Southern Europe has less formal participation, and a greater focus on solidarity and support network, often led by professionals (18). Although by definition more paternalistic when led by professionals, these projects do not only reduce isolation and demedicalise user and staff experiences. They also can enable the development of more user-led initiatives, enhance the confidence and competencies of users to imagine what they wish to do and to be able to run it.

The work co-operatives, and the social firms which exist all over Europe but in particular in Southern Europe (19) (10), enable to build another type of confidence and competencies in an area which is so central to our self and social esteem.

Within the social firms users are not only acting as workers, but as:

- members with a say in the decision making of the co-operative or the firm;
- head of work groups;
- representing the project in contacts with external agencies and the community;

- demonstrating the strength approach in practice.

An important further step has been the involvement of users in training, as it marked the acknowledgement that users' experiences are not only valid, but also provide useful new perspective to be understood and taken into account by professionals. Users trainers are operating on a regular basis in Italy, the Netherlands and Britain, and on a less regular basis in most other European countries, including by now the post-communist countries. User trainers need to be trained in how to teach and in particular how to find the right balance between self-exposure and representing more general experiences, and have to be supported at both the preparatory and debriefing stages. Participants' (be they students or workers) comments are usually extremely positive, even if they felt uncomfortable by the critique implied or stated by the user trainer of current practices. Yet another crucial step in the evolving UI is the contribution of users to research as active researchers. While there have been a number of users who became fully qualified researchers through the completion of their academic studies and working as professional researchers, this relatively new initiative entails:

- self-selection of users and selection by professional researchers for the role;
- training within a relatively short period for a general understanding of research and for being able to perform specific research tasks (e.g. interviewing, administering a questionnaire, composing a research tool);
- participation in the process of formulating the research questions and taking methodological decisions;
- participation in the process of getting ethical permission;
- contributing to the recruiting research participants;
- data collection;
- data analysis;
- writing up;
- dissemination

For references see: (20) (21) (22) (23) (24) (25)

While it is clear that only a minority of

users can be researchers, in the same way that only a minority in the general population will be researchers, the importance of taking on research by users is about changing the knowledge and evidence base in mental health. Both knowledge and evidence are central to our understanding of mental health and ill health, of what works and what does not in terms of interventions, desirable and undesirable attitudes. Yet for far too long this important component was left only to professionals to create and verify.

To date in Europe we find user researchers in the UK only, though outside Europe they can be found in the US and Israel.

As one of the relatively few professional researchers engaged in initiating these type of research projects I cannot suggest that they offer "plain sailing". Not surprisingly they entail a number of likely obstacles, which I will detail below, but all of which can be overcome.

To provide one example of how users researchers can contribute new knowledge, I would like to look at the project in which people with personality disorder were trained to research the experience of personality disorder of other people, carried out in Colchester in 1999. (23) (24).

Background to the User Researchers Project on Personality Disorder:

- build upon an 18 months project by local users in a Mind advocacy project focused on local policy recommendations for services for people with personality disorder in the locality, incorporating their experiences into the work of the project and its written recommendations;
- proposed by a university researcher;
- financially supported by the university through RAE (research assessment exercise) funding and by time and facilities donated by the local Mind group, as well as supervision free of charge by two university researchers;
- training programme provided over three months, focused on listening and recording skills, understanding research principles and power relations, ethical base, formulation of research questions and turning them into an interview schedule, role play of interviews in the group, piloting interviews

- with friends, debriefing techniques;
- participation in the process of getting ethical permission, facilitated by the fact that the committee's administrator was an ex-user and a Mind activist.
- ensuring on-going support for the six users researchers, all of whom have gone through crisis periods during the research process, four of whom made it to the interviewing stage;
- none of the user researchers were researchers before; only two had a university degree in unrelated subject areas.

Main findings

- 50 people with personality disorder were interviewed;
- Most of them lived on their own and were unemployed;
- Most women were given the diagnosis of borderline PD, while most men were given that of anti-social PD.
- Nearly all interviewees have had other diagnoses, usually depression;
- More than 80% suffered from child abuse, mainly sexual abuse;
- 80% felt that being attributed the diagnosis led to worsening the attitudes and interventions of professionals towards them, while 20% felt these have improved after being given the diagnosis;
- 90% could identify some strengths in themselves; some could not;
- All wanted to be better heard and their traumas worked with;
- Family support was perceived by half of the group as very helpful, and as harmful by the other half;
- Police and CMHTs (community mental health teams) interventions were rated as the least helpful;
- GPs and psychotherapy were rated as the most helpful interventions;
- With the exception of one person, no difficulties were experienced in interviewing by the user researchers or the interviewees.

Dissemination phase

- Involvement of the user researchers in the dissemination was essential to this project;
- Users researchers have participated in most of the dissemination opportuni-

ties (more than 10 by now!), including two to the professionals in the teams working with them;

- Responses to the presentations moved from great enthusiasm to utter silence;
- Four (short) articles were written with the users researchers, two (a dissertation, and a long article for publication in an academic journal) without them;
- A national newsletter about PD has been established by the group;
- Two of the users participated in a university research module, one of them has gone back to college since.

I hope that this example has highlighted that such projects are both possible and desirable, even if they come with their own set of difficulties.

Failures

Because UI is "politically correct", morally right and recently developed, we tend not to look at failures in this field. We are pleased with every small project, and rightly so. Yet without taking stock of both success and failure we are not going to progress further.

Thus far, the main failures have been:

- UI is not taking place every where, and is not part of everyday practice;
- UI has not impacted on everyday practice with individual service users;
- UI can be tokenistic at times;
- Users active in UI initiatives are not being paid adequately;
- Users do not seem to have an alternative vision of services against which the current system would be judged;
- The media, and the general public, are blissfully unaware of UI and it has not led to any change in lay perceptions of mental ill health and of people suffering from it.

Again, most of these failures can be explained away by the short time since the introduction of UI, assuming that for such a radical shift to take roots time is necessary. This may be the case in part, but does not tell the full story. Users are perceived by a number of professionals as cheap labour who should be grateful for being asked to participate and do the work. The fact that most of them live on benefits, that even

those who do not live on benefits are free lancers and have only part-time work, is conveniently forgotten. The limitations imposed by the benefits system is another impediment.

Tokenism is hardly surprising if professionals are not convinced of the necessity for UI (26). Such necessity should be part of training for professional practice in any of the helping profession, as there is plenty of evidence that lack of motivation by the client is a major stumbling block to any successful intervention at the individual level. The lack of alternative vision by users reflects in part the heterogeneity of the users group. In part it is derived from the preference for a pragmatic perspective, a focus on the achievable, and the fear of clashing with the more powerful stakeholders, such as managers, professionals and politicians (26).

Yet the lack of vision perpetuates the existence of the aspects users do not like in the current system, and makes it easier for users to be co-opted into that system. For example, relatively few users are against the use of medication, but most of them have difficulties in taking medication for life, with the toll of the side-effects, with lack of good enough explanations and looking for alternative medication with fewer side effects, and with the continuing paucity of use of other interventions once medication has been prescribed. Yet we have not seen sustained work by user groups any where in Europe on this central issue in terms of what they would like to see instead, and how we can get there.

Likewise, no sustained attempts seem to have been made by those professionals keen on UI to work with users on these issues. This aspect relates also to the separatist agenda which is perceived to be the more politically correct approach to go about UI. Based on the lessons from the women's movement and Black people, it is assumed that an oppressed group has to work on its own to gain a liberated identity and to fight its own battles. It seems to me that this is only partially true. Yes, users have to find their own voice and identity and others can only help in facilitating this process.

But the future of European mental health systems affects not only users; it affects all

of us in different ways, and it affects carers and professionals more than most other groups.

Furthermore, as professionals and carers too do not have only one position on most issues of mental distress and health, these groups too have to work out a shared vision. Each group could contribute therefore to the process of arriving at such a vision without having to reinvent the wheel, and share in owning it.

As long as UI is not an inherent feature of the service culture, it is unlikely to make any inroads to lay culture, even if reaching the latter requires the use of different means. The current growing interest in the mental ill health at the workplace could facilitate a greater interest by the lay public in UI.

Challenges

The first, and main, challenge relates to the failure outlined above, namely the fact that UI has not become part of everyday life of service users and everyday professional practice, a benchmark against which we judge a service and a system.

If this will not happen UI will remain the "icing on the cake".

Yet for this cultural change to happen a fundamental shift in the views of professionals of the people they are working for and with, and about their own role and competencies, has to take place.

To get this fundamental shift a re-appraisal of the following is needed:

- the strengths of users as against the current dominance of their problems and weaknesses;
- the limits of professional understanding and of current knowledge;
- the value added by the insight users have about their experiences and the usefulness of different interventions;
- the value added by the insight carers have;
- the necessity for shared work by the different stakeholders in this field.

Conclusions

In conclusion, we are living in an era of considerable changes and innovation in mental health systems. Not all of these

changes turn into innovations which benefit service users, carers, or frontline workers. Also, innovations once in place require constant attention, or else the system will easily revert to it's the less demanding past, as attitudes take even more time to change than structures and ways of work. It is up to those of us who work in these systems to ensure that innovations are put in place,



general public.

Bibliografía:

1. Morant, N. (1998) The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. Symposium on Representation, Communities and Health, Sage, London, 663-685.
2. Ramon, S., Svensson, A. (2002) The Mistral Project: Evaluating a Four Countries Work Training Initiative. A Day in the Life. Pavilion, forthcoming.
3. Struti, c.; Rauber, S. (1994) Leros and the Greek Mental Health System. International Journal of Social Psychiatry, 40, 4.
4. Ramon, S. (ed) (1992) Psychiatric Hospital Closure: Myths and Realities. Chapman Hall, London.
5. Liff, J. (ed) (1997) Care in the Community: Illusion or Reality. Wiley, Chichester.
6. Knapp, M., Beecham, J.K. (1992) Care in the Community: Challenge and Demonstration. Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Canterbury.
7. Knapp, M., Marks, I., Wolstenholme, J., Beecham, J.K., Audini, B., and Connelly, J. (1998) Home-based vs. hospital-based care for serious mental illness: controlled cost-effectiveness study over four years. British Journal of Psychiatry, 172, 6, 508-512.
8. McCrone, P., Chisholm, D. and Bould, M. (1999) Costing different models of mental health service provision. Mental Health Research Review, 6, 14-17.
9. Szankler, G., Holloway, E. (2000) Reform of the Mental Health Act. The British Journal of Psychiatry, 177, 196-200.
10. De Leonardi, O., Mauri, D., Rotelli, F. (1994) L'Impresa sociale. Anabas, Milan.
11. Ramon, S.; Savio, M. (2000) A Scandal of the 80s and 90s: Media Representations of Mental Illness in Britain and Italy. In: Ramon, S. (ed) A Stakeholder's Approach to Innovation in Mental Health Services. Pavilion Publishing, Brighton, 209-228.
12. Department of Health (1999) The National Service Framework for Mental Health. HMSO, London.
13. Perkins, R., Rapp, J. (1998) Dilemmas in Community Mental Health Practice: Choice or Control? Radcliffe Medical Press, Oxford.
14. Grove, R. (1999) Employment and Mental Health. Journal of Mental Health.
15. Barnes, M. (2000) Taking Over the Asylum. Palgrave.
16. Taylor, F. Gunn, J. (1999) Homicides by people with mental illness: myth and reality. British Journal of Psychiatry, 174, 9-14.
17. van der Graaf, W. (1995) All beginnings are difficult: some experiences with action research and clients' participation in a psychiatric hospital. In: Ramon, S. (ed) International Perspectives on health Social Work in the 1990s. Association of Teachers in Social Work Education, Sheffield, 30-35.
18. Mezzina, R., Mazzuta, P., Vidoni, D., Impugnato, M. (1992) Networking consumers participation in a community mental health service: mutual support groups, citizenship and coping strategies. International Journal of Social Psychiatry, 38, 1 68-73.
19. Savio, M., Righetti, A. (1993) Cooperatives as a social enterprise in Italy: a place for social integration and rehabilitation. Acta Scandinavica Psychiatrica, 88, 238-242.
20. Faulkner, A., Nicholls, V. (2001) The DIY Guide to Survivor Research. The Mental Health Foundation, London.
21. Rose, D. (2001) Users' voices: The perspectives of mental health service users on community and hospital care. The Sainsbury Centre for Mental Health, London.
22. Ramon, S. (2000) Participative Mental Health Research: Users and Professional Researchers Working Together. Mental Health Care, 3, 7 224-227.
23. Castiello, H. (2000) Personality Disorder: Temperament or Trauma? A co-operative inquiry by service users into the nature and treatment of personality disorder. M.A. in Mental Health dissertation, Anglia Polytechnic University, Chelmsford.
24. Ramon, S., Castiello, H., Morant, N. (2001) Experiencing personality disorder: a participative research. forthcoming. International Journal of Social Psychiatry.
25. Ramon, S. (ed) (2002) Users Researchers in Health and Social Care. Venture Press, Birmingham.
26. Van Horn, E. (1992) Changes? What changes? The view of the European patients' movement. International Journal of Social Psychiatry, 38, 1, 30-35.
- Arborea-Florez, J. (2000) The new Anpsi Psychiatry. Psychiatric Reform and Service Research in Europe. European Network for Mental Health Service Evaluation, April 28-30, Leipzig.
- Del Giudice, G., Reali, M., Evaristo, R. (1990) How can Mental Hospitals be Phased Out? In: Ramon, S. (ed) Psychiatry in Transition. Pluto Press, London.
- Goffman, I. (1961) Stigma. Penguin.
- McCrone, P. et al (2001) A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the Epsilon Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 103, 370-379.
- Kuipers, L. (1992) Expressed Emotions Research in Europe. In: Brewin, C., Steptoe, A., Wardle, J. (ed) European Perspectives in Clinical and Health Psychology. The British Psychological Society, 45-60. Leicester.
- Perkins, R., Buckfield, R., Choy, D. (1997) Access to Employment: A supported employment project to enable mental health service users to obtain jobs within mental health teams. Journal of Mental Health, 6, 3, 307-318

Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas

Gonzalo Martínez Sande

Psicólogo Clínico

Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace

S. de Psiquiatría C.H.J. Canalejo- Marítimo de Oza. A Coruña

Atendiendo el título de esta comunicación a la ponencia haremos referencia en la exposición al trabajo de interconsulta y vamos a atender también a los aspectos relacionados con el trabajo de enlace. Comenzaremos repasando algunos aspectos históricos a modo de presentación.

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace ha presentado en las dos últimas décadas un importante crecimiento, al que han contribuido de forma significativa diversos factores, algunos de los cuales pueden ser:

1- El desplazamiento del campo de acción de la psiquiatría desde el hospital psiquiátrico a la comunidad y al hospital general (1), con la creación y desarrollo de las Unidades de Salud Mental (USM) y de las Unidades Psiquiátricas de Agudos en los hospitales generales.

2 - La aparición de las “**nuevas patologías psiquiátricas**” y el incremento de la demanda real de atención psiquiátrica en general. También las “nuevas demandas” que aparecen en el ámbito hospitalario (comunicación malas noticias, impacto de crisis y catástrofes (personales, familiares), vinculadas en gran medida a la “medicalización” de los “tránsitos” vitales.

3 - La elevada **prevalencia** de las patologías psíquicas entre los sujetos ingresados en las áreas no-psiquiátricas puesta de manifiesto por diversos estudios que apor-

tan cifras porcentuales que oscilan entre el 30 y el 80% (2, 3, 4). Esta variación de las cifras de prevalencia sólo se puede explicar por las diferentes metodologías aplicadas. Debemos tener en cuenta que el paciente hospitalizado puede presentar un cuadro psicopatológico coincidente con su patología física, pero también, y en mayor medida, reactivo a su patología física y/o proceso de hospitalización y/o derivado de su patología física; esto explica la alta comorbilidad, mucho mayor que en la población general.

No conviene olvidar en ningún modo la capacidad de desorganización del fuerte estrés que implica, **la hospitalización por sí misma** (en cuanto al incremento de la vulnerabilidad, sometimiento a rutinas y pruebas, pérdida de intimidad y de control sobre los rituales cotidianos,...), añadido al que ya ha producido el **motivo del ingreso** (y el subsiguiente proceso de adaptación al rol de enfermo), y las **dificultades de comunicación e interacción** (de las que con frecuencia hablan usuarios y profesionales), como elementos que enmarcan lo anterior (5).

4 - La actividad de interconsulta y enlace contribuye significativamente a una mejor **asistencia** del paciente al facilitar el tratamiento de una gran variedad de cuadros psiquiátricos en el contexto de hospital general (6).

En este sentido Gómez Calle (7), cita como razones concretas que justifican, desde el punto de vista asistencial, la existencia de las Unidades o programas de interconsulta y enlace:

- La existencia de unidades específicas altamente especializadas y que conlleven la posibilidad de aparición de trastornos psíquicos secundarios en razón de las características de los pacientes en ellas atendidos: UCI, Unidades de Quemados, U. de Coronarios, U. de Diálisis, etc.
- La necesidad de atención psicológica a pacientes terminales, oncológicos, crónicos, enfermos de SIDA o afectos de patología de dolor crónico.
- La necesidad de cobertura psicológica a pacientes en situación de ser sometidos a intervención quirúrgica de alto riesgo, que requieren pre o post operatorios específicos (cirugía cardiovascular, trasplantes, etc.).
- La admisión de pacientes con problemas psíquicos concomitantes: depresivos, psicóticos, alcohólicos, pacientes con intentos de suicidio, etc.
- Diversos trabajos demuestran que la atención en salud mental es económicamente **rentable**, dada su capacidad para reducir el coste de la atención sanitaria (8). Algunos trabajos de investigación (9,10) ponen de manifiesto que los pacientes ingresados con comorbilidad psiquiátrica generan una **estancia media** superior que aquellos que no la presentan, al tiempo que con los primeros se realiza un mayor consumo de los recursos diagnósticos.

Schustr (11), en 1992, pone de manifiesto que con la intervención de las UPIE se produce una reducción en el **tiempo de hospitalización** tanto en los servicios médicos como quirúrgicos y añade que un pequeño descenso del tiempo de estancia de cada paciente puede determinar un importante ahorro económico en el gasto sanitario. Los primeros resultados del estudio ECLW ("La efectividad de los servicios de psiquiatría de interconsulta y enlace en

el hospital general") indicaron que la precocidad de la interconsulta psiquiátrica acorta de manera muy significativa la hospitalización de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y que la estancia media de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica es superior al doble que la de los que no la presentan. Como veremos el elemento temporal, aquí presente, es uno de los datos claves sobre el que es imprescindible la reflexión de cara a la organización del trabajo futuro.

Objetivos del trabajo de interconsulta y enlace

Vamos a señalar los objetivos que nos planteábamos para la UPIE en su puesta en marcha.

La finalidad de las Unidades de Psiquiatría y Enlace no es otra que la de actuar de puente entre la psiquiatría y la medicina con la intención de ofrecer un modelo **biopsicosocial** de atención sanitaria.

Para ello podemos configurar en concreto los objetivos de las UPIE agrupándolos en:

a - Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de los pacientes hospitalizados facilitando una atención **integral**.

b - Mejorar la **formación** de los profesionales y personal sanitario que permita la detección y abordaje de cierta patología psicosocial de los enfermos.

c - Contribuir a la **reducción de costes** al disminuir la solicitud de pruebas clínicas complementarias y facilitar el acortamiento de la estancia media del paciente hospitalizado en los servicios médicos o quirúrgicos.

d - Contribuir a **rentabilizar** el rendimiento de la Unidad Psiquiátrica de Ingreso de Agudos y **optimizar** el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de la Unidad de Hospitalización a Domicilio desarrollando y coordinando un Programa de Hospitalización a Domicilio de Pacientes Psiquiátricos.

La Demanda

El mayor número de demandas procedentes de los servicios médicos, en contraposición con los quirúrgicos, habitual en todos los trabajos descriptivos de las UPIE no

aparece claramente explicado en ningún trabajo, si bien pueden tenerse en cuenta los siguientes factores (12): mayor sensibilidad hacia la detección de la patología psíquica en los profesionales de los servicios médicos, ingresos en los mismos más dirigidos al estudio y diagnóstico de las problemáticas de los sujetos, versus intervenciones terapéuticas más específicas y predefinidas, así como menor tiempo de contacto y comunicación médico-paciente en los servicios quirúrgicos.

Al valorar la procedencia de la demanda, existe un diferente perfil si consideramos la demanda **absoluta** (número de hojas de interconsulta de cada servicio) o **relativa** (porcentaje de solicitudes según el número de ingresos del servicio en el mismo período (13, 14)). Siguiendo a Jiménez Arriero, la demanda absoluta sitúa a los servicios con mayor número de camas en los lugares más altos de la demanda (Medicina Interna, Traumatología y Cirugía Digestiva, presentan los porcentajes más altos de solicitudes). La demanda relativa permite valorar más correctamente la demanda de cada servicio, ya que al tener en cuenta el número de ingresos, corrige el error generado por la diferencia en el número de camas de los distintos servicios del hospital. Rehabilitación, Neurología, Cirugía Cardíaca y Medicina Interna, representan los servicios de mayor demanda de Interconsulta Psiquiátrica.

Nuestras cifras, en este sentido, no difieren de lo señalado por otros autores (ver anexo).

Mayou y Sarpe (15) clasifican los **motivos de consulta más frecuentes** en tres grupos:

- El primero constituido por pacientes remitidos principalmente por síntomas psíquicos asociados a enfermedad física. Este grupo se corresponde con las peticiones que se refieren tanto a alteraciones emocionales (síntomatología afectiva y ansiedad) como a patología orgánica (confusión, agitación y delirio).
- En segundo lugar, pacientes en los que predomina la sintomatología somática pero no se encuentra explicación adecuada. Sintomatología funcional.
- En tercer lugar, se incluyen aquellos

casos con trastornos de conducta. Autolesiones, abuso de sustancias y problemas de rol-relación.

Desde nuestro punto de vista, existe un cuarto grupo constituido por las demandas de consulta en relación con las evaluaciones de incapacidades, trasplantes y determinadas intervenciones.

Debemos tener presente que con frecuencia el motivo manifiesto de consulta (lo formulado en la hoja de interconsulta) no se corresponde con lo que realmente la motiva (**contenido latente**). Según Fernández-Argüelles (16) tan sólo en el 15% de las interconsultas se encuentra un contenido latente concordante con el motivo de consulta formulado en la petición.

Actividades de la UPIE

Partiendo del esquema de actividad asistencial, docente e investigadora, vamos a centrarnos en la descripción de las dos primeras, partiendo de la descripción y señalando posteriormente algunas de las líneas de futuro a desarrollar. Las actividades de docencia e investigación no han sido consideradas en esta reflexión.

Interconsulta

La actividad de interconsulta, se organiza en torno a intervenciones concretas sobre una consulta formulada en relación a determinado paciente•.

La guía de actividad observa la recogida de información con el médico consultante, contacto con enfermería y personal significativo en contacto con el paciente. La consulta de los registros escritos debe ir orientada hacia la información clínica y conductual, y la información acerca de los posibles motivos contextuales/latentes de la consulta, los contenidos de la demanda del paciente (explícitos/implícitos) y el conocimiento de la información previa de la que dispone el paciente acerca de nuestra visita.

La entrevista con el paciente se orienta, en este contexto, a aspectos tales como la enfermedad actual (y particularmente la situación de la hospitalización), prestando particular atención, en la búsqueda en los

antecedentes personales y familiares, a las estrategias desplegadas e implicaciones de situaciones análogas anteriores (experiencias anteriores de enfermedad, sistemas de creencias y actitudes acerca de la enfermedad y su afrontamiento). Es evidente que simultáneamente ha de realizarse la exploración psicopatológica y un cierto registro psicobiográfico.

Siempre que sea posible se realizará una entrevista con algún miembro significativo de la familia; dependiendo del contexto y estado del paciente y de sus relaciones familiares pueden realizarse conjunta o sucesivamente, pues tiene doble objetivo: por una lado informativo/evaluativo y por otro de activación de la red relacional de apoyo (17).

Futuro

Para hablar del futuro debemos partir de los elementos que nos parece que determinan el contexto de la actividad de interconsulta y enlace: el tiempo y la posición de consultante.

En relación al factor tiempo hemos de considerar la tendencia a la brevedad de las hospitalizaciones como marco que determina el modo de actuar. La mayor parte de las intervenciones que se piensan en relación a estos paciente nuestros, que se han venido en denominar “complejos” parte de la consideración de dos elementos que tiene que ver con este factor y así la mayor parte de los autores parten de la consideración que desde la hospitalización del paciente “complejo” hasta la formalización de la demanda de interconsulta psiquiátrica pasa “mucho tiempo” y la demanda se formula cuando el alta del paciente ya esta “demasiado” cercana.

Desde esta perspectiva y dado que muchos de los factores que determinan la mayor o menor “rapidez” de la interconsulta psiquiátrica parecen difíciles de determinar, se han planteado esquemas de trabajo orientados a conseguir una menor dilación entre el ingreso hospitalario del paciente complejo y la demanda de interconsulta psiquiátrica, una mayor precocidad de la intervención de la UPIE con los pacientes complejos.

En este sentido pueden considerarse dos líneas de trabajo: las encaminadas a proto-

colizar la evaluación del paciente desde el momento del ingreso (instrumentos de “screening” tales como cuestionarios) y las que creen que el trabajo más de enlace (con el personal médico y el de enfermería) puede redundar en una mayor agilidad y precisión en cuanto a la demanda de interconsulta psiquiátrica. En este sentido (y volveremos a ello más adelante cuando hablemos de las perspectivas de futuro en el trabajo de enlace) uno de los trabajos claves de la enfermería de interconsulta y enlace tendría que ver con la evaluación “psi” de los pacientes por parte de enfermería de los diferentes servicios (presuponiendo que un adecuado trabajo de enlace podría tener como resultado una mejor sensibilidad de enfermería hacia la detección y el posterior manejo de las demandas de estos pacientes).

La posición de consultante implica una necesaria adaptación de los modos de intervención buscando necesariamente un contexto colaborativo. El trabajo de atención al paciente es una parte del trabajo que ha de complementarse con el trabajo con los profesionales del servicio en el que ha de seguir el paciente. Esto necesariamente plantea adecuaciones del lenguaje (en la conversación de colaboración con los profesionales) y de tener en cuenta en la planificación de la intervención también las características del propio servicio en el que el paciente complejo va a seguir su vida en los días de hospitalización. En el trabajo concreto con el paciente, los modos en la entrevista han de buscar la creación de contextos de colaboración que hagan posible la activación del sujeto y en esta línea las reflexiones de algunos autores desde planteamientos narrativos nos parecen muy interesantes (18, 19, 20, 21).

Enlace

Se desarrolla mediante el contacto regular del personal de interconsulta con el equipo peticionario, y su principal objetivo es el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para reconocer, manejar, y si es posible prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente. En este sentido, se considera necesario el desarrollo de **programas específicos**, entendiendo por ellos el conjunto de actuaciones

mantenidas de tipo preventivo, asistencial y docente dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado, en relación a aquellos problemas que por su propia naturaleza, prevalencia, incidencia y/o importancia sociosanitaria lo precisen.

Con la puesta en marcha de la Unidad se comenzaron a desarrollar los siguientes programas: Programa de Lesionados Medulares, P. de Implante Coclear, P. de Trasplante Cardíaco, P. de Trasplante Hepático, P. de Obesidad Patológica, P. de Impotencia.♦♦

Si comparamos las cifras de consultas realizadas en el marco de los programas de enlace comparándolas con las consultas totales de la UPIE en dos intervalos temporales nos encontramos con que mientras que el porcentaje de las primeras de programas de enlace respecto de las primeras consultas totales de la UPIE se mantiene en rangos muy similares, el porcentaje que representan el conjunto de las consultas (primeras y revisiones) de programas de enlace respecto de las consultas totales de la UPIE ha experimentado un gran incremento. De lo que se deduce que nuestro trabajo parece estar acercando más al de intervenciones a lo largo del proceso que no al evaluaciones o intervenciones más aisladas.

CONSULTAS UPIE

CONSULTAS EN ENLACE		CONSULTAS UPIE	
ENERO-MAYO 2000	44	ENERO-MAYO 2000	10.075
ENERO-MAYO 2001	57	ENERO-MAYO 2001	11.524
CONSULTAS ENLACE REVISIÓN		CONSULTAS UPIE REVISIÓN	
ENERO-MAYO 2000	80	ENERO-MAYO 2000	1.840
ENERO-MAYO 2001	84	ENERO-MAYO 2001	2.176

Programas

A continuación vamos a describir y comentar con detalle alguno de los programas; mostrando también ciertas modificaciones y ajustes que en su propio despliegue y desarrollo fuimos realizando.

Unidad de lesionados medulares Descripción

El programa de enlace con la Unidad de Lesionados Medulares tiene sus características peculiares por los antecedentes de

colaboración con esta unidad por parte de otros psicólogos en el pasado y por la particularidad de su funcionamiento. En función de estas consideraciones se procuró proponer fórmulas que no implicasen modificaciones excesivas y se adecuasen al modo de funcionamiento de dicha Unidad.

Se propone un programa de asistencia psicológica que va dirigido a determinados pacientes de la Unidad así como a familiares (principalmente los que sostienen relación más cercana y son los “soportes” del paciente durante su hospitalización) y personal.

Objetivos

Asistencia psicológica a determinados pacientes, que el personal de la Unidad valora como particularmente afectados en lo psicológico o que están afrontando inadecuadamente su proceso (22, 23, 24). En esa misma medida la consulta de apoyo psicológico puede ser solicitada para familiares.

Podríamos establecer un **modelo-secuencia**: en un primer momento más vinculado al manejo de los estreses de la fase “aguda” (UCI, transmisión información, dicho/expectativa, ajustes familiares para el acompañamiento...); posteriormente pasan a tener una mayor consideración los elementos de la transición a la cronicidad (ya cuando se pone en marcha el proceso de rehabilitación en la planta).

Hemos de considerar que muchos de los elementos descritos en este proceso de atención pueden ser aplicables a muchos procesos de convivencia con una enfermedad/lesión de carácter crónico (Daño cerebral accidental, etc..)

La atención a los familiares se suele concretar bien en entrevistas individuales con el “familiar acompañante” (que suele coincidir con el que al alta tendrá mayor relación con los cuidados del paciente) o bien haciendo entrevistas conjuntas (paciente-familiar) que permitan trabajar la relación de modo que esta sea de “soporte” evitando la sobreprotección y diseñando tareas (de cara al alta) de “descanso” que permitan evitar los problemas de “burn-out” del cuidador, que suelen producirse cuando el tipo de cuidados necesarios en la “fase crítica” se trasladan a la relación que se mantiene durante la “fase crónica” (25, 26, 27,

28, 29).

De resultados de este trabajo pueden concluirse orientaciones en cuanto a aspectos de manejo psicológico del paciente, durante su estancia en la Unidad, que se explicitan/coordinan con el personal.

Contenidos

La canalización habitual de las demandas se realiza a través de la reunión de análisis de casos que tienen lugar semanalmente en la Unidad y a las que se ha incorporado el psicólogo. Los datos y orientaciones que deban hacerse saber al conjunto del personal suelen canalizarse allí, aunque en determinados casos particulares puede ser interesante hablar con determinadas personas en particular en función de las características de algún caso concreto.

Las intervenciones pueden conceptualizarse dentro del marco de la psicoterapia breve de apoyo teniendo en cuenta los métodos de la intervención en crisis.

En la actualidad se hace H.R.I. para cada paciente que se atiende.

Dado lo cotidiano de la relación la evaluación de la necesidad de otras pruebas (de personalidad o de valoración neuropsicológica de aspectos concretos) se determina caso a caso. En función de lo señalado anteriormente hemos considerado en varias ocasiones (teniéndolo que descartar por diversos factores) la posibilidad de la realización de grupos multifamiliares de orientación psicoeducativa a fin de discutir y elaborar mediante esta fórmula, las tensiones familiares y las disrupciones que en los planes y prioridades familiares introduce la enfermedad/lesión (25, 27, 29, 30, 31, 32).

Aunque no hemos podido desarrollar este formato, sus elementos son manejados en las entrevistas con el paciente y sus familiares.

Desde el primer momento de irrupción de una lesión medular en la familia, ésta se enfrenta con la necesidad de reorganizar sus rutinas diarias alrededor de las necesidades relacionadas con la enfermedad. Es en esta fase aguda de la lesión, coincidente con la hospitalización, cuando se establecen los principales papeles en torno al cuidado del paciente, así como las nuevas

funciones de cada uno de los miembros de la familia (quién cuidará al paciente, quién cubrirá los roles familiares críticos, qué áreas de la vida familiar serán abandonadas o restringidas...).

Es en esta fase aguda de la lesión medular cuando se han de llevar a cabo las primeras intervenciones familiares, que pretenden los siguientes objetivos generales (31, 32):

- Permitir la contención y elaboración de las alteraciones emocionales inevitables en esta fase inmediatamente posterior a la adquisición de la lesión. Con ello se pretende también evitar que esta "emocionalidad alta" (presente en esta fase) pueda tener como consecuencia "conductas de sobreprotección" que interfieran en el proceso de rehabilitación.
- Ayudar en la adaptación de la familia durante la fase de hospitalización del paciente. En esta fase hay que procurar especial atención al "cuidador primario", es decir, el que acompaña al paciente en el hospital. Está claramente establecido en la investigación (y es también evidente en la clínica) que el desempeño del papel de cuidador es un fortísimo estresor de modo que puede precipitar la aparición de psicopatología en personas particularmente vulnerables o aisladas.
- Del mismo modo se ha de prestar atención a los necesarios arreglos que han de llevarse a cabo a fin de adaptar el entorno físico en el que el paciente estará a su alta del hospital. También a los cambios que la discapacidad introduce en la familia, de tal modo que sea compatible la atención y ayuda al enfermo con el mantenimiento de un entorno de vida estable y que no comprometa el desarrollo personal de los miembros del núcleo de convivencia.

A medida que avanza el curso de la lesión hacia su estabilización como condición crónica, la familia necesita reequilibrar los recursos asignados a la lesión con el fin de conseguir un equilibrio óptimo entre las demandas de la condición médica y las necesidades de la familia como un todo. En este ámbito ha de mostrarse particular

atención a la pareja entre enfermo/lesionado crónico y su cuidador primario. Cuando esa es la circunstancia de la lesión se requiere un trabajo específico respecto de la dinámica de la pareja, acerca de modos de dar y recibir apoyo, compartir y comunicar con franqueza, mantener la equidad cuando las formas de la reciprocidad se han alterado gravemente...(33).

Cardiología, trasplante de corazón

Descripción

Aunque habría que pensar un programa de conjunto, en la puesta en marcha de la UPIE la colaboración se centró en la evaluación psicológica de los candidatos a trasplante, y por ahí comenzaremos la descripción.

Objetivos

Evaluación adecuada de los aspectos psicológicos de los candidatos a trasplante cardíaco de tal manera que se cumpla con el perfil adecuado de candidato desde esta perspectiva. Además de explorar presencia de psicopatología o antecedentes psiquiátricos que pudiesen problematizar la indicación, se explora la actitud hacia el trasplante, los soportes psicosociales del sujeto, su actitud hacia los autocuidados y pautas médicas, los factores relacionados con el estilo de vida, así como la consistencia de los cambios que hubiera podido hacer el sujeto.

Contenidos.

La evaluación se formaliza a través de cuestionarios y la realización de la entrevista clínica, con el siguiente protocolo:

- H. R. I.
- P. A. C. T. (Evaluación psicológica de candidatos a trasplante)

Se propone como cuestionario "final," dado que permite organizar, al evaluar la importancia de los factores psicopatológicos y los ligados al estilo de vida, el informe de "devolución" al final de la evaluación. En nuestro uso es más un "organizador" de la entrevista que un cuestionario a puntuar.

El PACT (34) nos parece de gran utilidad pues permite organizar la valoración de una serie de elementos que parecen tener relevancia en cuanto a la posible evolución de los pacientes transplantados. Este instrumento está organizado para la valora-

calas: el apoyo social (con una subescala referida a la estabilidad y otra a la disponibilidad, de la familia o los sistemas de apoyo), la salud psicológica (dos subescalas: psicopatología/factores estables de personalidad y riesgo psicopatológico), los factores ligados al estilo de vida (tres subescalas: salubridad del estilo de vida y capacidad para mantener cambios, el uso de drogas y alcohol y la adhesión a los tratamientos previos) y el grado de comprensión sobre el trasplante y el seguimiento (grado de conocimiento y receptividad a la información).

- Cuestionario de personalidad tipo A.

Dada la evidencia acumulada respecto de la importancia de este factor en cuanto predictor de la evolución parece importante su evaluación en este contexto, si bien no se plantea su uso de modo generalizado sino cuando en el curso de la entrevista encontramos elementos que lo planteen como conveniente. Como veremos más adelante este es un factor que ha ido perdiendo peso en la evaluación quedando la hostilidad como el componente que se sigue considerando.

La evaluación psicosocial de los candidatos a TC puede entenderse que tiene dos funciones primarias (35) determinadas por la escasez de donantes y lo costoso del procedimiento, y que busca, por tanto, seleccionar a aquellos candidatos que puedan tener/presentar ciertas características que hagan pensar que van a mantener cuidados adecuados en el postoperatorio (con adecuado cumplimiento del tratamiento postrasplante); de ahí la necesidad de evaluación adecuada de los factores asociados al mal cumplimiento de indicaciones/normas terapéuticas (36, 37, 38). También hay que tener en cuenta el manejo de complicaciones psicopatológicas y, por tanto, confrontar la presencia/ausencia de rasgos psicopatológicos, que pueden conllevar la exclusión del paciente en razón de las previsibles complicaciones que pudiera presentar el postoperatorio. Sobre el segundo aspecto, desde un planteamiento inicial en el que ha habido ciertas diferencias entre los criterios que sostenían los programas de diferentes centros hasta un importante consenso en la actualidad (39, 40, 41). Desde las evaluacio-

nes propuestas inicialmente muy centradas en lo psicopatológico y en los rasgos de personalidad, se han producido ciertos cambios:

- Ha perdido importancia la exploración de factores ligados al patrón de conducta Tipo A. Del complejo (variable en los diferentes autores y en el transcurrir del tiempo) de conductas que constituye la descripción de dicho patrón, se considere clave en la actualidad los ligados a la HOSTILIDAD (42).
- Se piensa (43) que la existencia de ansiedad o depresión significativas, puede tener un importante componente reactivo o situacional, de ahí que no se consideren por sí mismos buenos predictores (la presencia de rangos elevados de ansiedad en la fase de espera o en la hospitalización no constituye criterio respecto de la evolución postquirúrgica) ni deban constituir base de criterio de exclusión. En los aspectos a considerar en la exploración esto hace más relevante la diferencia de criterios de Estado vs. Rasgo.
- La evolución de los pacientes TC no se relaciona con la atribución del locus de control más interno o externo (en contra de lo que podía predecir la teoría).
- El factor que de manera más consistente mantiene valor predictivo en los diferentes estudios respecto de la evolución postquirúrgica en los TC, es el apoyo psicosocial. Esto ha sido formulado de diferentes modos: Bunzel (43) plantea en concreto la relevancia del apoyo emocional y el cariño de la pareja, manteniendo un bajo nivel de emoción en su comunicación, como operacionalización concreta del apoyo social, como el factor de más relevancia predictiva, respecto de los criterios psicosociales.
- Consideraciones del estilo de las anteriores, son las que han llevado a reformular los métodos de evaluación en los que aún manteniendo la importancia de la exploración psicológico/psiquiátrica (a fin de evidenciar la presencia/ausencia de factores psiquiátricos

de exclusión) han ido cobrando relevancia los criterios relacionados con apoyo social, cumplimiento de indicaciones médicas, mantenimiento de autocuidados,...

En este proceso de experiencia y reflexión hemos ido cambiando algunos elementos de la evaluación y así hemos dejado de lado la valoración del tipo A y hemos decidido introducir el STAI y el BDI así como un cuestionario de apoyo social (esto lo hemos aplicado también al conjunto de las evaluaciones para trasplante). En relación al apoyo social consideramos este elemento como uno de los pilares del aspecto evaluativo de la entrevista.

Otra de las consideraciones importantes de cara al futuro es la considerar las intervenciones adecuadas a cada fase del proceso del trasplante que tengan en cuenta los elementos informativos y de apoyo. Ante esta perspectiva hay algunos autores que se plantean qué intervenciones psicológicas son plausibles en la "espera" (preoperatoria) y en la fase posterior a la cirugía que pueden contribuir a que el desarrollo exitoso del proceso. Pasar de la evaluación del candidato (que finaliza con su inclusión/exclusión) a intervenciones que contribuyan a mejorar el desarrollo del procedimiento (favoreciendo la acomodación del sujeto).

Algunas de las que se consideran son:

1. importancia de medidas que optimicen estrategias de afrontamiento y autoeficacia durante el tiempo de espera: desde la relajación hasta el "modelado informal" que implica el mantener conversaciones con personas que ya hayan pasado por el procedimiento; aspecto este que puede trabajarse de modo más o menos formalizado: desde la toma de contacto con pacientes ya transplantados (a través de asociaciones) a la realización de grupos psicoeducativos con la colaboración de transplantados y familiares, teniendo en cuenta elementos de estructura y procedimientos de los grupos multifamiliares de afectados por enfermedades crónicas (31, 32).
2. posibles intervenciones de reestructuración cognitiva respecto de las cogni-

ciones erróneas o negativas que aparecen en el proceso.

- trabajo con grupos de pacientes (y/o familiares) que ayuden a comprender mejor el proceso (y sus avatares: estresores..etc) y favorezcan la adecuada organización de las tareas de atención/cuidados y de la organización del apoyo. Se puede hipotetizar que la presencia de diferentes personas en situaciones análogas respecto de la situación médica puede facilitar este proceso respecto de intercambiar criterios y formas de organizarse y resolver problemas, quizás con una mayor facilidad de apertura.

Una de las posibles organizaciones sería a través de grupos con familias de orientación psicoeducativa en la línea de lo señalado anteriormente en el apartado sobre el trabajo con lesionados medulares; no conviene perder de vista que en programas americanos de trasplante está incluido el seguimiento a través de grupos de autoayuda a los que el paciente acude regularmente.

Futuro

La consideración del futuro en el trabajo de enlace debería considerar dos elementos: en lo referente a la actividad / organización (cómo afrontar) y en lo referente a los objetivos (programas a desarrollar).

En lo referente al primer aspecto tenemos pendiente lo que significará para el funcionamiento de la UPIE la incorporación de enfermería. El trabajo de enfermería-UPIE con enfermería de los otros servicios no psiquiátricos debería enfocarse no sólo de cara a la posible elaboración / formalización de posibles instrumentos de evaluación / observación de pacientes complejos (de cara a la enfermería de servicios no psiquiátricos que pudiera así ayudar a precisar y por tanto a "agilizar" (en el sentido que planteábamos más arriba) la intervención de la UPIE). Pensamos también en el trabajo específico de enfermería-UPIE con enfermería de otras plantas/servicios que permitiera afinar el trabajo sobre habilidades de comunicación/relación, entrevista, etc... orientadas más hacia el "manejo" del día a día del paciente complejo, objeto de

día a día del paciente complejo, objeto de nuestras intervenciones, en servicios no psiquiátricos. Este trabajo también debería complementarse con el que en esa misma línea se desarrolle enfocado hacia familiares/acompañantes. Debería observarse por un lado "pautas generales" y por otro "trabajo de caso," pudiendo esto dar origen posteriormente al trabajo específico de enfermería en interconsulta (dentro del programa de la UPIE).

En relación a los posibles nuevos programas a desarrollar la experiencia parece habernos convencido de ciertos cambios en las prioridades respecto de lo que pensábamos al poner en marcha la Unidad (ver al principio del apartado sobre el enlace). Pensamos ahora que debería darse prioridad al trabajo con Rehabilitación, y dentro de esta línea pensamos en particular en dos: Programa de Daño Cerebral Accidental (que incluyese tanto a los pacientes que hayan sufrido Traumatismo craneoencefálico como a los que hayan padecido accidentes cerebrovasculares) y otro Programa de Amputados. En la línea de lo expuesto al desarrollar varios de los programas anteriormente comentados deberían orientarse estos ahora señalados hacia una intervención **a lo largo del proceso** que permita ayudar al paciente y a los familiares en el proceso de reacomodarse a los cambios implicados por su nueva situación. Aún teniendo en cuenta los aspectos neuropsicológicos, tanto el apartado de la evaluación como en el de la intervención, no debe perderse de vista nunca (44) que el hilo organizador central ha de observar siempre lo psicoterapéutico y el trabajo con la familia (46, 47, 48). No ha de perderse nunca de vista el aspecto global y ha de evitarse la "ceguera" o fijación parcial del "especialista".

Al hilo de lo anterior una última reflexión acerca de la técnica.

Dejando de lado los aspectos de desarrollo y de evaluación de programas, el enfoque predominante en el desarrollo de la psicología de la salud ha sido el del desarrollo de técnicas de intervención ligadas a patologías concretas (con el desarrollo de programas de intervención específicos), esto quizás crea una imagen de campo muy especializado y concreto, y no se tiene en cuenta

ta los aspectos generales que hacen de marco, lo que puede inducir a confusión: la gente puede acceder a sofisticados programas de intervención acerca de patologías muy concretas, pero pierde de vista los aspectos de creación de colaboración, de contención y elaboración de emociones (en situaciones de pérdida y grave estrés), de establecimiento de redes y apoyos, etc. Es decir se hacen programas de intervención “muy clínicos” y concretos pero se pierde de vista la consideración de la intervención psicosocial como un conjunto. Por esto me parece importante señalar cuáles son los elementos que me han resultado de utilidad a la hora del trabajo psicológico en un hospital general en el marco de la interconsulta y el enlace.

Dentro de estos elementos de marco quisiera destacar:

- La teoría de la crisis y la intervención en crisis y el concepto de duelo y trabajo/elaboración del duelo. Son marcos que permiten estructurar el trabajo de encaje en la enfermedad y la pérdida, el proceso de cambio/adaptación implicado por la presencia de una enfermedad/hándicap crónicos, etc.(49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57), en un contexto en el que la limitación temporal de la intervención (implicada por la hospitalización) suele ser clara.
- Por el peculiar lugar de trabajo y la importancia en determinadas situaciones de la información y su manejo es también importante la formación y capacitación en formas de trabajo en la línea del consejo psicológico, “counseling” (58) (además de la formación específica como terapeuta de la que uno pueda disponer).
- Por la posición de consultante en la que uno accede a los casos, creo de particular importancia el trabajo desde esquemas de búsqueda de colaboración y de potenciación de la agencia de los pacientes. En este sentido las orientaciones de Pakman (18) o de los Griffith (19) me han resultado de gran utilidad.
- Las características del trabajo en un marco médico implican ciertas peculiaridades en cuanto al manejo de psíquico/somático, esa “compleja interface” que decía alguien. En este punto, de

particular relevancia en las entrevistas con pacientes (psico)somatizadores y otros cercanos o “asimilables” me han resultado muy valiosos los trabajos de McDaniel y otros (59, 60) y los de los Griffith (19).

Sólo he pretendido con estas humildes reflexiones compartir las dudas y pensamientos que a partir del ejercicio del día a día en la clínica han ido surgiendo, en el intento de continuar con los intercambios que nos permitan tratar de enriquecer nuestra práctica y por ello la calidad de la atención que pretendemos dar a nuestros pacientes.

En fin, para acabar, una cita de Oscar Wilde:

Los que ven alguna diferencia entre el cuerpo y el alma es que carecen de ambos.

Agradezco a la organización la oportunidad, que me ha concedido gracias a su invitación, de poder volver a encontrarme con la gente.

Notas

- A manera de protocolo, se formaliza una Hoja de Registro Individual (HRI). La HRI (Cfr. Anexo 2), siguiendo el modelo utilizado por la UPIE del Hospital 12 de Octubre (Madrid) y adaptado a nuestro Hospital, recoge seis grupos de ítems, a saber:
 - Primer grupo: datos de filiación del paciente (12 ítems).
 - Segundo grupo: Variables sociodemográficas (7 ítems).
 - Tercer grupo: Motivo de consulta (5 ítems: servicio remitente, riesgo médico actual, motivo de consulta, origen del motivo de consulta, desencadenante del motivo y tiempo de hospitalización).
 - Cuarto grupo: antecedentes psiquiátricos (3 ítems: antecedentes personales psiquiátricos, tratamientos psiquiátricos previos y antecedentes familiares).
 - Quinto grupo: valoración diagnóstica (2 ítems: diagnóstico sindrómico del motivo de consulta y diagnóstico codificado CIE-10).
 - Sexto grupo: la actuación de interconsulta (5 ítems: actuación terapéutica

fundamental, tratamiento farmacológico, días de seguimiento en interconsulta, derivación desde interconsulta y valoración de interconsulta: psicopatología-gravedad somática-dinámica relacional asistencial y sociofamiliar).

- Séptimo grupo: aplicación docente (2 ítems: interés docente y comentario).

•• En aquel momento considerábamos como propuestas a desarrollar posteriormente la puesta en marcha de los siguientes: P. de Pacientes Terminales, P. de Diálisis y Trasplante Renal, P. de Quemados, P. de Pacientes V.I.H. y P. de Diabetes. Al final del apartado veremos que estas prioridades quizás hayan de ser reconsideradas en función de lo que nos ha ido enseñando la asistencia y el día a día.

••• Otros programas:

Implante coclear

Descripción

Evaluación psicológica centrada en las actitudes y expectativas del candidato respecto del implante coclear. Esto implica no sólo las actitudes hacia el implante en sí, sino también las que han de mantenerse hacia el trabajo posterior de rehabilitación, que suele ser arduo y por un tiempo importante.

Se propone sólo la realización de la valoración previa, no habiéndose planteado la posibilidad de asesoramiento o seguimiento posterior mientras el sujeto acude a rehabilitación foniatría.

Objetivos

Ayudar a definir candidatos que cumplan perfil adecuado para el implante coclear y el trabajo de rehabilitación posterior que conlleva.

Contenidos

La entrevista se realiza con la presencia de algún familiar. Se busca valorar la existencia o no de psicopatología previa, la actitud hacia el implante. Puede usarse algún test breve para la valoración de aspectos de inteligencia. Actualmente usamos el de Matrices progresivas de Raven.

Se formaliza para cada uno de los candidatos que se evalúan H.R.I.

No se suelen realizar otras pruebas de personalidad o de exploración de aspectos específicos (ansiedad...) salvo en el caso de que en el curso de la entrevista detectemos

elementos que las hagan aconsejables, en función de ello pueden manejarse diferentes pruebas.

Trasplante hepático

Descripción.

Es un programa de evaluación psicológica dirigido al estudio de candidatos a trasplante hepático.

Objetivos

Ayudar a establecer el perfil adecuado del candidato a trasplante hepático mediante la valoración de los aspectos psicopatológicos y biográficos, etc. Al igual que en el caso del trasplante cardíaco la exploración de estos aspectos se hace a través de entrevista, teniendo en cuenta el "guión" que establece el P.A.C.T, si bien prestando especial atención a los factores relacionados con el estilo de vida y los apoyos /soportes psicosociales y la actitud hacia los autocuidados. Otro aspecto importante, en determinados casos en los que el deterioro hepático haya sido consecuencia del hábito alcohólico, cobra especial relevancia la exploración de los cambios previos realizados por el paciente (en el abandono de dicho hábito) así como su consistencia. También se destaca como importante la actitud hacia las indicaciones y consejos médicos que ha mantenido en el pasado.

Contenidos

Desde el principio la valoración se estructura en base a:

- H. R. I.: En la entrevista se prestará especial atención a los aspectos relacionados con el estilo de vida.

- P. A. C. T.: Hemos ido añadiendo, valoración cognitiva en caso de precedentes de Encefalopatía (por lo menos Mini-mental); también, al igual que lo señalado para el trasplante cardíaco, STAI, BDI, APOYO SOCIAL.

Poco a poco hemos ido convenciéndonos también de la importancia de ir operativizando el proceso del apoyo social de cara al conjunto del procedimiento y, en la misma línea de lo planteado respecto del trasplante cardíaco, el pensar la tarea en relación a intervenciones a lo largo del procedimiento más que intervención meramente evaluadora.

Obesidad patológica

Descripción.

Valoración, previa a la intervención quirúrgica, de los aspectos psicológicos. Se trata

de evaluar la presencia o no de elementos psicopatológicos o rasgos de personalidad que pudiesen problematizar la indicación de la gastroplastia. También parece relevante la importancia y consistencia en los cambios de hábitos que el paciente pudiera haber realizado en el pasado.

Objetivos

Ayudar a establecer el perfil de adecuación del candidato para dicha intervención.

Contenidos

Las expectativas hacia los resultados de la operación y los relacionados con el estilo de vida constituyen un elemento de valoración importante que también debe estudiarse en la entrevista de valoración que se mantenga con el candidato. Un elemento que suele ser de importancia en este contexto es del grado de presencia de la ansiedad en la determinación de las conductas del paciente y el manejo que este hace de

dicho elemento. Su exploración a través de cuestionarios específicos se determina en cada entrevista en razón de las informaciones que en ella surgen. Por ello hemos ido introduciendo cambios en la evaluación introduciendo ciertos cuestionarios (STAI, BDI, BIFE...). Además deberían también valorarse los aspectos relacionados con el control. En este sentido un cierto tiempo de DIETA en el periodo de espera es considerado por algunos autores (61).

Una posibilidad de trabajo hacia el futuro podrían ser grupos de orientación psicoeducativa. En ocasiones también hemos empleado el modelado informal a través de conversaciones con personas que ya han pasado por el conjunto del procedimiento.

••• DRAE: diligencia, solicitud/2. encargo u oficio de agente; no es un anglicismo.

Bibliografía:

1. Jiménez, M.A.; Ibáñez, C.:Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: perfil clínico y terapéutico(II). *Psiquis* ,16(2): 47.
2. Mayou, R.;Hawton, K.:(1986): Psiquiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 149: 172-190.
3. Fedman, E.; Mayou, R.; Hawton, K.; Arden, M.; & Smith EBO (1987). Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 241:405-412.
4. Lipowski, J.Z.; Wolstar, M.D.; (1981)Liaison Psychiatry: Referral Patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry*, , 12: 1608-1611.
5. Rodríguez, J.; Zuriaga, R.:(1997) *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada, EASPJ unta de Andalucía, .
6. Pincus y cols. (1991) The benefits of consultation-liaison psychiatry. In Judd/Burrows/Lipsitt (eds.) *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*. Elsevier Science publisher B. V. (Biomedical Division).
7. Gómez, A.(1991) Unidades de salud mental en el hospital general. Siso/Saúde. Monográfico,Septiembre .
8. Lyons, J.; Hanner, J.S.; Larson, D.B; Petrait, J.; Strain, J.J.; (1988)Treatment opportunities on a conltation/liaison service. *Am. J Psychiatry*. 145:1435-1437.
9. Fulops y cols. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical-surgical patients: a preliminary report. *AM J Psychiatry*, 1987 144; 878-882.
10. Levenson J.L et als (1990) Relation of psychopatology in general medical impatients to use anual cost of services. *AM. J Psychiatry* 147: 1498-1503.
11. Schustr, J.M.(1992) A cost effective model of consultation-liaison psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 330-332.
12. Padierna, JA; Marcos, JJ. Aristegui Ruesca E, Medrano Albeniz J.(1995) Interconsulta psiquiátrica: patrones de la demanda y factores en la derivación. *Anales de psiquiatría*. 6: 209-214.
13. Jiménez MA, Ibáñez C. (1994) Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: perfil clínico y terapéutico (II). *Psiquis*, 16: 47 -59.
14. Jiménez, M. A.; Ibáñez C.(1995): Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: aspectos metodológicos (I). *Psiquis*, 16:11-23
15. Mayou R, Sharpe M. (1991) Psychiatric problems in the general hospital, en Judd/Burrowa/Lipsitt (ed.), *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*. Oxford, Elsevier Science Publisher B.V., 11-28.
16. Fernandez-Argüelles, P y colaboradores (1989) El contenido latente en la interconsulta psiquiátrica interdepartamental, *An. Psiquiatría*, 5: 135-138.
17. Sluzki C.(1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa,
18. Pakman M. In vestigación e intervención en grupos familiares. Una perspecti va constructivista, en Delgado JM y Gutiérrez J (Comps.), (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis, 359-77
19. Griffith JL y Griffith ME. La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas, en Pakman M. (comp.) (1997). *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II), Barcelona, Gedisa, 87-105.
20. Martínez Sande G. Recursos y terapeutas “¿Qué hay de nuevo, viejo?”. II Jornadas Luso-Galaicas de Terapia Familiar. Vigo. Xuño. 1997.
21. Martínez Sande G. *Perspectiva sistémica del trabajo de interconsulta y enlace*. III Jornadas Luso-Galaicas de Terapia Familiar (Narrativas e dilemas do corpo). Porto, 28 de Noviembre de 1998.
22. Salas Márquez, J.R.(1995). El rol del psicólogo en la Unidad de lesionados medulares. *Apuntes de Psicología*, 43:65-7.
23. Bas, P.; Gala León, F.J y Díaz, M (1994). Depresión y Ajuste Psicosocial en lesionados de Médula espinal. *Clínica y Salud*, vol. 5, 3: 259-71.
24. Stewart, Th. D.: El paciente con lesión de la médula espinal. En Cassem NH(comp.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, 1994: 583-99.
25. Navarro J.Terapia familiar con enfermos físicos crónicos, en Navarro Góngora J y Beyebach M (Comps.) (1995). *Avan* -



- ces en terapia familiar sistémica, Barcelona, Paidós, 299-336.
26. Navarro J.(1996). *Intervención en redes sociales y profesionales para enfermos físicos hospitalizados*, en VV. AA., III Jornadas: Orientación Familiar. Intervención en familias y grupos de personas afectadas por enfermedades o deficiencias, Madrid, Univ. Pont. Comillas - Fund. Mapfre Medicina, 75-86.
 27. Navarro J. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia, en Ríos JA (Coord.) (1998). *La familia: realidad y mito*, Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, 71-98.
 28. Navarro J. Parejas y enfermedad: una revisión, en Navarro Góngora J y Pereira Miragaia J (Comps.) (20 00). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona, Paidós, 121-49.
 29. Rolland J. El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad, en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A y Ugidos Domínguez TM (Coords.) (1999) *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 305-38.
 30. Steinglass P, Temple S, Lisman, SA y Reiss D. (1982). Coping with spinal cord injury: the family perspective. *Gen Hosp Psychiatry*, 4: 259-64.
 31. González S, Steinglass P, y Reiss D. (1989). *Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illness*. Fam. Process, 28: 69-98.
 32. Steinglass, P.(1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst and Health* 16: 55-70.
 33. Cutrona, CE. Social support in couples. *Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
 34. Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. (1989). The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clin Transplantation*, 3: 164-9.
 35. Kay J, Bienenfeld D. (1991). The clinical assessment of the cardiac transplant candidate. *Psychosomatics*, 32: 78-87.
 36. Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG, Kormos RL, Trzepacz PT, Griffith BP. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 48S-61S.
 37. Dew MA, Roth LH, Thompson ME, Kormos RL, Griffith BP. (1996). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 15: 631-45.
 38. Paris W, Muchmore J, Pribil A, Zuhdi N. (1994). Cooper DKC. Study of relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *J Heart Lung Transplant* 13: 424-32.
 39. Olbrisch ME, Levenson JL. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *J Heart Lung Transplant* 10: 948-55.
 40. Levenson JL, Olbrisch ME. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34: 314-23.
 41. Menchón, JM; González; Aymamí, N; Barjau, R; Serrano, F. El trasplante, en Rojo Rodés JE, Cirera, E (Drtres) (1997). *Interconsulta psiquiátrica*, Barcelona, Masson, 50l -11.
 42. García, AM (1996) Medición del constructo Hostilidad, en Palmero F Codina V (Eds.), *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los factores emocionales*, Valencia, Promolibro, 341-63.
 43. Bunzel B, Wolleneck G. (1994). Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery?. *Thorac Cardiovasc Surg* 42: 103-7.
 44. García Álvarez, MA. (1999). Cuestiones de psicoterapia en rehabilitación con personas discapacitadas por dano cerebral sobreado. *Cadernos de psicología*, 25: 19-28.
 45. Muñoz, JM y Fernández, S. (1999). La familia y la rehabilitación de las persona afectadas por daño cerebral, en VVAA, *La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar*, Barcelona, Fundació Institut Guttmann, 87-99.
 46. Bruna i Rabassa, O. (1996). Orientación, terapia y apoyo a los familiares de personas afectadas por daño cerebral traumático, en VV. AA., *Daño cerebral traumático y calidad de vida*, Madrid, Fundación MAPFRE Medicina, 279-97.
 47. Bruna i Rabassa O; Mataró, M y Junqué Plaza C. Impacto e intervención en el medio familiar, en Plegriñ C, Muñoz Céspedes JM y Quemada JI. (1997), *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático*, Barcelona, Prous, 331-46.
 48. Junqué, C; Bruna, O; Mataró, M y Puyuelo, M. (1998). Traumatismos craneoencefálicos. Un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia. *Guía práctica para profesionales y familiares*. Barcelona, Masson,
 49. Caplan, G. *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona, Paidós, 1.993.
 50. Espina Eizaguire, A. Abordaje ecosistémico de la crisis, en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A. y Ugidos Domínguez T M (Coords.) (1999). *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 95-108.
 51. Langsley DG, Pittman III FS, Machotka P y Flomenhaft D. (1968). Crisis family therapy: Results and implications. *Fam Proc*, 7: 145-68.
 52. Pittman FS, Langsley DG, Flomenhaft K, DeYoung CD, Machotka P y Kaplan, DM. (1980). Técnicas terapéuticas de la unidad de tratamiento familiar, en Haley J (Ed.), *Tratamiento de la familia*, Barcelona, Toray, 216-26.
 53. Pittman, FS. (1990). Momentos decisivos. *Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires, Paidós.
 54. Espina, JA. Psicoterapia del duelo patológico y de las enfermedades graves", en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A. y Ugidos Domínguez T M (Coords.), (1999). *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 369-81.
 55. Martínez, G. Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 1.997, 4: 151-8.
 56. Martínez, G. (1997). Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica (II). Aspectos de intervención desde la terapia familiar. *Cuadernos de Atención Primaria*, 4: 212 - 22.
 57. Martínez, G. *Experiencia e perspectivas no enlace*, en Iglesias Gil de Bernabé F (Coord.),. Experiencias e situación en Galicia de interconsulta y psiquiatría de enlace hospitalaria. XI Jornadas científicas da Asociación Galega de Saúde Mental. Psiquiatría de interconsulta e enlace, Santiago de Compostela, 22-23 de xuño de 2001.
 58. Barreto P, Arranz P y Molero M. Counselling: Instrumento fundamental en la relación de ayuda, en Martorell MC y González R (Eds.), (1997). *Entrevista y consejo psicológico*, Madrid, Síntesis, 83-104.
 59. McDaniel SH, Hepworth J y Doherty WJ. (1995). Medical family therapy with somaticizing patients. The co-creation of therapeutic stories. *Fam Proc*, 34: 349-61.
 60. McDaniel S, Campbell TL y Seaburn DB. (1998). Orientación familiar en atención primaria. *Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud*. Barcelona, Springer - Verlag Ibérica.
 61. Larañaga Barrera E. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, en García-Camba E, (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*, Barcelona, Masson, 365-82.



ANEXO:

**INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA (C.H.J.C.)
(ENERO/ 1996 A JUNIO/ 1998 --2 AÑOS)**

**Nº TOTAL DE INTERCONSULTAS
(1ª consultas en pacientes ingresados y
mayores de 14 años): 1.653**

RELACIONES ENTRE SERVICIOS GOBIERNAL Y NO GOBIERNAL				
RELACIONES DE INTERCONSULTAS DE LOS SERVICIOS GOBIERNAL Y NO GOBIERNAL				
HOSPITAL	PERIODO	Nº ATEND.	Nº OBTEN.	%
C.H. JOAQUÍN CABALLERO - L.P.R.	1º SEM.	26.074	11.664	44,7
Movilidad de C.H. de L.P.R.	1º SEM.	793	30.746	38,8
Elaboración de J.A.M.V.	1º SEM.	1.682	1.682	100,0

MOTIVO DE CONSULTA		
	Nº	%
1.- AFECTIVO:	389	23,5
2.- ANSIOSO:	159	9,6
3.- DELIRANTE ALUCINATORIA:	63	3,8
4.- CONFUSIÓN ALUCINATORIA:	144	8,7
5.- TÓXICO:	71	4,3
6.- FUNCIONALIDAD:	73	4,4
7.- RELACION:	97	5,9
8.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:	134	8,1
9.- SUICIDIO:	119	7,2
10.- PROGRAMAS ESPECÍFICOS:	373	22,6
I.- T.C: 39 5,4 %		
2.- T.B: 112 6,8 %		
3.- ULM: 35 2,1 %		
4.- OBES: 33 2,0 %		
5.- IMPOT: 20 1,2 %		
6.- OTROS: 13 0,8 %		
II.- OTROS:	11017	

MODALIDAD DE PETICIÓN:

- Normal: 83,33 %
- Preferente: 7,64 %
- Urgente: 9,03 %

DIAGNÓSTICO (DSM-IV)

	Nº	%
DELIRIUM:	142	8,6
DEMENCIA:	106	6,5
T.RELACIONADO CON SUSTANCIAS:	168	10
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS:	99	6
TRAST. DEL ESTADO DE ANIMO:	233	14
TRAST. DE ANSIEDAD:	81	5
TRAST. SOMATOMORFOS:	46	2,8
TRAST. DISOCIATIVOS:	20	1,2
TRAST. ADAPTATIVOS:	309	18,7
TRAST. DE LA PERSONALIDAD:	67	4
OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS:	140	8,5
NO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:	242	14,7

SERVICIOS DEMANDANTES

	Nº	%
MEDICOS:	1058	64
QUIRÚRGICOS:	595	36

ACTUACIÓN TERAPEUTICA FUNDAMENTAL

	Nº	%
• T.T. PSICOFARMACOLÓGICO	744	45
• APOYO PSICOLÓGICO	496	30
• DIAGNÓSTICO Y ORIENTACION	710	28
• INGRESO PSIQUIÁTRICO	24	1

Coordinación con atención primaria: Una visión posibilista

Oscar Martínez Azurmendi

Psiquiatra
Centro de Salud Mental Uribe Costa. Bizkaia

1. Introducción contextual

En los últimos 15-20 años, a pesar del aparentemente breve lapso de tiempo discurrido, hemos sido testigos de un importante cambio conceptual y estratégico en los planteamientos de los Centros de Salud Mental (C.S.M.) frente a la Atención Primaria (A.P).

De forma quizás sobresimplificada, en la tabla 1 esquematizo alguno de los aspectos sobre los que quiero llamar la atención.

Coincidiendo con la celebración de estas Jornadas Interautonómicas, la Organización Mundial de la Salud acaba de publicar su "Informe sobre la salud en el mundo

Tabla 1. Algunos cambios observados en la interrelación C.S.M. -A.P.

Características del momento histórico	Características asistenciales
<ul style="list-style-type: none"> + Hecho de los C.S.M. + Entendimiento y reconocimiento + Demanda creciente y permanente por el sistema sanitario y comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo "última de puertas abiertas" <ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad - Intervención en crisis - No necesidad de derivación formal • "Patologización" de algunos cuadros • Escasa colaboración con A.P. <ul style="list-style-type: none"> - Foca disponibilidad formal del "médico de curro" - Dedicación de aspectos psicológicos y somáticos - Fugas del paciente, con riesgo a la "confidencialidad" y "neutralidad" para evitar desdoblamiento de funciones del médico
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> + Incremento de la demanda + Necesidad de modernización 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de derivación formal desde A.P. ("salvo") • Menor atención de crisis vitales • Derivación rápida a A.P. para seguimiento, una breve intervención o derivación
↓	↓
<p>El modelo de tipo C.S.M. prevalece en la mayoría de los casos, pero se va a ir corrigiendo paulatinamente a medida que se va desarrollando el sistema de salud.</p>	<p>El modelo de tipo A.P. prevalece en la mayoría de los casos, pero se va a ir corrigiendo paulatinamente a medida que se va desarrollando el sistema de salud.</p>
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • Rango de "acción" desde A.P. por doblar o vencer el propio • De forma realista a pesar de poner de relieve para los procesos de atención "limitada" de los recursos (facilities) desde el sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento "crisis psicológicas" <ul style="list-style-type: none"> - Que sea posible - Que contribuya a curar

2001" (1), dedicado específicamente a la salud mental. El informe culmina con 10 recomendaciones adaptables a cada país en función de sus necesidades y recursos. La primera de estas recomendaciones aconseja "Dispensar tratamiento en Atención Primaria" (tabla 2).

Tabla 2. Primera recomendación del "Informe sobre la salud en el mundo 2001" de la OMS.

1. DISPENSAR TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA
 El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarro de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

Para la exposición que sigue partiremos del convencimiento de la importancia y utilidad de la coordinación con A.P., no sólo como mecanismo de mejora de la calidad asistencial, sino como estrategia ideal para el mutuo conocimiento profesional y personal, con la consiguiente corrección y ajuste de eventuales actitudes y posturas apriorísticas entorpecedoras de la tarea. Los principales aspectos de la "visión posibilista" propuesta se resumen en la tabla 3. Todos ellos derivados de la experiencia práctica en la coordinación con A.P. y que paso a desarrollar, no tanto desde un punto de vista conceptual, sino sobre todo práctico y hasta cierto punto "cotidiano". No es posible continuar sin además llamar la atención sobre otros condicionantes, que si

bien no abordaré directamente, son premisas básicas para un adecuado funcionamiento del sistema. Estos condicionantes son:

- a) Económicos. Garantizando una dotación de recursos suficientes.
- b) Políticos. No alimentando en la población expectativas imposibles de satisfacer. Necesitándose mantenerlas adecuadas a la realidad asistencial disponible y no generando el espejismo de que cualquier dificultad humana es candidata a ser resuelta "por su médico".

Tabla 3. Aspectos posibilitadores de una mejor coordinación C.S.M. - A.P

1. Disponibilidad del C.S.M. Evitación de la burocratización y rigidificación de los protocolos.
2. Relación personalizada entre los profesionales.
3. Adecuar las expectativas profesionales de forma realista. Lo que puede implicar disminuirlas en ocasiones.
4. Reforzar la habilidades técnicas de A.P. (formación - supervisión).

2. Disponibilidad del C.S.M.

Disponibilidad que podemos resumir en la necesidad de no burocratizar la relación ni rigidificar los protocolos de derivación. Es decir, si pedimos "disposición" a A.P., debemos igualmente ofrecer "disposición" por nuestra parte. Para ello pueden ser adecuadas algunas actitudes desde el C.S.M. como las presentadas en la tabla 4.

3. Relación personalizada

Independientemente de las normas de funcionamiento y coordinación interinstitucional, generalmente dictadas desde la propia administración sanitaria, la interrelación operativa y cotidiana entre A.P. y el C.S.M. se suele dar a nivel individual y personal. La coordinación no puede ni debe entenderse como un concepto abstracto entre instituciones, sino entre personas (o equipos) concretos. Por este motivo no suelen funcionar ni mantenerse en el tiempo experiencias de coordinación basadas en reuniones con profesionales cambiantes.

Tabla 4. Actitudes de disponibilidad y colaboración desde el C.S.M.

1. Generar en A.P. cierta sensación de colaboración y evitación de mayores cargas de trabajo por nuestra parte en lo posible.
 - a) Cuidado con la petición burocrática de volantes cuando sabemos con cierta seguridad que habremos de atender al paciente.
 - b) Favorecer actuaciones "médicas" desde el C.S.M. (recetas, analíticas, informes...).
 - c) Implicación en algunas intervenciones que pueden ser conjuntas (abordajes con partes de una familia, valoración de bajas...).

2. Explicitar claramente los tiempos de respuesta a sus requerimientos.
 - a) Acordar tiempos de respuesta para las demandas "ordinarias", "preferentes" y "urgentes".
 - b) En caso de existir algún tiempo de demora en la atención, acordar con ellos que casos se considera que han de ser atendidos con prioridad.
 - c) Respuesta y atención telefónica inmediata a A.P.

3. No desautorizar ni dudar de sus actuaciones ante el paciente.
 - a) No cambiar tratamientos a no ser que técnicamente esté claramente justificado.
 - b) No descalificar sus opiniones o comentarios al paciente.
 - c) Muchas de las derivaciones buscan básicamente la reafirmación ante el paciente de que el tratamiento u enfoque tomado desde A.P. es el adecuado. En estas ocasiones una única entrevista con un informe de devolución puede ser suficiente en muchas ocasiones.

3.1. Ejemplo de coordinación personalizada

El C.S.M. Uribe Costa atiende a un determinado sector de población de Vizcaya. Desde su creación en 1981 se planteó la necesidad de establecer algún tipo de contacto operativo con los diferentes médicos de cabecera de la zona, en un principio estos contac-

tos se establecieron fundamentalmente a través de "charlas" puntuales acerca de diversas generalidades por profesionales específicos del C.S.M. Por otra parte, la distribución de la demanda entre los diversos psiquiatras del Centro se realizaba sin criterio geográfico alguno, dependiendo en gran medida de su propia disponibilidad y actitud personal. A finales de los años 80 y con la aparición de los equipos de A.P., se consideró la oportunidad de "subsectorizar" la población asistida, correspondiendo a cada psiquiatra unos determinados "cupos" de A.P. A finales de los 90, la subsectorización de la población es completa, teniendo cualquiera de los médicos del nivel primario (y sus pacientes) un psiquiatra concreto de referencia (Figura 1).

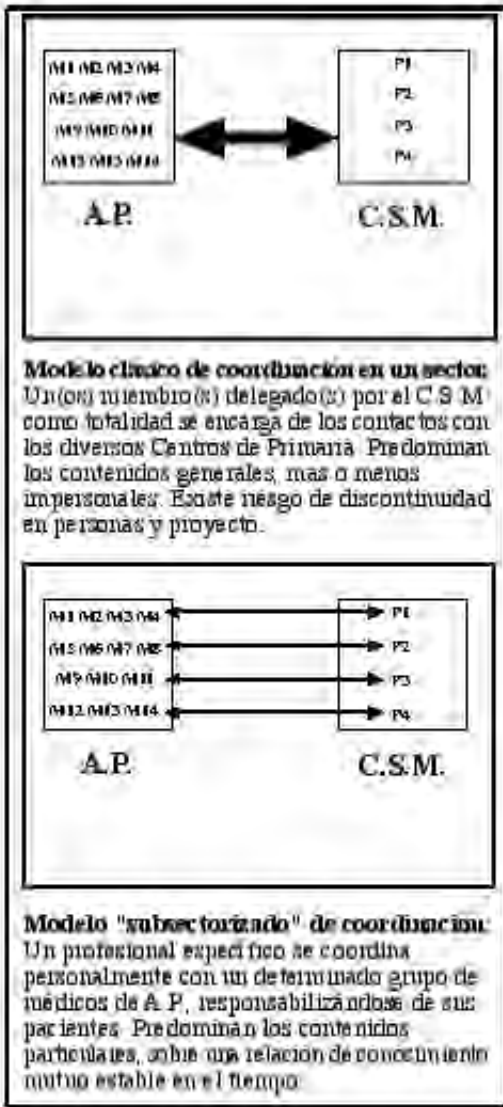
La existencia de un psiquiatra concreto (y enfermera psiquiátrica) de referencia, responsables de la asistencia directa al paciente de un determinado médico, favorece el conocimiento mutuo y la relación personalizada de forma estable así como una mejor continuidad de cuidados entre ambos niveles.

Por otra parte se cuida con especial interés el fluido contacto telefónico y la calidad de los informes. Además se han establecido reuniones regulares en las que habitualmente el psiquiatra de referencia se desplaza a los Centros de Salud coordinados. En estas reuniones se evita un ánimo puramente académico en sus contenidos, aunque lógicamente la formación continuada puede tener lugar en forma de temas específicos (2). A pesar de la exploración y manejo de diversos componentes emocionales por parte de los médicos, tampoco estos encuentros pueden ser considerados un grupo Balint, prefiriendo referirnos a ellos con el término de "grupos de reflexión" (3-4). Normalmente el mayor tiempo práctico es ocupado en la discusión de casos clínicos particulares y establecimiento y definición de prioridades asistenciales.

3.2. Beneficios observados en la coordinación personalizada

Algunos de los beneficios que hemos percibido a lo largo del tiempo como derivados de este modelo de coordinación se resumen a continuación:

Figura 1 Dos modelos de coordinación entre centros



- A) Mejora asistencial
- Favorece la integración de aspectos psicológicos, por pacientes y equipos, en la patología somática.
 - Facilita la derivación y devolución (incluso con nombre propio, lo que tranquiliza y suele agradar al paciente), actuando a favor de la continuidad de cuidados.
 - Permite un mejor ordenamiento de la tarea y distribución de la demanda en el C.S.M., estableciendo una regla clara de "reparto" de los casos y evitando así posibles tensiones derivadas de desa-

cuerdos.

- Incrementa los contactos entre C.S.M. y A.P. con un mayor intercambio y posibilidad de apoyo tras la devolución.

- B) Superación del aislamiento del C.S.M.
- Integrándose, el profesional, en la red asistencial general.
 - Diluyendo el estigma generalmente asociado a los servicios de salud mental.
 - Permitiendo, al paciente, los seguimientos compartidos por ambos niveles.
 - Consolidando el contacto regular y mantenido a lo largo del tiempo entre ambos niveles. No ha sido infrecuente observar que cuando existen cambios o discontinuidad entre los profesionales implicados los contactos languidecen.
- C) Actividad formativa ideal para los M.I.R. de Familia y Psiquiatría.
- D) Incremento de la satisfacción entre pacientes.
- Como lo atestiguan los frecuentes comentarios en torno a la derivación personalizada y la consecuente tranquilidad generada.
 - En nuestro caso (5) hemos comprobado, entre 648 primeras consultas durante año y medio, que el 69 % de ellas se acercaban con una expectativa clara de interconsulta con A.P., frente al limitado 18 % que tenían esta expectativa en relación con el médico de empresa. Si, tal y como se ha sugerido (6), la satisfacción está relacionada, no solo con los resultados obtenidos, sino con las expectativas del paciente, es muy posible que la interconsulta con A.P. vaya a estar asociada a una mayor satisfacción final del paciente.
- E) Incremento de la satisfacción entre los profesionales de A.P.
- La experiencia es altamente valorada desde ese nivel, percibiéndola como "proyecto común" a diferencia del tipo de relación establecida con otras especialidades.
 - Trasmite una mayor confianza a la hora de plantearse el seguimiento de un paciente. Esta tranquilidad puede deberse tanto a la facilidad de acceso

al C.S.M., como a la simple constatación de que no hay tratamientos superespecializados disponibles para muchos casos.

-En un estudio de actitudes y satisfacción en A.P. (7), donde un 60 % de médicos y enfermeras de nuestra área respondieron un cuestionario anónimo por correo, sin entrar en aspectos particulares pudimos comprobar que los médicos coordinados (frente a los no coordinados) mostraban una mejor actitud tanto hacia la enfermedad mental como hacia la psiquiatría, así como una mayor satisfacción hacia la existencia del C.S.M. en la zona. El cuerpo de enfermería mostraba, en general, una peor actitud que los médicos en estas cuestiones. En otro estudio en fase de elaboración en la actualidad (8), con la misma escala modificada sobre equipos poco coordinados de otra área, se han encontrado niveles más bajos de satisfacción. En este trabajo además se resalta que los médicos reconocen y valoran la importancia de los factores psicológicos en la práctica clínica, aunque refieren dificultades de manejo de los mismos por la percepción o autovaloración personal de falta de conocimientos. Igualmente se señala la necesidad de implicar y definir mejor el papel de enfermería en los aspectos de la salud mental.

3.3 Dificultades observadas en la coordinación personalizada.

Mientras que algunas de las dificultades expuestas a continuación son claramente técnicas, otras son más conceptuales o actitudinales y podrían ser mejor entendidas como resistencias más o menos conscientes a este tipo de tarea.

- A) Dispersión geográfica de los consultorios pequeños.
- B) Horarios de mañana y tarde, quedando peor coordinados los médicos que trabajan las tardes cuando el C.S.M. está cerrado.
- C) Menor disponibilidad horaria, y posiblemente actitudinal, de los pocos "médicos de cupo" que van quedando.

"médicos de cupo" que van quedando.

- D) Existencia de una gran rotación entre los profesionales por la alta tasa de interinidades laborales existentes. Lo que conlleva rupturas regulares de proyectos y relaciones, así como actitudes y puntos de vista cambiantes con cada nuevo profesional. No está de más señalar en este caso la importancia no sólo de la "continuidad de cuidados", sino la de la "continuidad de cuidadores".
- E) Necesidad de desplazamientos fuera del C.S.M., lo que aparte de ser potencialmente vivido como incómodo, puede ser incluso económicamente gravoso.
- F) Actitudes personales de desinterés o desvaloración.
- G) Temor al aumento de la demanda. Este es un temor extendido con cierta frecuencia y uno de los motivos más utilizados para justificar la inexistencia de proyectos de coordinación desde los C.S.M.. Por su potencial papel inhibitorio de un mayor desarrollo de estas experiencias de coordinación, merece la pena que nos extendamos en mayor profundidad sobre ello.

3.4. Temor al aumento de la demanda como consecuencia directa de la coordinación.

No podemos descartar que esto pudiera ser así en casos de una gran "psicologización" de los médicos a través de charlas excesivamente académicas, pero en todo caso hemos de considerar que el aumento de la demanda es una realidad común en nuestro entorno y en el que además se han de considerar otros factores para explicar la iniciativa de consulta.

- A) El aumento de la demanda es un fenómeno descrito universalmente y del que tenemos oportunidad de encontrar ejemplos sin movernos demasiado lejos. Como muestra en esta misma Comunidad de Asturias, en Mieres se ha comunicado recientemente (9) el importante aumento de la demanda

observado desde los primeros momentos de la psiquiatría comunitaria, fundamentalmente a costa de trastornos neuróticos y derivados desde A.P.

- B) En el estudio de expectativas al que me he referido anteriormente (5), preguntamos acerca de la iniciativa principal de la consulta y encontramos que un 41 % de los pacientes la reconocen como nacida en ellos mismos, mientras que el 59 % la atribuyen a otra persona. Si preguntamos por la persona que mas ha influido, un 57 % señalan al médico de A.P., un 18 % a un familiar y un 25 % a otros. Sin embargo, un 54 % reconoce que consultando "dará gusto" a algún familiar, mientras que esta actitud de complacencia es rechazada por el 65 % cuando se refiere al médico. Es decir, existe una alta proporción de iniciativas de consulta no directamente atribuibles al médico de A.P., con grandes niveles de aquiescencia hacia eventuales deseos familiares que no puede sostenerse de igual forma en relación al médico de cabecera.
- C) Muchas consultas se realizan por iniciativa del paciente (lo que anteriormente codificaríamos como "a petición propia"), aunque administrativamente aparezcan como derivaciones de A.P. en muchas ocasiones simplemente por exigirse desde el C.S.M. tener "un volante" pare ser atendido. De esta forma, la burocratización asistencial inutiliza el estudio de las llamadas "rutas asistenciales" (pathways to care) como reflejo de los movimientos espontáneos de la población y resta valor a cualquier comparación en este aspecto entre zonas geográficas en que no se controle esta variable.
- D) Aún siendo evidente el progresivo aumento de la demanda y las derivaciones desde A.P., no está demostrado el directo papel precipitador de consultas de la coordinación, existiendo indicios de que el fenómeno fuera precisamente el contrario, es decir se evitan derivaciones o estas pueden ser devueltas más rápidamente a A.P. En

nuestra área, comparando el número de derivaciones por población de los médicos coordinados y no coordinados durante medio año no encontramos diferencias estadísticamente significativas. En otro momento, comparando durante dos años dos zonas con alto y bajo nivel de coordinación, se observó una mayor proporción de derivaciones en los médicos menos coordinados.

3.5. Otros aspectos que modulan la demanda

Aunque no podemos aquí hacer justicia a la multiplicidad de factores que parecen estar asociados con la decisión de consultar y que pueden mediatizar el nivel de derivaciones de un determinado médico (síntomas, capacidad diagnóstica, recursos disponibles, actitudes, expectativas, estigma...) (10), si merece la pena detenernos en algunos de ellos.

- A) En cualquier caso, la simple comparación entre médicos coordinados y no coordinados habrá de tomarse siempre con mucha precaución si no se controlan además otras variables que pudieran influir en las tasas de derivación. Entre ellas, las características sociodemográficas y sanitarias de la población atendida (ancianos, capas económicamente desfavorecidas, familias monoparentales, paro, etc.) serían unas de las principales por su asociación con peores niveles de salud.
- B) Un grupo necesitado de especial atención, por su directa relación con las cargas de trabajo generadas, son los llamados "hiperutilizados". En un estudio caso-control diseñado desde A.P. en nuestro entorno (11), se compararon 102 hiperutilizados con 100 controles tomados al azar en relación con diversas variables socio-sanitarias. Además un grupo colaborador de psiquiatras les exploramos a todos ellos mediante la entrevista SCAN, elaborando igualmente un diagnóstico psiquiátrico en caso de duda. Se encontró que la hiperutilización estaba directamente relacionada con la enfermedad

física crónica y la edad como era presumible, siguiendo la enfermedad mental y el estrés (sucesos vitales) como variables predictivas. El 51 % de los casos recibieron un diagnóstico con el SCAN (aunque hay que destacar que un 28 % de los controles también lo tuvieron). Entre ellos eran mayoría los encuadrados dentro del grupo F4 del CIE 10 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos), predominando los síntomas de corte ansioso-depresivo. La alta incidencia de sucesos vitales estresantes y su relación con la hiperutilización nos señala asimismo el importante impacto de los trastornos adaptativos en el sistema sanitario, no siendo este un problema exclusivamente para los servicios de salud mental, que posiblemente no hacen mas que reflejar el desbordamiento percibido desde la misma A.P. donde muchos de ellos consultan en un primer momento por causas prioritariamente somáticas.

- C) En el anterior estudio, un 20 % de los pacientes no alcanzaron criterios suficientes para un diagnóstico CIE 10 con el SCAN, aunque su médico si consideraba la existencia de componentes psicológicos en su estado. Esto nos debe hacer planteamos el concepto de "caso" de forma mas operativa, máxime al constatar que muchos de estos pacientes eran percibidos como generadores de mas dificultades a los médicos que los propiamente diagnosticados (12). Una posible estrategia para enfrentar esta dificultad diagnóstica en A.P. sería la utilización de modelos dimensionales frente a los categoriales (DSM, CIE) a los que estamos mas acostumbrados en psiquiatría (13).

4. Adecuar las expectativas profesionales de forma realista

Para ello pueden ser de utilidad algunas estrategias claras y directas, como las expuestas a continuación, requiriéndose ocasionalmente incluso la disminución de las propias expectativas.

- A) Transmitir planteamientos realistas de

- A) Transmitir planteamientos realistas de objetivos alcanzables (problemáticas asumibles, posibilidades de cambio estructural, necesidades de tiempos psicológicos en la elaboración de duelos...).
- B) Establecimiento de prioridades conjuntas, con especial atención a sus necesidades.
- C) Divulgar otras actividades menos conocidas del C.S.M., fundamentalmente el trabajo requerido para la atención a las psicosis y otros trastornos mayores que generalmente no suelen generar cargas evidentes en A.P. e incluso pasan desapercibidas. La presentación de memorias razonadas de la actividad asistencial puede ser un buen instrumento de debate.
- D) Explicar los proyectos específicos que existan en el C.S.M., con sus características y población atendida (Hospital de Día, Toxicomanías, Trastornos de Alimentación...). Son de utilidad las sesiones monográficas con otros miembros concretos de los equipos responsables.
- E) Divulgar otros recursos comunitarios mas o menos especializados (asociaciones de apoyo y autoayuda, servicios sociales, etc), potenciando y alentando su utilización desde A.P. como alternativa a la "psiquiatrización" de algunos tipos de sufrimiento psicológico. Es de mucha utilidad la preparación y distribución de hojas con direcciones y teléfonos de contacto, como forma de favorecer su recuerdo y uso.
- F) Mejorar sus habilidades propias de intervención de forma operativa (ansiolíticos y antidepresivos, características del duelo, teoría de las crisis vitales...).
- G) Implicar en lo posible a enfermería, resaltando su potencial e importante papel en el apoyo y seguimiento de muchos casos.
- H) Por último, no está de mas remarcar de nuevo que será difícil pedir una dismi-

Tabla 5. Algunos aspectos de interés para la formación-supervisión en Atención Primaria (adaptado y ampliado de "Salud Mental y Atención Primaria. Una guía para la investigación").

1.	Detección de trastornos psiquiátricos; Instrumentos de ayuda. Capacidad del médico para la detección de trastornos psiquiátricos. Validación de trastornos psiquiátricos. Tipo de instrumentos, sencillos y fiables, que pudieran ser utilizados con este fin. Segos diagnósticos que pudieran derivarse de diferencias socio-culturales o del propio instrumento utilizado. Categorización de los diversos aspectos del "discomfort psicológico" observables en la consulta. Utilidad y limitaciones de los modelos clasificatorios actuales.
2.	Comorbilidad orgánica. Quejas somáticas. Enfermedades orgánicas (y evolución de las mismas) que tienen más riesgo de asociarse con trastornos mentales; Características psicológicas asociadas al dolor crónico. Cómo detectar pacientes somatoformes y su manejo. Efectos de las crisis del ciclo vital sobre la salud física y mental. Flujos y gasto asociado del paciente somatizado en los servicios. El enfermo terminal y su familia.
3.	Derivación a los servicios psiquiátricos. Protocolos de derivación. Características, gravedad y síntomas de las derivaciones. Umbral diagnóstico y diferencias entre los pacientes tratados en A.P. y los derivados. Posibles diferencias mediatizadas por la experiencia profesional, tiempo de consulta disponible, edad y sexo del médico. Coordinación A.P. - C.S.M.
4.	Tratamiento de los trastornos mentales en A.P. Las técnicas de entrevista. Pautas de intervención más extendidas. Reconocimiento y abordaje de los problemas derivados del alcohol. El duelo. El con-

5. Reforzar las habilidades técnicas en a.p. (formación y supervisión)

nución de las expectativas que pudieran haberse depositado en nosotros sin ofrecer "algo" a cambio (disponibilidad).

Sin poder extendernos en los diversos aspectos y contenidos que pueden configurar un programa de formación continuada en A.P., hemos de recordar que lo básico no es sensibilizar y mejorar exclusivamente las capacidades de reconocimiento diagnóstico del médico, sino saber que hacer con los diagnosticados (13).

A modo orientativo, puede ser interesante recoger la experiencia promovida desde la Unidad Docente de Medicina de Familia de Vizcaya, por la que un grupo de médicos de A.P. y psiquiatras nos reunimos en varias ocasiones con el fin específico de intercambiar, en forma de tormenta de ideas, posibles áreas necesitadas de atención en A.P. por los motivos que fueran. El documento final (14), consensuado entre todos, destaca 6 áreas de interés prioritario donde surgen interrogantes no bien resueltos todavía y que interesan al clínico en su práctica cotidiana. La tabla 5 resume algunos de los puntos considerados como más relevantes y puede ser una buena guía de partida para el diseño de programas de formación continuada.



sumidor crónico de psicofármacos. Prescripciones de complacencia. El apoyo psicológico. Tratamientos farmacológicos y de apoyo. Beneficios y riesgos de los nuevos psicofármacos. Entrenamiento en grupos Balint.

5. Crisis vitales. Acontecimientos estresantes. Factores sociales.
 - Impacto de los acontecimientos adversos y sus consecuencias para la salud. Síntomas "normales" y patológicos". Fases de las crisis. Tiempos psicológicos de adaptación. Intervenciones preventivas. Influencia sobre la demanda.

Importancia del apoyo social.

6. Expectativas de los pacientes. Actitudes y Satisfacción. Trabajo preventivo. Expectativas técnicas y relacionales de los pacientes. La comunicación con el paciente. La entrevista, la adhesión al tratamiento y la satisfacción del paciente. Actitudes de la población y de los sanitarios hacia la enfermedad mental. Actualidad del "síndrome del quemado" en nuestros servicios. Papel de enfermería. Expectativas de A.P. hacia los servicios especializados.

Bibliografía:

1. World Health Organization. *The World health report 2001*. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. Geneva, 2001.
2. Mendezona, J.I. Psicoanálisis y atención primaria de salud. En: Ingala, A., Gómez Esteban, R., Frère, J. y González Guillén, A. (Coordinadores) (1992). *El malestar en la cultura*. II y III Jornadas de la sección de psicoanálisis de la A.E.N. Ed. **Asoc. Esp. Neuropsiquiatría**. Madrid, 53-56.
3. Tizón, J.L. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud (I). Su origen. *Atención Primaria*, 1993, 11/6: 309-312.
4. Tizón, J.L. (1993). Los grupos de reflexión en atención primaria de salud (II). Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria*, 11/7: 361-366.
5. Martínez Azumendi, O.; Araluce, K.; Grijalvo, J.; Beitia, M.; Mendezona, J.I.; Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1995; 52: 25-43. Fe de erratas en *Rev. Esp. Neuropsiquiatría* 1995; 53: 198.
6. Martínez Azumendi, O.; Beitia Fernández, M.; (2000). Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de la ayuda percibida, en primeras consultas en un centro de Salud Mental. *Psiquis* 21(2): 57-74.
7. Mendezona, J.I.; Grijalvo, J.; Martínez Azumendi, O. (1994), *Diferencias en las actitudes hacia la enfermedad mental entre profesionales de Atención Primaria de la comarca de Uribe*. Ponencia a II Congreso de Saúde Mental dos Açores. Ponta Delgada, Octubre
8. Grijalvo, J. Datos preliminares. Comunicación personal.
9. Ocio, S., Fernández, J.A., Hevia, A., Hernández, M., (2001). Trabajo, P. *Evolución de la derivación a salud mental tras el desarrollo comunitario de la psiquiatría*. Comunicación a II Congreso virtual de psiquiatría, Febrero-Marzo 2001. Accedido en <http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2001/2645.html> en Octubre 2001.
10. Mark ez, I. (1992). Detección de morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de salud. Tesis Doctoral. Universidad País Vasco, Facultad de medicina y Odontología. Bilbao.
11. Báez, K.; Aiarzaguena, J.M.; Grandes, G.; Pedrero, E.; Aranguren, J.; Retolaza, A.; (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *British Journal of General Practice*. 48: 1824-1827
12. Aiarzaguena, J.M. (1995). Factores biopsicosociales y utilización de servicios de Atención Primaria de salud. Tesis Doctoral. Universidad País Vasco, Facultad de medicina y Odontología. Bilbao.
13. Goldberg, D. Huxley, P. *Common Mental Disorders*. A bio-social model. Routledge. London, 1992.
14. Retolaza, A. (Coordinador). Salud Mental y Atención Primaria. Una guía para la investigación. Unidad de investigación Atención Primaria de Vizcaya. Bilbao, 1996.



La transmisión de información y la relación médico-paciente en el contexto de un hospital general

Concepción Fernández Pol

Psicóloga clínica
CSM IV Oviedo

La relación médico-enfermo en la sociedad occidental ha poseído un carácter eminentemente paternalista cuyos orígenes se remontan a los escritos de Hipócrates, contextualizados en una cultura que utiliza el criterio naturalista para diferenciar el bien del mal y en donde “ethos” significa régimen de vida y alude a la normativación de la vida diaria y su orden natural. Esta conceptualización naturalista de la ética equipara lo “bueno,” “saludable” y “bello” con el orden natural y asimila lo “malo” con el desorden. En este contexto, la enfermedad es concebida como una propiedad antinatural que requiere explicación.

Una de las clasificaciones establecidas diferenciaba entre enfermedades “crónicas” y “agudas,” estas últimas de carácter religioso en la medida en que estaban producidas por algo superior al orden natural, surgían súbitamente y comprometían más la vida que las enfermedades crónicas, producidas por un desarreglo de las **mores** o costumbres y cuyo tratamiento consistiría en el uso adecuado y justo de cosas no naturales como la comida y la bebida. De esta clasificación se deriva una doble función por parte del médico: en razón del carácter reli-

gioso de las enfermedades agudas, éste se convertirá en un mediador entre el hombre y la divinidad; en razón del carácter inmoral de las enfermedades crónicas, el médico deberá, además, de actuar como un moralista. A la configuración del carácter sacerdotal y paternalista asociado a la medicina contribuyeron decisivamente dos corrientes de pensamiento: la categoría de hombre perfecto que Platón, en la *República*, concede a los gobernantes —a cuya clase social pertenece el médico— y que les faculta para imponer sus valores a sus súbditos, de categoría moral menor o inexistente; y, por otra parte, la afirmación de Aristóteles de que la enfermedad produce perturbación del juicio moral y pérdida de decisión prudente. Es así, en base a las diferentes posiciones ocupadas por el enfermo y por el médico, a la supuesta superioridad moral de éste y a su carisma (Khárisma), cómo se establece una relación paternalista que legitima al médico para ejercer su autoridad sobre el paciente. En esta relación basada en la desigualdad se espera del médico que actúe de acuerdo con el principio de beneficencia, que cuide al enfermo como si se tratase de un niño, procurando su bien incluso en contra de su

¹ En la tradición galénica se entendía por “cosas no naturales” aquellas que, no formando parte de la naturaleza intrínseca del cuerpo humano, podían ser posibles causas externas de enfermedad, constituir un importante pilar de la terapéutica y formar parte del esquema en el que se apoyaba la “dietética” o técnica de regular la vida humana desde la medicina. Dicha tradición las clasificaba en seis géneros distintos: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, excreciones y secreciones, y movimientos o afectos del alma.

² Ética a Nicómano, VI, 5:1,140b15-20

voluntad. Del enfermo se espera un papel complementario: el buen enfermo es aquel que sigue las pautas médicas sin cuestionarlas.

La medicina hipocrática se apoya en este principio de desigualdad que convierte a los médicos en sacerdotes que proporcionan simultáneamente ayuda técnica y ética y a los pacientes en incapacitados morales privados del poder de decisión sobre su enfermedad, siendo el **Juramento Hipocrático** el documento más representativo de esta actitud paternalista que repercutirá a lo largo de los siglos en la orientación que se le dará a la relación médico-enfermo y que tendrá importantes consecuencias en los criterios de transmisión de información.

Hemos dicho que para Platón sólo los gobernantes pueden imponer las normas a los demás e, incluso, transgredirlas. El médico también estaba legitimado para realizar la transgresión, pudiendo utilizar la mentira con fines terapéuticos, es decir, la ocultación de información sobre el diagnóstico y el pronóstico y la omisión de conformidad del enfermo en relación a determinadas actuaciones terapéuticas. Pero no parecen subyacer sólo criterios de beneficencia en la ocultación de información al paciente. En el escrito hipocrático *Sobre la decencia*, uno de los motivos por los que se aconseja ocultar información está en conexión con el mantenimiento del propio estatus profesional, la competitividad de otros colegas en este caso, como cuando aconseja al médico a que anime al enfermo, pero "sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual, pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración del pronóstico sobre su presente y futuro" y también con la preservación de la complementariedad de la relación, evitando que el enfermo posea la información que le permita formular una valoración crítica del tratamiento, tal como cuando aconseja al médico no "dar a los paganos más explicaciones de las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento".

Los criterios de información de la tradición hipocrática que exigen al enfermo obediencia incuestionable a las directrices médicas se mantuvieron a lo largo de los siglos.

Galeno, que en el siglo II actualizó la tradición hipocrática, consideraba que el médico es quien debe decidir lo que resulta conveniente para el enfermo. En los *Aforismos*, libro de texto en las escuelas y universidades a lo largo de los siglos, insistió en la conveniencia de gratificar al enfermo, pero sin permitirle opinar sobre el tratamiento médico. Con la llegada del cristianismo, la ética hipocrática paternalista-clerical fue confirmada y validada universalmente. Tras el descubrimiento de América, con la constatación de una sociedad distinta de la europea, se fue produciendo una primacía de lo singular frente a lo universal y una progresiva diferenciación del orden moral respecto al físico. Pensadores modernos, como Kant, empezaron a reivindicar una moral autónoma con respecto al orden de la naturaleza, exigiendo el deber de la veracidad, aplicable también al enfermo, incluso cuando derive en un perjuicio para los demás. La nueva corriente ideológica condujo a cambios políticos y sociales que se tradujeron en la sustitución de la dominación moral o carismática por una dominación de tipo legal o burocrático que dicta leyes y se hace cumplir. La medicina, al igual que otras instituciones, intentó hacerse con esta dominación a través de tácticas monopolistas. El Royal College Of Physicians de Londres consiguió dicho monopolio apoyándose en el paternalismo del "medicus gratus" de la tradición hipocrática, pasando el control colegial a denominarse "ética médica". Su orden normativo, el orden médico, lo constituyen los deberes del médico para consigo mismo, para con el enfermo y para con los demás. El modo idóneo en que estos deberes habrían de articularse fue indicado, entre otros, por Thomas Percival, para quien el "medicus gratus" se convierte en "medicus politicus" que se ocupará de los sentimientos, emociones y síntomas del paciente, al cual se le deberá decir la verdad excepto si se trata de una enfermedad grave, en cuyo

³ Kant, E: El deber del hombre para consigo mismo considerado únicamente como ser moral. Metafísica de las costumbres. Madrid, Tecnos, 1689; pp. 290-4.

caso será la familia la encargada de transmitirlo. Es decir, la información es considerada un privilegio del médico y no un derecho del enfermo. Los posteriores códigos nacionales de deontología médica asumieron y transcribieron el código de Percival, siendo mínimos los cambios introducidos.

La superación formal del paternalismo sólo pareció conseguirse en la revisión de los *Principles of Medical Ethics* de 1980, al reconocerse los derechos de los enfermos como criterio de ética médica cuando entraba en conflicto con la sociedad. En la incorporación de la nueva ética desempeñaron un papel importante los tribunales, pues a través suyo los enfermos empezaron a ver confirmados sus derechos a la información y a la elección autónoma sobre su salud, hasta entonces enajenada en poder del médico, impune en base al carácter benefactor de su profesión.

Nuestro país se unió también a este nuevo talante ético con la Ley 14/86, General de Sanidad, cuyo artículo décimo contiene, modificada, la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, entre los que figuran el derecho a la confidencialidad, a la información completa y continuada de todo lo relativo a su proceso, la libre determinación entre las opciones que presenta el médico, el informe médico escrito y el derecho a ciertas garantías sobre ensayos clínicos y experimentales.

Hemos revisado los antecedentes históricos de la relación médico-paciente. Hemos visto cómo, a nivel formal, se ha ido superando el paternalismo médico; cómo éste, progresivamente, ha sido sustituido por una nueva normativa bajo la cual subyace un talante autonomista, una nueva epistemología. Pero eso no significa que las "teorías"; que las normas actuales relativas a la transmisión de información médica vayan en sintonía con la "práctica," con lo que se está realizando en la actualidad. O esto, al menos, parece deducirse de la abundante bibliografía disponible en las principales publicaciones médicas, por una parte, y, por la otra, de los conflictos médico-

paciente que hacen referencia a insatisfacción informativa, sin obviarse los ecos que de estos conflictos llegan a las consultas de los CSM y, sobre todo, a los profesionales que se ocupan de realizar la Psiquiatría de Enlace en los Hospitales Generales. En estos conflictos, que muchas veces se expresan a través de cuadros psicopatológicos (depresión, cuadros de ansiedad, etc), la ausencia de información, la incongruencia informativa o la forma inadecuada de informar han desempeñado un papel importante tanto en la génesis como en la agudización o el mantenimiento de esa sintomatología psíquica que solicitan que valoremos y tratemos.

Durante los 14 años en los que trabajé como psicólogo adjunto al Servicio de Psiquiatría del Hospital Covadonga de Oviedo, en un importante porcentaje de las interconsultas que nos demandaban subyacían problemas concernientes a la transmisión de información —fuera ésta valorada como ausente, insuficiente, inadecuada o incongruente— o a los dilemas del derivante entre ocultar o revelar información y quién debe informar en estos casos, así como a los efectos producidos por la comunicación de "malas noticias".

En estas patologías asociadas a la información con las que los profesionales de la Salud Mental de un Hospital General se suelen encontrar —y en las cuales el demandante de la interconsulta, el tipo de dolencia somática y la alteración psicopatológica presentada por el paciente constituyen algunas de las principales variables a tener en cuenta— se podrían diferenciar:

1. Interconsultas demandando la supresión de las normales reacciones emocionales ante la irrupción de un grave problema de salud en donde al enfermo se le niega la posibilidad de que exprese sus emociones o de que realice el proceso de duelo, las fase de adaptación a la nueva situación planteada por la enfermedad. Este tipo de consultas en las que se psicologizan o psiquiatrizan procesos normales eran bastante frecuentes y en ocasiones

⁴ Chirurgie de Maître Henri de Mondeville. Traduction française par E. Nicaise. Paris, Felix Alcan, 1983, p.92. (Cit. Por Gracia, D. (1989). Fundamentos de Bioética, Madrid, p. 85).

estaban relacionadas con dificultades para comprender que en esas circunstancias lo "normal" es "reaccionar" y que el que un paciente esté más callado, triste o nervioso después de que una enfermedad haya irrumpido en su vida no significa necesariamente que padezca una depresión o un ataque de ansiedad que haya de silenciarse con psicofármacos o con intervenciones psicoterapéuticas de carácter "mágico". Pero, por otra parte, en esta demanda alarmada de atención psicológica ante el enfermo que reacciona, se apreciaba frecuentemente una negativa a hacerse cargo del malestar emocional del enfermo, una negativa a acompañarle en ese proceso de elaboración consecutivo a la emergencia de una enfermedad de pronóstico desfavorable, como si lo específico, lo exclusivo de la medicina fuera la escucha y lo otro -lo psíquico, la escucha, la interacción- fuese una tarea exclusiva del psicólogo.

2. Este rechazo hacia las reacciones emocionales -incluso hacia las que no son disfuncionales- estaba en la base de demandas en las que se intentaba delegar en los profesionales de la salud mental el deber de informar al enfermo, sobre todo cuando se refiere a las "malas noticias", tales como la pérdida de algún miembro o función. Unas veces, esta demanda se justificaba en base al presupuesto de que el enfermo presentaría una reacción emocional de la que el profesional de lo "psy" tendría que hacerse cargo. Este tipo de demandas indicaban frecuentemente una no superación del dualismo mente-cuerpo, por cuanto no reconocían como propio del rol del médico la comunicación con el enfermo de cuestiones relativas a su dolencia.
3. Estas reservas, estas dificultades -cuando no abierta negativa- para hacerse cargo del enfermo en su totalidad (si se le informa reacciona más y, por tanto requerirá más atención) se apreciaba también en las interconsultas con objeto de que se realizase "escucha" de algún paciente que, en

palabras del médico, "necesita que le escuchen"; "necesita hablar" o "es muy conflictivo"; calificativo éste último que suele dársele a algún paciente que demanda mucha información o que cuestiona los procedimientos médicos.

4. Interconsultas para valoración y tratamiento de alteraciones psicopatológicas en cuya génesis han tenido importante participación las patologías de la comunicación mostradas por los emisores de la información (subsistemas médico, sanitario, y/ o familiar, tales como mensajes contradictorios, descalificaciones mutuas o criterios discrepantes entre los distintos Servicios Médicos o entre los profesionales de diferentes categorías que intervienen en el proceso terapéutico del paciente, de forma que éste se ve confrontado a dilemas a la hora de optar o de confiar en un determinado tratamiento. Situaciones, éstas, que favorecen la pérdida de confianza en los profesionales que les atienden, así como mayor incertidumbre, abandono del tratamiento o realización incorrecta del mismo, la no asunción de su enfermedad y el estancamiento en la fase de negación o de cólera.
5. Interconsultas en las que se demanda "atención psicológica" con la finalidad de "prevenir", de "preparar" al enfermo para afrontar un problema de salud que afectará sustancialmente a su vida, pero del cual no ha sido informado y hasta puede desconocerse cuándo le informarán. Interconsultas que colocan al profesional de la salud mental en una situación paradójica por cuanto se le pide que trate los efectos perniciosos que esa información producirá a nivel psíquico, pero, al mismo tiempo, se sobreentiende o se le explicita (y aquí la familia suele presionar en el mismo sentido) que aún no ha llegado el momento de darle la mala noticia (secuelas física, pérdida de algún ser querido, etc).

El análisis de la demanda planteada a los profesionales de la salud mental en el Hospital General en el que trabajé desde 1983

hasta 1997, una etapa en la que se produjeron cambios importantes a nivel normativo y epistemológico, me ha permitido hipotetizar que, a pesar de la normativa vigente, los derechos de los pacientes están lejos de ser incorporados como criterio de ética médica. E indicios de estas dificultades para asumir un modelo autonomista en la relación médico-paciente fueron detectadas en el estudio que realicé en 1991 con una muestra de 490 pacientes, 298 familiares y 99 médicos del Hospital Central de Asturias (HCA) del cual pasó a formar parte el Hospital Covadonga tras el proceso de fusión con los otros centros hospitalarios del INSALUD y de la Comunidad Autónoma. Los resultados de este estudio, en el que se utilizó el cuestionario como instrumento de medida, indicaban:

- Los médicos, al igual que los familiares de los enfermos hospitalizados, tenían dificultades para asumir un modelo que incorpore los derechos de los pacientes como criterio de ética médica y dificultades para considerar como prioritarios el respeto a estos derechos, pues si bien la tendencia general apreciada era la de compartir la información entre el familiar y el paciente, el familiar y, en menor medida, el médico, se consideraban con más derecho a la información que el propio enfermo. Es decir, muchos médicos del HCA consideraban aún la información médica como un privilegio y no como un derecho.
- La información al enfermo sobre una enfermedad de pronóstico desfavorable constituye una de las principales dificultades con las que se encontraban los facultativos a la hora de llevar a cabo la labor informativa, siendo mayor la resistencia a informar cuanto menor era su competencia informativa.

Nueve años después de la realización de esta investigación sobre la transmisión de información médica en un Hospital General he podido constatar que persisten aún algunos de aquellos conflictos en torno al derecho a la información y a la forma en que ésta ha de efectuarse, así como para asumir una concepción de la salud que englobe elementos psíquicos y sociales: en

el curso que impartí en ese mismo hospital en noviembre de 2000 y en el que se abordó cómo mejorar la transmisión de información médica y cómo manejar los conflictos con los pacientes y las familias, existió confrontación entre los asistentes respecto a si resultaba pertinente decir o no la verdad al enfermo cuando estaban en juego “malas noticias” con respecto a la naturaleza y el pronóstico de una dolencia. Estas discrepancias relativas a cómo y cuánto ha de decirse a un paciente y que, en el caso que nos ocupa, se concretó en la información que habría de dársele a un lesionado medular que desconocía aún el alcance de su lesión, fueron mayores entre los médicos cuya edad se situaba por encima de los 45 años, en cuyas argumentaciones existían resonancias más o menos claras de una tradición paternalista en la que se recurría al principio de beneficencia como conjuro frente a los hipotéticos efectos perniciosos de una información que enfrentase al enfermo a los cambios, limitaciones y ajustes que implica la asunción de la situación impuesta por su discapacidad, como si el hecho de no realizar el envío y, por tanto, el acuse de recibo de dicha noticia fatal implicase que la dolencia y sus secuelas no hicieran acto de presencia en la vida del enfermo. Y frente a estas dificultades de algunos de los médicos para incorporar la ética autonomista, se encontraban otro grupo de médicos, jóvenes MIR fundamentalmente, conscientes de la conveniencia y del deber de informar, pero que reconocían su falta de habilidades para afrontar dicha tarea. Por otra parte, también se constataron algunos de los efectos que las diferentes epistemologías sobre la transmisión de información médica tenían sobre la forma en la que se articulaba la relación entre los médicos y otros profesionales de la salud (personal de enfermería, fisioterapeutas, técnicos, etc.) asistentes a dicho curso e implicados también en el cuidado del enfermo. Cómo la información puede constituir un elemento de poder bidireccional, cómo puede utilizarse por los diferentes implicados que detentan la información (en este caso, los médicos y el personal sanitario). Frente a una tradición histórica que postula una jerarquía, frente a unos antecedentes históricos que reservan al médico el “saber” y la capacidad de decidir quién debe y puede informar, nos encontramos,

en el actual momento histórico, con un cambio en la forma en la que se articulan las relaciones entre los facultativos y los restantes profesionales de la salud, unas relaciones que pugnan por ser menos jerárquicas y en las cuales la información –y su ausencia- pueden ser utilizados como arma arrojada entre esos profesionales de la salud, como descalificación mutua más o menos negada, pero siempre pernicioso y en la cual se arriesga que los enfermos pasen a ser instrumentalizados o, incluso, cuando no se les facilita desempeñar el papel de instigadores que buscan la coalición de alguno de los diferentes subsistemas del sistema de salud contra un tercer o tercer elemento a quienes se cuestiona e intenta invalidar. Conflictos estos, todos, en los que la suma es cero, conflictos en los que a la larga todos pierden.

En mi opinión, queda mucho por hacer para que la información médica ocupe el lugar que le corresponde dentro de la relación médico-paciente. Y eso requiere algo más que su regulación en una normativa; señalar que la nueva epistemología vinculada a esta normativa implica, entre otras cosas, una nueva conceptualización de la relación con el enfermo, así como el aprendizaje de unas habilidades que hasta el momento actual al médico sólo se le están presuponiendo, habilidades que le proporcionen elementos para recoger y analizar los feedback del paciente, así como para manejarse más óptimamente en la resolución de conflictos ante un enfermo convertido en usuario que en ocasiones le realiza demandas informativas incongruentes (sí información, no información) y que en cualquier momento puede demandarle legalmente, pudiendo reaccionar el médico de forma tal que, para evitarse problemas legales, cumple los aspectos formales del consentimiento informado, pero se obvian la individualización y humanización propios de este tipo de procedimientos, con las repercusiones negativas que esto conlleva para los diferentes implicados, así como para el deterioro de la relación médico-paciente. Y es que, sin que con ello quiera legitimar este tipo de procedimientos -lo que ha llegado a denominarse como “medicina defensiva”-, considero que, además de proporcionar al médico la forma-

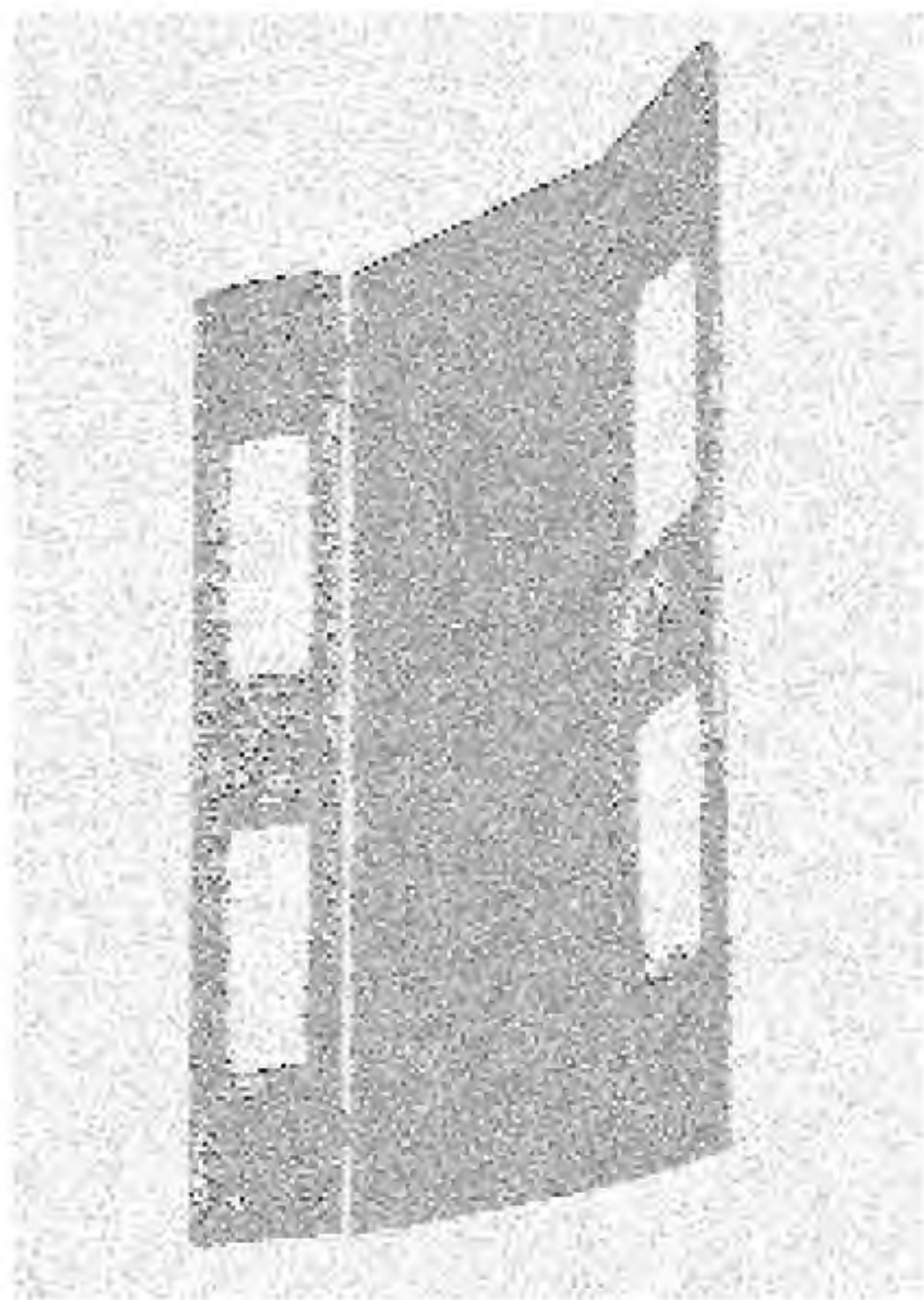
ción adecuada para efectuar la labor informativa de forma idónea, se ha de tener en cuenta que estas nuevas exigencias que se le plantean (asistencia, investigación, docencia, hacer “estadística”, etc.) y, dentro de la labor asistencial, la información continuada al paciente, algo indudablemente necesario, pero que hacerlo bien requiere tiempo, tiempo del que no siempre se dispone y que no siempre es debidamente cuantificado en los sistemas que evalúan el rendimiento profesional.

Decir, también, que queda mucho por hacer para superar la dicotomía, el reduccionismo mente-cuerpo que frecuentemente se concreta en una delimitación rígida -tanto por parte de los profesionales de lo “somático” como por parte de los profesionales de lo “psíquico”- en torno a lo que es nuestro quehacer, nuestra parcela de actuación, a los que son “nuestros” pacientes y los que son “sus” pacientes, riesgo también de que los profesionales de la salud mental caigamos en el error de ignorar lo somático, de no darle cabida -al igual que algunos médicos tienden a ignorar lo psíquico, lo emocional-. En este sentido, a mi suele resultarme muy útil recoger el feedback del paciente para ver cómo ha procesado la información, indagar acerca de la naturaleza de su dolencia, intervenciones quirúrgicas y fecha y duración de la hospitalización, qué información posee el enfermo sobre su enfermedad, quién se la ha proporcionado, cómo, cuándo, dónde y qué efectos (reacciones) le produjo, así como con quien la ha compartido o si se la ha reservado para sí mismo, qué pensamientos y sentimientos tuvo y si se sintió tratado adecuadamente. Esta información (lo dicho y lo omitido), lo que ha comprendido o retenido y los mitos y las fantasías que construye el enfermo sobre la forma en que la enfermedad va a afectar a su vida futura y la valoración de posibles sesgos en la información que dicen haber recibido. Todo ello, decía, me resulta de gran utilidad a la hora de conseguir que mi intervención tenga un efecto terapéutico. Por otra parte, y de forma paralela, considero necesaria la comunicación entre los profesionales de la salud mental y los profesionales de la medicina y de la enfermería acerca de la dolencia del enfermo y de su forma de comunicarse y de relacionarse. Este inter-

cambio de información facilita lecturas alternativas de lo que le está ocurriendo al enfermo así como el darnos cuenta de la forma inadvertida en que se cometen y cometemos “torpezas” en las que el enfermo queda “cosificado,” es decir, a la forma en que se les da una buena atención “técnica,” pero en donde más frecuentemente de lo que sería deseable, falla elemento “humano” que es posibilitado en gran medida a través de la comunicación (tanto verbal como no verbal), una comunicación en la cual se dé espacio para la escucha e, incluso, si así lo desea, para el silencio, pero no para la indiferencia.

Y doy por concluida esta exposición diciendo que queda mucho por hacer para que el modelo autonomista de salud constituya un juego en el que todos los implicados tengan ganancias. Concluyo este análisis consciente de que también queda mucho por hacer y por decir sobre la confidencia-

por hacer y por decir sobre la confidencialidad, sobre el consentimiento informado o sobre el papel jugado por los medios de comunicación y por las nuevas tecnologías de la información, cuyas páginas web convierten en expertos, a la misma velocidad con que dicho saber les llega por la “red,” a enfermos, familiares y asociaciones de usuarios que pueden discutir y cuestionar las medidas terapéuticas propuestas por los profesionales de la salud hasta el punto de arriesgar que en la relación médico-paciente, para evitar confrontaciones, se deleguen las responsabilidades y diluyan los límites, lo que podría conducir, en casos extremos, a una especie de una inversión jerárquica. Pero estas son ya otras historias que precisarían otras mesas redondas.



La evaluación desde la gestión

Álvaro Iruin Sanz

Médico

Servicio de Salud Mental Extrahospitalario de Gipuzkoa

Probablemente los términos “evaluación” y “gestión” son términos usuales en nuestra práctica clínica. Sin embargo, son muchas las acepciones que los mismos pueden tener siendo, por tanto, divergentes las respuestas que pueden darse. A fin de centrar mi exposición, adoptaré la “comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer” como significado de término evaluación, y la acción de “coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos” como el equivalente del término gestión.

De esta forma, intentaré enfocar mi exposición bajo el prisma de que la evaluación desde la gestión consistirá en “la comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer, con la finalidad de coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos”. Por tanto, dos aspectos serán necesarios para esta actividad: Medir y Motivar

Antecedentes

Antes de nada, considero necesario recordar algunas características básicas del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca; sistema que, en el año 1993, inicia una reforma profunda que define su configuración actual.

Así, es en 1997 cuando se promulga la ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (L.O.S), Ley que constituye la base de nuestro sistema y que presenta como característica diferencial primordial la separación entre el

organismo financiador de las prestaciones sanitarias (Departamento de Sanidad) y el organismo proveedor principal de las mismas (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud). Como en cualquier actividad empresarial, la relación entre ambos Organismos se establece mediante un Contrato-Programa que delimita los servicios que deben prestarse y los precios y mecanismos de pago de los mismos. Al mismo tiempo, establece aquellos estándares de calidad que el organismo financiador considera adecuados en la prestación a ofertar y que permitirán su control y revisión posterior.

En el caso de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, Organización de Servicios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud a la que represento en este momento, el primer Contrato-Programa se estableció en 1998 sobre la base de un modelo capitativo de financiación y con unos objetivos regulados mediante Indicadores, algunos de los cuales se presentan en la tabla 1. Esto nos obligó al establecimiento de un marco de seguimiento continuo de los datos de actividad, como primer paso, que permitiese mediante su devolución a los Centros asis-

Tabla 1. Indicadores contrato-programa 2000

1.	Demora media
2.	% de Derivaciones a Atención primaria
3.	Tasa de hospitalización
4.	Tasa de abandonos
5.	Nº medio de consultas/paciente/año
6.	Nº medio de pacientes atendidos / día
7.	% de pacientes sin diagnóstico tras 3 consultas
8.	Consentimiento Informado: Creación, Implantación
9.	% de reclamaciones SAPU contestadas en menos de 1 mes

tenciales la gestión de la actividad y su adecuación a lo contratado. Resulta obvio mencionar, al respecto, la importancia de un adecuado sistema de información.

Antes de entrar en la descripción de lo que considero una aplicación práctica de la evaluación a la gestión, quisiera detenerme un momento en el segundo aspecto básico para la consecución de objetivos en cualquier organización con trabajadores de alto nivel de cualificación profesional, y que no es otro que la motivación de los mismos. Clásicamente, se ha clasificado la Motivación en el trabajo en base a tres modelos diferenciales que se describen en la tabla 2 junto con sus incentivos característicos:

Tabla 2. Modelos de motivación

MODELO	ASPECTOS INCENTIVADORES
“Trabajo por el salario”	Relación entre trabajo (cantidad-calidad) y remuneración (por objetivos, productividad, etc.)
“Trabajo porque me gusta”	Desarrollo y reconocimiento profesional
“Trabajo porque se me considera importante”	Poder, “status social”, promoción jerárquica, etc.

La situación de la profesión médica en España, en el momento actual, no es probablemente la mejor para que la motivación pueda provenir del salario o del “status social” toda vez que ambos reconocimientos se encuentran a niveles muy inferiores a los que, en otro tiempo, se otorgó a nuestra profesión. Por tanto, probablemente es sobre la base de un alto nivel de profesionalidad como las or zaciones asistenciales pueden acometer diariamente su cometido, salvaguardando siempre un alto nivel de calidad.

En mi opinión, éste debe ser un aspecto a tener en cuenta de manera continua; siendo una necesidad para las Organizaciones el establecimiento de vías de participación y comunicación con los trabajadores que permitan fórmulas imaginativas en la búsqueda de vías de motivación y estímulo. Siempre bajo la idea clara de que el principal activo de las Organizaciones es su personal.

Un problema de gestión

Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa es una Organización de Servicios de

Osakidetza/Servicio Vasco de Salud cuyas características principales aparecen reflejadas en la tabla 3.

La evolución de la asistencia en los últimos años viene marcada por un fuerte incremento en cuanto al número de consultas hasta el año 1999, con una tendencia discreta a la estabilización en el último año. Los casos nuevos también presentan la misma tendencia, siendo en cambio los reinicios y los pacientes diferentes atendidos las variables que continúan incrementándose.

Por grupo diagnóstico, es el grupo englobado bajo el epígrafe Neurosis, que

engloba trastornos de ansiedad, trastornos depresivos no psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos adaptativos, etc., el que presenta un incremento más marcado en los cinco últimos años, con una deriva del sistema asistencial hacia patologías menos graves aunque largas en su evolución. Estos casos representan el 40% de los casos atendidos anualmente.

Tabla 3: Características básicas de Salud Mental Extrahospitalaria de Guipúzcoa

- Contrato-programa 2000: 869.460.000 pesetas
- Plantilla: 126 profesionales
- Tasas por 100.000 habitantes:
 - o Psiquiatras: 5.46
 - o Psicólogos: 2.59
 - o Enfermeras: 4.6
 - o Trabajador Social: 1.73
- Característica principal: Dispersión geográfica
 - 11 Centros de Salud Mental
 - 2 equipos de psiquiatría infanto-juvenil
 - 1 programa específico de Toxicomanías
 - 1 programa específico de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con 3 Unidades de atención
 - 1 Unidad de Rehabilitación Polivalente
 - 1 Unidad de Día
 - 5 Talleres Ocupacionales

Esta situación genera una situación de **sobrecarga asistencial** que dificulta la dispensación de una atención intensiva a los problemas más graves que, de alguna manera, está llevando a nuestras Organizaciones al colapso asistencial.

Es este, por tanto, el problema de gestión que se nos plantea tanto a clínicos como a gestores porque, en definitiva, es difícil separar la clínica de la gestión en una organización como la nuestra.

¿ Cuales son las explicaciones iniciales al porqué de este problema?

Como en todo, son varias las explicaciones posibles y, probablemente, la realidad se basa en una mezcla de las mismas. Las más frecuentemente expresadas por los diferentes profesionales son:

- Pérdida del “miedo al psiquiatra” por parte de la población
- Cambio en la denominación (de Asistencia Psiquiátrica a Salud Mental)
- Los médicos de cabecera derivan demasiados casos o con demasiada “facilidad”
- Una vez que el paciente es visto por el psiquiatra, se “fija” al CSM
- En caso de devolución a Atención Primaria, rápidamente se producirá un reinicio en el CSM. Por tanto, la derivación no tiene sentido dado que las dos primeras son más conceptuales, y nuestra capacidad para medir su impacto es mínima, nos centraremos en los otros tres conceptos y presentaremos aquí algunos datos obtenidos del análisis concreto de la situación en nuestro medio:

1. “ Los médicos de cabecera derivan demasiados casos o con demasiada facilidad “

En 1998, a la par que el Plan Estratégico del Ente Público Osakidetza, se elabora el primer Plan Estratégico de Salud Mental Extrahospitalaria. Dicho Plan recogía, entre sus líneas estratégicas el “trabajo conjunto con Atención Primaria,” a fin de hacer efectiva la continuidad de cuidados y la definición progresiva de las patologías a atender en cada nivel. Debemos tener en cuenta que a nivel global de la Organización, aproximadamente el 65% de los casos proceden de Atención Primaria. En consonancia con dicho planteamiento, se potenciaron las reuniones de trabajo entre los equipos de las áreas de influencia, incluyendo a las gerencias y las direcciones médicas en el seguimiento de las mismas.

En la zona de influencia del CSM de Rentería, que incluye los Centros de Salud y Ambulatorios de Lezo, Oiartzun, Pasajes Ancho, Pasajes San Juan, Pasajes S.Pedro, Rentería-Beraun y Rentería-Iztieta, se desarrolló un plan de formación impartido desde el Centro de Salud Mental y que incluía tanto aspectos teóricos sobre la base de los dos trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en Atención Primaria (ansiedad y depresión), como aspectos prácticos que pudiesen mejorar la relación diaria entre ambos niveles asistenciales.

Paralelamente al diseño y realización de dichos cursos se elaboró un protocolo de investigación, que recogía como uno de sus objetivos evaluar el patrón de cambio en las derivaciones de pacientes de Atención Primaria al Centro de Salud Mental antes (año 1998), durante (1999) y después de los programas específicos de formación

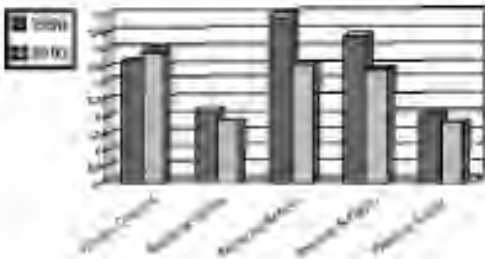
Tabla 4. Derivaciones totales de pacientes desde Atención Primaria

CENTRO	ASIGNACION	1998	1999	2000	VARIACIÓN 2000/1998
Rentería-Iztieta	Control (n=4)	57	75	63	+10.5
Rentería-Iztieta	Experimental (n=7)	60	65	50	-17.0
Rentería-Beraun	Experimental (n=8)	158	114	112	-29.1
Pasajes S.Pedro	Experimental (n=6)	103	78	80	-22.3
Pasajes Ancho	Experimental (n=4)	31	12	27	-12.9
Total Experimentales		352	269	269	-23.6

en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad

La tabla 4 recoge las derivaciones totales de pacientes desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental durante los años de estudio. Como puede verse, sólo en el grupo control han aumentado ligeramente las derivaciones (10.5%), mientras que en todos los grupos experimentales las derivaciones han disminuido en el año 2000 respecto del año 1998 (23.6%).

Fig. 1. Derivaciones médicas.



La figura 1 por su parte, recoge las derivaciones medias trimestrales de pacientes desde Atención Primaria al centro de Salud Mental durante los años de estudio. El tamaño del efecto entre el año 2000 y el año 1998 para los centros experimentales apunta hacia un cambio en el rango de pequeño a mediano (0.31), señalando claramente una disminución de las derivaciones. Por el contrario, dicho cambio es pequeño y en el sentido opuesto (aumento de las derivaciones) para el grupo control de Rentería-Iztieta (-0.15). El gráfico que recoge las derivaciones por grupo en el centro de Rentería-Iztieta señala un aspecto de particular importancia ya que las derivaciones medias son diferentes ya desde el momento del inicio del estudio según el grupo. Así, el grupo experimental ya derivaba menos en el año 1998 – previamente al desarrollo del curso de formación – y lo sigue haciendo a lo largo del período de estudio.

Pese a que el bajo tamaño de la muestra impide reflejar diferencias estadísticamente significativas, detectamos un hallazgo clínicamente significativo, cual es la disminución en las derivaciones de manera sistemática en todos los centros experimentales con una reducción aproximada del 24%. Debemos señalar también la existencia de otros aspectos que han resultado benefi-

ciosos para la continuidad de cuidados y que no han sido medidos en este estudio (satisfacción con la formación, tratamientos más adecuados, menor tiempo en espera de tratamiento por parte de los pacientes, etc.)

2:“ Una vez que el paciente es visto por el psiquiatra, se “fija” al Centro de Salud Mental “

En el año 1994 nuestra Organización llevó a cabo un estudio de análisis de la demanda cuyos resultados fueron coincidentes con lo señalado en la bibliografía en el sentido de que, aproximadamente, un 40% de los pacientes abandonaban el tratamiento entre la primera y la cuarta consulta.

Durante este año, hemos revisado un total de 180 casos diagnosticados de Esquizofrenia y Trastorno Paranoide según criterios CIE-9 que, a lo largo del segundo semestre del año 2000 habían perdido el contacto con nuestros Servicios, durante un período de tiempo superior a los seis meses. De ellos, el 96% había mantenido menos de 6 contactos en el Centro de Salud Mental y el 72% había tenido únicamente 1 ó 2 contactos.

Por tanto, al menos en trastornos mentales considerados paradigmáticos en cuanto a gravedad, nuestra capacidad de fidelización era más bien escasa.

3:“En caso de devolución del paciente a Atención primaria para seguimiento, rápidamente se producirá un reinicio en el Centro de Salud Mental”

Nuevamente establecimos un protocolo de investigación para conocer cuál había sido el destino final de los pacientes que, desde los CSM, habían sido derivados a Atención primaria para seguimiento y finalización del tratamiento. Para ello, seleccionamos los pacientes derivados entre Junio y Diciembre del año 1999, verificando su posterior entrada en la Red hasta Junio de 2001.

Los resultados, una vez más, volvieron a mostrar la diferencia con el pensamiento generalizado de los profesionales; toda vez que, únicamente el 30% de los casos volvían a Salud Mental en este período de tiempo. Como consecuencia de la medición ade-

cuada de los tres paradigmas mencionados y de su discusión en el ámbito adecuado (reuniones de Jefes de Centro), los profesionales han ido variando su concepto en cuanto a la posibilidad real de derivación de casos a Atención Primaria, que permita, secundariamente, la optimización del tiempo asistencial y el incremento del tiempo dedicado a patologías más graves. La figura 2 representa la evolución de los casos derivados a Atención Primaria en el período Enero-Setiembre de los 3 últimos años, observándose un incremento en torno al 60%.

Fig.2 Evolución de los casos derivados a Atención Primaria



La evaluación en salud mental: La evaluación como evolución

Ana-Esther Sánchez

Médico Psiquiatra

Evaluar es atribuir cierto valor a una cosa. Justipreciar, tasar, valorar, según el diccionario de Dra. M^a Moliner (1988). Para el DRAE (1992) es señalar el valor de una cosa. Estimar, apreciar, calcular el valor.

Evolución es un cambio gradual de algo en cierto sentido, en la conducta o en el pensamiento de alguien (Dra. M^a Moliner, 1988). Mudanza de conducta, de propósito o de actitud. Desarrollo o transformación de las ideas o teorías (DRAE, 1992).

Apuntamos estas definiciones de nuestros dos mas usados diccionarios para señalar que independientemente de las definiciones “técnicas” lo importante de la evaluación de los servicios es ese carácter que permite no sólo atribuir valor a algo; sino y eso va a ser su utilidad, ir a la vez permitiendo una transformación de las ideas, con el fin de conseguir cambios en las conductas y desarrollos en las teorías.

Desde el punto de vista teórico evaluar un servicio de Salud en sentido general supone medir la capacidad del servicio para llevar a cabo las tareas que se le han designado. Para la Asociación Americana de Salud Publica es “un método de determinación del valor o del grado de alcance de un objetivo determinado.” En la misma línea Sarraceno¹ comenta que “la actividad de evaluación consiste en una comparación entre aquellos que se hace y aquello que se debería hacer.” Y Víctor Aparicio² define la evaluación como “Un juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido, valorando los recursos utilizados y comparándola con otra actividad de objetivos similares o con una actividad que hemos considerado ideal.”

Características de la evaluación

De cualquiera de estas definiciones deducimos que la evaluación no es un medio en si misma, es un medio para un fin (mejorar la asistencia) y que la evaluación no puede concebirse aislada sino ligada al proceso de planificación. En eso se diferencia de la mera “gestión de recursos” y del “control calidad” (del producto final) aunque los engloba a ambos.

• Ligada a la Planificación.

Evaluar implica la existencia de planes previos donde los objetivos están explicitados en relación a los valores que persigue el sistema y exista definición de tareas y priorización.

• Soporte Material y Metodológico.

La puesta en marcha de políticas y/o programas de evaluación implica el desarrollo de sistemas de información (sea cual sea su complejidad) y la puesta en marcha de instrumentos operativos y metodología “ad hoc” que lo posibilite.

Cualquier política de evaluación implica la puesta en marcha de un sistema de monitorización para la recogida sistemática de datos. El registro de casos psiquiátrico es el sistema idóneo en psiquiatría comunitaria por las posibilidades que permite de información, si bien no es el único y la elección del sistema de información ira en relación a la información que nos interese recoger para la elaboración de las medidas que hemos acordado. Según el contenido de la medida elegiremos el sistema y la fuente de información.

• Elección de las medidas.

Decidir que instrumentos de medida son adecuados para cada nivel presupone haber contestado a la pregunta del “por-que” de la medida (distintos propósitos a cada nivel) y el “para que” (pertinencia en relación a cerrar el ciclo de la evaluación y el feed-back de la planificación). La propia medida debe ser evaluada: las medidas elegidas deben tener unos atributos científicos; el grado de complejidad adecuado y desde luego deben poder ser comparables. En salud mental comunitaria es importante combinar indicadores cuantitativos y cualitativos.

• Cierre del Ciclo.

Los datos obtenidos deben ser transformados en información mediante la discusión y la contextualización cara al establecimiento de estrategias futuras. Esta información más completa y amplia debe ser útil, tanto para el establecimiento de las políticas de salud como de las de las decisiones en los servicios clínicos.

Motivos para la evaluación

• **Legales-éticos:** Las diferentes políticas sanitarias ya incorporan sus criterios y requerimientos legales. Existen también motivos de índole puramente defensivos o de seguridad profesional; pero existen motivos éticos de orden social y también deontológicos que cada día van a adquirir mas trascendencia.

Los servicios públicos sanitarios pueden y deben ser fiscalizados por los ciudadanos.

• **Económicos:** Que si bien han sido los mas denostados, también es cierto que han sido las medidas mas desarrolladas y precozmente implantadas por los gestores con criterios de eficiencia. Hoy en día en la situación de crisis del estado de bienestar, por razones de simple equidad, ningún “clínico” puede ignorar la evaluación económica en sus intervenciones. Es importante sin embargo; señalar que los costes sirven para la distribución y asignación de recursos pero no para ver la adecuación de estos a las necesidades. Como ya ha sido señalado,³ focalizar solo en el

mercado en vez de en la atención conduce en ocasiones a que las decisiones de tipo “clínico” no sean tomadas por el personal cualificado.

• **Clínicos:** De siempre los clínicos han realizado una auto evaluación o de manera “amateur” han querido saber de la utilidad y eficacia de las intervenciones y tratamientos que aplicaban, preocupándose por la calidad científico técnica de sus intervenciones. Hoy con el enfoque de medicina basada en la evidencia esto cobra un auge espectacular a la vez que se gana en rigor metodológico. De hecho podemos ver la evaluación de la atención en salud mental como una balanza (Imagen 1) donde en un platillo estarían los motivos económicos (la lógica de la gestión) en el otro los científico-clínicos (lógica de los cuidados) y lo que mantendría un equilibrio que no pusiese el acento ni en lo economicista “duro” ni en lo clínico “puro” serian precisamente esos aspectos ético-legales que tienen que ver con lo social. Donde la ideología de la atención no sea desplazada por la ideología del mercado sino que exista un cierto equilibrio que permita redefinir la gestión de la atención en términos biopsicosociales. El espacio de la evaluación de los servicios sanitarios en general y de la salud mental en concreto es ese espacio donde confluye la calidad económica, la calidad científico-técnica y la calidad social.⁴

La evaluación en salud mental

La evaluación en salud mental comienza a aparecer ligada a los fenómenos de desinstitutionalización. Los primeros trabajos aparecen como necesidad de justificación

Imagen 1. Evaluación de la atención en salud mental



de la bonanza de los mismos y para evaluar comparativamente el modelo comunitario. Posteriormente adquiere auge con la implantación de los servicios de salud comunitaria con su nueva conceptualización y con la integración en el sistema de la salud general con más larga tradición en este campo.

Históricamente se liga al cuestionamiento del estado de bienestar y a las políticas de economía de la salud con la importancia que toman los temas de "priorización" y gestión de recursos, pero también se enmarca en el fuerte arraigo y defensa de los Derechos Humanos junto a la creciente concienciación de los Derechos de los Usuarios y su satisfacción. (Tabla 1)

Tabla 1. HITOS EN LA EVALUACION EN SALUD MENTAL

- Fenómenos de Desinstitucionalización
- Implantación Conceptos de Salud Comunitaria
- Integración Servicios de Salud General
- Cuestionamiento del Estado de Bienestar
- Políticas de Economía de la Salud
- Arraigo de los Derechos Humanos
- Concienciación de los Derechos de los Usuarios

Pineault⁵ decía "...Las elecciones metodológicas en evaluación no son irrelevantes y se sustentan en orientaciones paradigmáticas subyacentes con importantes consecuencias futuras..."

Por eso es de capital importancia la estrategia de la medida o lo que significa dar respuesta a las siguientes preguntas:

1-¿Qué contenido medir? Esto es una opción y tanto es así que no deberíamos seguir hablando de evaluación en SM si no de estrategias de evaluación SM que pueden diferir entre sí. Esta opción será diferente según hacia donde se incline la balanza o el grado de consenso adoptado porque las prioridades de los clientes, de los profesionales y de los proveedores se sabe que no son las mismas.⁶

2-¿Cómo medirlo? Es decir que modalidades de la medida vamos a implementar porque nos sean factibles con el sistema de información elegido y además pertinentes a la elección previa.

3- ¿Qué características debe cumplir la medida? Elegiremos medidas por ámbitos de actuación, por tipología de servicios, etc. según el nivel de evaluación en el que nos movamos

La calidad de las medidas elegidas tiene que ver con sus atributos científicos (practicabilidad, objetividad, sensibilidad, reabilidad, etc.) y con el grado en que recogen la complejidad en salud mental combinando indicadores clínicos y sociales. Otro aspecto importante que no debe ser olvidado además de esta calidad científica es la aceptabilidad social de la medida.

El paso a la psiquiatría comunitaria introduce la complejidad: en los modelos teóricos, en los equipos, en las intervenciones, en la organización y también en la evaluación. Introduce lo multidimensional que tendrá reflejarse en la medida y a su vez la complejiza.

Es obvio que en la evaluación de los servicios de salud mental comunitaria aspectos del "background" conceptual sobre lo que es la salud mental; que es la enfermedad mental; etc., en lo que además no existe ni una unanimidad ni teórica ni instrumental, va a tener sin embargo consecuencias en el terreno de la atención, de la práctica asistencial y de la valoración de las necesidades.

La multifactorialidad del proceso de la enfermedad mental, la variabilidad de los agentes que intervienen, etc. hace que existan serias limitaciones en las evidencias científicas que van a traducirse en las políticas de evaluación, añadido al hecho de que a veces no existe entre los profesionales un consenso sobre que considerar estándares de buena práctica.

A estas dificultades propias de la evaluación en salud mental se añaden muchas otras que tienen que ver con las dificultades del consenso sobre que aspectos evaluar, consenso a veces difícil entre gestores y clínicos, pero también entre los diferentes profesionales de un equipo multidisciplinar.

Por otro lado cuando se valora tanto la satisfacción del cliente externo, habría que empezar pensar como estimular la satisfacción de los profesionales y la incentivación en este campo, en cuanto a disponibilidad, valoraciones curriculares, etc. cuando lo que prima en las revistas de impacto no son este tipo de cuestiones ni siquiera

planteadas como investigación. Con todo este tipo de dificultades (Tabla 2) se deberán hacer esfuerzos organizativos, de incentivos y presupuestarios que las contrarrestasen y tuvieran un efecto sumativo e innovador.

Evaluar el cambio es cambiar la evaluación, necesitamos escoger que modelo de evaluación es apropiado a la nueva situación, supone cambiar las evaluaciones. Podemos concluir que un modelo de evaluación en salud mental (y no solo en salud mental) que sirva para mirar hacia un futuro mejor deberá plantearse ¿hacia qué tipo de futuro queremos ir? ¿Cuál es la actual situación cara hacia ese futuro? ¿Qué podemos hacer para caminar de desde este estado presente hacia ese futuro?

Cada una de estas preguntas no puede ser considerada aisladamente de las otras y por eso podemos decir que un nuevo modelo de evaluación debe de cumplir unos requisitos (tabla 3) que permitan encarar ese futuro.

Tabla 2. DIFICULTADES EN LA EVALUACION DE S. MENTAL

•	Conceptuales
•	Científicas
•	Metodológicas y técnicas
•	De Objetivos (consenso)
•	Personales y profesionales
•	Organizativas
•	Presupuestarias

Como decíamos al principio supone un juicio de valor que nosotros hemos establecido previamente, eligiendo los criterios que posteriormente vamos a operar y adoptar unas medidas como instrumentos que permiten traducir esos valores y objetivos marcados. Esta valoración se establece previamente en contextos reales de atención (de población y de recursos) y en eso se diferencia de la investigación. Es importante recalcar que no es investigación. Muchas veces en diseños de programas de evaluación se hacen análisis estadísticos y diseños experimentales que se dirigen mas a informar sobre la capacidad de investigador y/o su competencia técnica en este terreno que sobre su apreciación de la realidad clínica a la que no aportan nada por no poder ser aplicables en contextos reales, bien por la complejidad metodol

gica o bien por los costes económicos intolerables que llevaría su generalización en el entorno asistencial.

Debe ser consensuada para que realmente pueda ser formativa e innovadora. Los objetivos se consensuan no solo para vencer resistencias, lo cual es positivo, pero también para ir creando una cultura de calidad, ir modificando la de la organización y para establecer ámbitos de participación que se conviertan en ámbitos de convergencia o sinergia.

Existe la necesidad cada vez mayor de apostar por marcos multidimensionales de referencia ética. Como ha señalado Heitman⁸ existen una serie de principios éticos (respeto a la autonomía del paciente, y principio de beneficencia) que pueden ser entendidos como medias que mejoran la salud mental de los pacientes individualmente y pueden ser definidos como "Beneficios Éticos". De la misma manera podemos empezara hablar no solo de costes económicos sino también de "Costes Éticos" que serian los efectos secundarios de la violación de estos principios

Estos marcos de referencia éticos aportarían un nuevo equilibrio a la balanza y tendrían que tener en cuenta que la asimetría en la información va contra la equidad y en el momento actual es importante contemplar la equidad en la participación (no todos los grupos de presión, todas las asociaciones, y/o todos los usuarios disponen de la misma información y por lo tanto no esta asegurada la equidad de participación ni el poder de decisión sobre la distribución de recursos).

Tabla 3. REQUISITOS PARA LA EVALUACION EN S. MENTAL

•	Contextualizada
•	Multiaxial y Multidimensional
•	Pertinente y Disponible
•	Continua y Sistemática
•	Multidisciplinar y Consensuada
•	Dinámica y Orientadora

Thornicroft y Tansella⁹ plantean que la investigación en servicios de salud mental continua usando las medidas de resultados que están disponibles en vez de desarrollar las que sean importantes Ellos proponen un nuevo método de evaluación ética basado en 5 pasos (tabla 4) definiendo un "set" de principios éticos que deben ser opera-

cionalizados y validados como medidas de resultado.

El modelo que ellos definen esta formado por un conjunto de nueve principios (Tabla 5), en la línea precozmente defendida por Maxwell¹⁰ de que la calidad no puede ser reducida a una única medida y deben contemplarse varias dimensiones. Denominan a este set de principios "Los tres 3 Ases" y desarrollan un modelo matricial para la evaluación de servicios de salud mental comunitaria¹¹ tanto en su dimensión geográfica (nivel regional, de área, e individual de pacientes) como en su dimensión temporal (nivel de estructura, de proceso, de resultado) y sirve tanto a fines de descripción de servicios (para la comparación); como de planificación; clínicos.

Tabla 4. PASOS PARA UNA EVALUACION ETICA

1-Seleccionar los principios éticos relevantes
2-Definir esos principios
3-Validar esas definiciones
4-Operativizarlos en medidas de resultado
5-Usar esas medidas

Tabla 5. PRINCIPIOS ETICOS EN S.M. COMUNITARIA

• Autonomía
• Continuidad
• Efectividad
• Accesibilidad
• Globalidad
• Equidad
• Responsabilidad (Toma a cargo)•
• Coordinación
• Eficiencia

Apostar por este u otros modelos similares de evaluación ética permitiría los cambios que a fin de cuentas es el último objetivo en cualquier estrategia de evaluación o lo que es lo mismo tal como titulábamos la presentación que la evaluación suponga una auténtica evolución.

Para terminar la cuestión de la evaluación; hoy en día no es un problema de instrumentos (metodológica) sino de opciones. No tanto de gestión como de políticas sanitarias, no de gestores sino de políticos que tomen opciones y las ejecuten, que tomen opciones y tengan en cuenta valores éticos y no solo de filosofía de mercado, que tomen opciones siendo competentes en su trabajo como los profesionales intentan serlo.

• Aunque la traducción literal del término "accountability" sería responsabilidad, la definición que los autores dan de él como "a function which consists of complex, dynamic relationship between mental health services and patients, their families and the wider public, who all have legitimate expectations of how the service should act responsibly" hace a mi juicio que la palabra responsabilidad no recoja todos los matices y quizás habría que recuperar aquí el clásico término francés de "Toma a Cargo": Thornicroft & Tansella (1999). Opus cit nº II: pag 137-138



Bibliografía:

1. Saraceno, B. y col. (1992): Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Rev AEN*, XII, 40,3-8.
2. Aparicio, V. (1993): Evaluación de los servicios de salud: Conceptos y componentes” en V Aparicio comp: *Evaluación de servicios de Salud Mental*. Edic. AEN. Madrid .
3. Bachard, L. (1996): Managed Care III: Whose bussiness is patient care. *Psychiatric Services* ,47 (6):567-576
4. Sanchez, A.E. & Iglesias, C. (1993): “La unidad de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, su evaluación” en: V Aparicio comp” *Evaluación de servicios de Salud Mental*. Edic. AEN. Madrid..
5. Pineault, R. y Daveluy, C. (2000): La Planificación sanitaria. Masson. Barcelona
6. Hoof, F.V. y col. Community care: Exploring the priorities of clientes, mental health professionals and community providers. *International Jour Soc Psydiatry*, 46,3:208-219.
7. Baca Baldomero, E. (1995): El concepto de salud mental; notas para un análisis del estado de la cuestión. *Arch Neu - roBiología*, 58,4:341-349
8. Heitman, E. (1998): Ethical issues in technology assesment. Conceptual categories an procedural considerations. *Int J Thecni Assess.*, 14, : 544-566
9. Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999): Translating ethical principles into ooutcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, : 761-767
10. Maxwell, R. J. (1984): Quality assessmente in health. *British Medical Journal*, 288:1470-1472.
11. Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999): *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge Univ Press.

Psicóticos en el geriátrico

Guillermo Rendueles

Médico Psiquiatra
CSM IV Gijón. Profesor de UNED

Planificar como debe ser la asistencia psiquiátrica tiene algo de profecía: debemos reformar esto o aquello porque en el futuro las necesidades de la población van a evolucionar en el sentido que yo afirmo: para heroinómanos por ejemplo, servicios de atención psiquiátrica de corta duración y preveo la no cronicidad de la adicción e integrados en la comunidad (previsión de integración social).

Recientemente el Profesor Amando De Miguel¹ ha ganado el más importante premio de ensayo de Asturias con un texto sobre las profecías científicas, históricas o sociológicas que no se cumplieron. Profetizar con acierto es lo específico de la ciencia: Einstein “acertó” el comportamiento de la luz en un eclipse que se produjo unos años después de formular su teoría sobre la relatividad. Pero en la historia desde Popper² es incluso cuestionable que el intento de obtener leyes o tendencias sobre el comportamiento de los grupos humanos no sea una estratagema del déspota para imponer un camino de sumisión a las gentes.

El discurso del amo moderno encarnado en el político o el gerente –frente al déspota que dirige la historia por su voluntad benevolente- siempre parte de esa saber sobre las necesidades de las poblaciones y la dirección del futuro de la sociedad.

La moderna gobernabilidad -nos enseña Foucault-³ siempre parte de unas “ciencias” que convierten al amo en sabio filantropo: como sé, -historia-economía-sociología-encuestas-, que en el futuro las gentes se las arreglarán sin psiquiátricos y con pocos psi determino un plan de asistencia con camas escasas y dispositivos asistenciales basados en tomas a carga de pacientes limitadas en el tiempo pues nadie va depender de por vida de la red psiquiátrica. Cuando las poblaciones piden asilos y guías psi que tutelen sus vidas desde el

nacimiento hasta la muerte, la falsedad de la profecía no se acepta y se modifican los detalles para mantener la verdad de la teoría y la corrección del plan.

En ese sentido, el mantenimiento de retóricas reformistas o comunitarias en asistencia psiquiátrica en tiempos del individualismo egoísta que como los presentes convierten a cada usuario en un “free reader”, en un gorrón que busca satisfacer sus deseos de asistencia psiquiátrica para pequeñas quejas sin importarle el psicótico que espera tratamiento para sus graves trastornos, tiene todo el patetismo de la rigidez cognitiva de los grupos religiosos que anunciaron el fin del mundo para el año 2.000 y cuando no se produjo continuaron su culto porque fue gracias sus oraciones las que evitaron el Apocalipsis.

Señala De Miguel en el libro ya reseñado que de entre todas las profecías sociológicas, las que equivocaron las tendencias hacia crecimientos o disminución de poblaciones son las más catastróficas para los gobernados o valdría decir “planificados” que las sufren. Si alguien como Leguina que reúne la doble condición de amo, -presidente de la Comunidad de Madrid-, y sabio –profesor de geografía de poblaciones- anticipa que la población de la capital debe dejar de crecer o aún disminuir y planifica los servicios públicos en ese sentido mientras la población de Madrid se duplica en una decena de años, su falsa predicción desorganiza toda la vida social para un

largo periodo de tiempo.

En la asistencia psiquiátrica española la deriva de la población hacia tasas de envejecimientos inverosímiles en los años 70 ha ocasionado una catástrofe similar: un modelo de asistencia planificado para jóvenes que tras una psicoterapia breve lograrían vivir de forma autónoma se ve desbordada por unas demandas que desde la toxicomania a la neurosis y no digamos a las psicosis se cronifica y envejece en el interior del sistema de cuidados del que no sale mas que “con los pies por delante” como me decía un paciente al que trataba de dar de alta.

La Vejez de una Ilusión

Por ejemplificar la catástrofe del envejecimiento nada mejor que el caso asturiano. En Asturias la deriva de la población en este territorio indica que antes de 10 años menos de 1 millón de habitantes⁴ serán los gobernables por un pomposo gobierno que ejercerá su autoridad sobre una población similar a la que tutela el concejal de algún populoso barrio de Barcelona.

El 30 por ciento de esa Población Asturiana será mayor de 65 años y el Índice de Vejez en algunas comarcas asturianas superara el 3 (300 personas mayores de 65 por cada 60 personas menores de 20 años). Esa tasa de envejecimiento es cuatro veces superior a la media nacional y si se une al dato de que Asturias tiene el menor índice de fecundidad de Europa dibuja un mapa poblacional terrorífico a diez años vista con una población de menos de un millón de habitantes viejos y pensionistas.

Frente a esa realidad toda la reflexión psiquiátrica reformista tuvo como centro -tanto a nivel psicopatológico como institucional- la teoría del joven esquizofrénico institucionalizado. El modelo que da pie a todas las practicas reformistas en salud mental se basan en la consideración de que tanto la expresión de la psicosis en su fase aguda como la cronicidad hacia el defecto son falsas realidades -son el Doble de la Enfermedad Mental que decía Bassaglia⁵- provocada por la asignación de una pseudoidentidad de loco y un tratamiento maniomial que recrea como las conductas animales en el zoológico, un rol de enfermo mental con unos pasos de carrera que planifican el futuro en función de la etiqueta

diagnostica. Etiqueta que es una pseudo-enfermedad que determina el futuro del psicótico no tanto como evolución natural de la enfermedad mental sino como “el doble de la enfermedad” asignado por esa lógica de la exclusión.

De ahí que el centro teórico de la psicopatología clásica -el Defecto psicótico⁶- lejos de ser el resultado natural del deterioro de la enfermedad, sea el resultado de la pobreza de la institución de tratamiento que lejos de curar los síntomas negativos los crea.

Tampoco la sintomatología positiva es para la teoría antipsiquiátrica- siempre latente en los modelos de practica reformista -el producto de la fase aguda de una enfermedad-, sino la mezcla de un fracaso en el proceso de desarrollo de la autonomía juvenil. Fracaso rotulado como psicosis en base a la colisión de la familia con las instituciones psiquiátricas totales para confundir el deseo de libertad del joven mistificando la comunicación (doble vinculo, falseamiento de la experiencia juvenil) y justificando la micro violencia cotidiana en la familia como normalidad con la necesidad de conformismo social (rotulando como enfermedad las desobediencias familiares o sociales).

El manicomio como institución a destruir en los años 70, no era en el ámbito epistemológico sino el paréntesis que había que abrir en unos textos sobre la locura que nunca se había conocido como tal sino encerrada en un discurso satélite al manicomio. Sabríamos de la enfermedad mental una vez se pudiese manifestar sin esa estructura que la había secuestrado, sin permitir nunca conocer como era una locura real fuera de aquellas instituciones que creaban etiquetas de catatonias o furias al ser confinadas en pabellones para furiosos o catatónicos.

En idéntico sentido la reflexión psiquiátrica de esos años sobre la familia, el mundo del trabajo o la sociedad giraba en torno al análisis de sus papeles en la génesis de las actuales formas de locura y recepción post-manicomial del joven psicótico.

Los análisis de las familias patológicas de esos años con sus figuras estáticas de las madres o padres esquizofrenogenos trataban de explicar la relación del pensamiento auto referencial o sobre inclusivo del joven psicótico con la crianza bajo el influ-

jo de una madre que piensa tener un bebe mágico en torno al cual gira el mundo y que por tanto debe observar lo que ocurre como si fuese el centro de ese mundo.

O el contagio directo de la paranoia por un padre realmente perseguidor que confirma al futuro psicótico que el mundo es un lugar peligroso ante el que toda vigilancia es poca. En el mismo sentido la mixtificación de la experiencia real -tu madre sabe que tu tienes sueño y aunque tú no lo sientas así debes irte a la cama- con el doble vínculo y todas patologías que entonces parecían hacer comprensible un mundo que el viejo pensamiento psicopatológico definía por oposición como explicable.

La Cronicidad por ello era un pseudo concepto producto en general del abandono socio-familiar del loco y de la pereza intelectual de los psiquiatras. El amor al manicomio, el mantenimiento de su necesidad suponía mantener el dogma de la complementariedad de una institución conflictiva y asilar con una personalidad defectuada e incapaz de interactuar en la sociedad real definida precisamente por la necesidad de resolver interacciones conflictivas continuadas.

La profecía reformista sobre lo social -lo comunitario- partía de concebirlo como un espacio lleno de redes sociales en las que una vez limpiadas de prejuicios contra la enfermedad mental, el psicótico sería acogido, aceptando sus diferencias o rarezas en un clima de tolerancia y protección donde los "terapeutas silvestres" serían la norma frente a la exclusión manicomial.

El mundo del trabajo sería de nuevo una estructura acogedora del diferente, que articularía el tiempo cotidiano del psicótico logrando la realización de objetos intermedios que de nuevo abrirían grupos sindicales o de vida que soportarían al psicótico de forma solidaria.

Versión rosa del destino de las personas dadas de alta en las instituciones psiquiátricas o de los diferentes que gracias a la desinstitucionalización no llegan a ingresar y de su integración social que se pueden ver reflejadas en algunas películas de la época como *Locos a Desatar*.

Nada de ese programa se cumplió: la precariedad del trabajo, la sociedad de los individuos o la familia de afinidad sustituyó a los viejos sueños.

Para acabar de frustrar el viejo sueño la

deriva poblacional hace que el problema relevante de los tratamientos psiquiátricos en Asturias sea la vejez.

Vejez como envejecimiento de los pacientes psicótico y vejez como reclutadora de nuevos pacientes hace que el programa epistemológico psiquiátrico deba cambiar para adaptarse al análisis de la enfermedad mental en la vejez, asumiendo de nuevo la doble cara de lo psicopatológico y lo institucional de esta nueva realidad.

Nueva realidad tanto mas manifiesta como la disminución sobre la incidencia administrativa de la Esquizofrenia en Asturias que los análisis que Celso Iglesias⁷ acaban de demostrar y como la practica diaria no hacen sino reflejar: en los Centros de Salud Mental las hojas de actividades muestran la disminución del tiempo dedicado a los casos de esquizofrenia frente a la inundación de peticiones de tratamientos de todo tipo de patologías menores que consumen la mayor parte del tiempo de trabajo psiquiátrico.

En cifras concretas durante el año 1999 acudieron a algún centro de salud mental en Asturias 32.000 pacientes, cuatro veces más que hace 15 años pero 100 psicóticos menos.

Respecto al tipo de asistencia dispensado en 1999 Asturias llega casi a consumir un millón de envases de algún psicotropo por año. Dos ansiolíticos menores ocupan el segundo y tercer puesto de las prescripciones sanitarias solo superadas por el gelocatil. De la inocencia del planificador para intuir y aceptar que la demanda de fármacos era el centro de la asistencia en Salud Mental da cuenta la proporción de personal en los equipos de salud mental que pueden o no recetar, siempre triplicada o cuadruplicada a favor del gremio prescriptor.

Cronicidad Psicótica en la Vejez

Los años 70 recogieron los trabajos dirigidos por Muller en Suiza⁸ sobre una Psicogeriatría muy influida por los modelos asistenciales del sector. Dichos programas de asistencia dotados de unos medios económicos casi ilimitados ofrecían una cobertura absoluta de la población de los prósperos cantones de los años 70 y un ambiente de investigación que permitía reuniones con familiares traídos desde la emigración para comprobar alguna hipóte-

sis de Mara Selvinni

El programa epistemológico que Muller propone de cara a la relación Esquizofrenia -Vejez se esquematiza en los siguientes esquemas .

El primero se refiere al Debut de cuadros psicóticos en la vejez que no llegarían al 10% de la población de psicóticos atendidos en Suiza y a los que se llegarían por

- a) Psicosis Tardías: cuadros delirante –alucinatorios sin ningún antecedente previo (2%).
- b) Depresiones Involutivos o Cuadros Afectivos Tardíos: en propiedad escasa y con un diagnostico poco claro(3%).
- c) Demencias de Inicio Confuso con sintomatología depresiva o psicótica pero que evolucionaban hacia el defecto senil (5%).

Respecto al problema de si los defectos esquizofrénicos y seniles se suman o por el contrario el autismo psicótico es una especie de protector contra el deterioro normal de la edad los resultados de Muller son inequívocos:

- 1) La vejez aumente el defecto cognitivo sumando un cuadro de amnesia –apraxia-agnosia al defecto atencional– ejecutivo de la psicosis.
- 2) La vejez empeora el autismo y el defecto afectivo psicótico aumentando el déficit en control de impulsos y la incontinencia afectiva.

Frente a los síntomas negativos la evaluación de los síntomas positivos es mucho más optimista: la practica totalidad de esquizofrénicos viejos podían disminuir sin reactivación sintomática las tasas de neuróticos que no influyan demasiado en las posibles líneas evolutivas:

- a) Disolución del delirio con persistencia de temple o humor delirante.
- b) Banalización del Delirio: las alucinaciones o las ideas delirantes no influyen en la conducta del paciente.
- c) Cambio del Delirio Paranoide al Delirio Nihilista.
- d) Compensación del delirio
- e) Extensión del delirio y encierro en Mutismos mas o menos agresivos.

Si la experiencia Suiza es aprovechable y

los datos clínicos en nuestras consultas sobre psicótico viejos así lo indican tendremos por delante unas necesidades que exigen un programa de atención que prolongara con mas de lo mismo la situación actual. Si la psicosis se subsume como deterioro natural de la edad incluíble en las demencias y los síntomas positivos se compensan o no empeoran el reclutamiento de pacientes viejos vendrá de los campos de la psiquiatría menor.

Trastornos psicossomáticos que son rechazados como funcionales, trastornos del malvivir en soledad o en mala compañía, subdepresiones, hipocondriasis que reproducirán en el consultorio psiquiátrico el horror de esa conversación del viejo que cuenta como heroicidades sus achaques: mi intestino funciona hoy pero no mi riñón, duermo a deshora, aguante tal enfermedad a pesar del maltrato medico o la gravedad del mismo.

La vejez y el asilo

La salida de psicóticos de los manicomios hacia un lugar en ninguna parte llamado comunidad ha generado en algunos casos en que la familia no aceptaba el cuidado, un destino bien funesto: recalar a vivir en esos nuevos territorios de exclusión llamados residencia geriátricas o hogares para la tercera edad, que como hongos crecen sin control en cada rincón ciudadano o campesino donde la codicia sugiera que la tutela es un buen objeto de ganancia.

Nuevos filones de empleo que se dice en jerga postmoderna para designar la profesionalización de las viejas tareas de cuidado familiar y no mercenario. Dificultades de relación del psicótico con padres económicamente pudientes, ausencia de familia con el suficiente entusiasmo para tolerar rarezas de comportamiento, falta de tiempo de grupos familiares que no dudan en enviar al asilo a sus padres sanos si dificultan la trepa social, son los itinerarios habituales que hacen ver que el psicótico debidamente sedado, con el apoyo de la red publica y la posibilidad de ingreso en las unidades de agudos si se producen recaídas, también puede ser un buen cliente de estas Residencias que pueden así ampliar un mercado que aun floreciente por las pirámides de población ya comentadas, conviene diversificar y ampliar en lo posi-

ble con esta clientela rechazada por el manicomio.

El internamiento del psicótico en esas instituciones de viejos convierte al esquizofrénico en una especie de Aristocracia Asilar semejante a la que en los antiguos manicmios formaban los alcohólicos. Aristocracia de un grupo de internos con un poder y unos recursos muy superiores al de los aislados ancianos que los convierte en fáciles víctimas que por ejemplo se evidencian en algunos casos en los que la psicosis tiene conductas descontroladas en el campo sexual como en el caso que presentamos y donde la cohabitación esquizofrénica-seniles genera verdaderos abusos.

Gerardo:

Se trata de un varón de 34 años, quinto de una fratría de 6 hermanos todos vivos, con otra hermana psicótica que vive en otra residencia para ancianos. Gerardo ha sido tratado por psiquiatras y psicoterapeutas de Asturias y Madrid durante 8 años con accesos las mejores clínicas públicas y privadas que incluyeron tratamiento psicoanalítico que no evitaron diversas recaídas de cuadros delirante-alucinatorios de contenido paranoide. En su última crisis hace 5 años su familia con su consentimiento deciden que debe vivir asilado y como tiene pensión y alguna renta no parece existir problema: continuará su tratamiento psiquiátrico en su CSM y vivirá como de pensión en la residencia con libertad vigilada para entrar y salir.

El motivo actual de acudir a la consulta del CSM desde la residencia donde vive, es haber sido sorprendido en la cama de una paciente demenciada realizando prácticas sexuales que Gerardo afirma ha realizado en otras ocasiones con otras ancianas y que ya fue motivo de expulsión de otra residencia de ancianos donde se internó anteriormente.

Gerardo plantea el problema de forma apersonal, como un impulso descontrolado sobre el que ha pedido consejo en diversas ocasiones y de cuya puesta en acto él no se siente moralmente responsable: "los médicos me mandan acudir a prostitutas quincenalmente o masturbarme y así lo hago. También me confieso habitualmente y pido consejo al confesor que lo reenvía al médico con el clásico "lo suyo es de psiquiatra".

Según la familia, Gerardo ha sido definido por la psiquiatría (¿) como un enfermo crónico, que no va a llevar una vida normal nunca -ya tuvo muchos intentos de cura fracasados con los mejores técnico- y al que la familia no quiere mantener porque no se ve ningún balance positivo en ese vivir en familia.

Nada positivo para él -cambio en su calidad de vida- entre vivir en familia y vivir en una "buena residencia" y si en cambio una mala vida para los miembros sanos que desde luego no van al psiquiatra a dejarse juzgar respecto a la moralidad o inmoralidad de su rechazo sino a recabar tratamiento para adaptar al paciente a la residencia escogido por ellos para que viva y atenuar los síntomas sexuales de Gerardo. Además la evaluación familiar de la vida asilar de Gerardo no puede ser más positiva: en los dos últimos años que ha vivido en dos residencias geriátricas Gerardo no ha tenido ninguna recaída que exija las antiguas hospitalizaciones y se mantiene con una dosis de neurolepticos mucho menor que cuando vivía en familia.

Cuando con un hermano comentamos la pobreza de su vida social niega tal argumento aportando como prueba que él le facilita un contacto con una prostituta a la que acude quincenalmente o cuando le parece desde la residencia geriátrica y que antes de tomar esa determinación Gerardo era virgen. En idéntico sentido afirma que el tiempo de Gerardo en la residencia es más acorde con el que su enfermedad le provoca que la vida entre normales que viven a sus asuntos: en casa nadie jugaba a las cartas con él, cuando se levantaba de la cama ya no había nadie en casa, vagabundeaba por Gijón solo y solo formalmente vivía en una familia que no comparte tiempos comunes, frente a la pseudocomunidad de la residencia donde los tiempos comunes son similares -según este hermano de Gerardo- "a un colegio mayor o algo así".

El discurso del enfermo se plantea en cambio fuera de este discurso de la cronicidad: él padece depresiones de repetición, pero piensa en curarse, trabajar percibe una pensión de invalidez), y llevar una vida familiar normal que sirva además de reparación a la mala crianza recibida en su familia de origen.

Su visión del geriátrico donde vive y de otros geriátricos en los que ha vivido es la de un huésped aristocrático, que aunque esté allí, no es de allí: tiene que aguantar los rollos de los viejos o de otros asilados, a los que por otro lado ayuda, pero él piensa que está más cerca por edad y actividad del personal cuidador que de los internos ancianos.

Esa ambigüedad de su posición le ha ocasionado algunas consultas de urgencia ya que en ocasiones verbaliza deseos sexuales hacía el personal cuidador que inmediatamente le califica de peligroso y el aumento de la vigilancia descubre el sexo con ancianas que obligó en alguna ocasión a echarlo de la residencia en que vivía. Al margen de esa sexualidad Gerardo lleva una placida existencia de juegos de cartas con residentes y visitantes, regalos a los cuidadores, charlas pláticas con algún cura que visita la residencia.

Ambigüedad que preside igualmente su relación con el medio rústico donde esta situado el geriátrico: dado que Gerardo sale cuando quiere, visita el bar y la iglesia de la aldea se constituye como un vecino más. Pero de nuevo es un vecino singular que se define, como un visitante no integrado: no juega las cartas con los jubilados del bar sino que hace solitarios, no se confiesa con el cura rural pero asiste a misas, funerales o bodas de la parroquia ante la extrañeza de los rústicos que naturalmente ya lo han bautizado como el loco.

En sus diálogos terapéuticos (¿) Gerardo percibe a la perfección sus dilemas vitales y los límites de sus elecciones: ni psicoterapia, ni fármacos, ni corrientes, lo normalizan por lo que su carácter de enfermo crónico es un punto de partida aceptado y negado a la vez por la esperanza de una cura futura con "los avances de la psiquiatría." Con igual ambivalencia acepta la imposibilidad de vivir con su familia o en un ámbito sin tutela -en un apartamento propio al que por economía tendría acceso- ya que ese proyecto se aplaza hasta el matrimonio y la normalización. Así Gerardo envejece en la espera y al final ya estará en la institución adecuada a su patología.

Mis débiles intentos de ensayar una reintegración familiar o social son rechazados por Gerardo con un dicho referido a la familia con la fuerza lógica de un axioma "ellos no quieren y yo no puedo".

El asilo permitiría equilibrar en el discurso de Gerardo ese doble deseo de autonomía reservada para un futuro que no llegara nunca y el consentimiento con la tutela real que se prolongara para siempre.

Con ello todos contentos si logramos limitar el deseo sexual de Gerardo a la abundante oferta de sexualidad mercenaria que cualquier diario oferta. El futuro de nuestro paciente se adaptará así a una sociedad en la que el lucro y las heladas aguas del cálculo egoísta se han impuesto.

Manuela:

Se trata de una maestra de 36 años que ha sufrido varios brotes psicóticos con sintomatología delirante alucinatorios desde los 20 años. Dichos episodios remítan sin defecto posterior aparente con dosis medias de neurolépticos y sin necesidad de ingresos psiquiátricos salvo el primer episodio que permaneció ingresada durante dos semanas.

Por ello no planteo problemas de exclusión social mientras vivió en familia y logra terminar su carrera y oposiciones.

Trabajar como maestra en la escuela pública y vivir independiente provocó por el contrario que crisis con similar psicopatología la condujesen a su actual asilamiento en una residencia de la tercera edad.

En el principio fue su jubilación forzosa. Los trastornos de conducta que una crisis psicótica le producen cuando trabaja en la escuela han sido percibidas como peligrosas por parte de las Asociaciones de Padres de Alumnos que han forzado a la inspección médica a dicha jubilación forzosa al manifestar los padres asociados su negativa a exponer a sus tiernos vástagos a los peligros de la locura de Manuela. Ni siquiera en el papel de bibliotecaria o el rol burocrático en la secretaria de la escuela ofrecido por los compañeros de Manuela a los influyentes padres logra hacerlos desistir de sus deseos de exclusión finalmente logrados con la invalidación legal.

Entre tanto por el fallecimiento de su madre su medio familiar de apoyo esta constituido por una hermana casada a la que ha agotado en su disponibilidad de ayuda, tras abandonar durante episodios psicóticos pisos y pensiones que ella le había buscado. El agotamiento se formaliza cuando tratamos de hablar con ella

desde el Centro de Salud Mental con la frase lapidaria sobre Manuela de que "no quiere saber nada de ella y que bastante tiene con cuidar de su marido e hijos".

Su padre jubilado de la guardia civil y casado en segundas nupcias siempre se lleva mal con la paciente y actualmente lleva una vida de invernar en el sur de España y "apurar la colilla de la vida en el tiempo que queda". En dicho plan vital no entra en absoluto el cuidado de Manuela "que bastantes disgustos ya le ha dado".

Los intentos de vivir sola de Manuela se han saldado con múltiples fracasos. Abandonos de tratamiento, negativas a abrir a la puerta a los trabajadores de ayuda a domicilio, fuertes discusiones vecinales con denuncias de los mismos, conductas de abandono de cuidados higiénicos mínimos durante crisis que se prolongan y en las que Manuela llegaba a pasar meses sin apenas salir de casa.

De nuevo un acuerdo familiar entre su padre y hermana, la sitúa en una residencia de ancianos al ser dada de alta de una clínica psiquiátrica y no tener ni casa, ni red social y poseer en cambio una buena pensión económica.

La adaptación inicial al asilo es buena. Manuela tiene habitación propia y autonomía para entrar o salir a su aire, entablando incluso relaciones de amistad con cuidadoras a las que orienta escolarmente, pero progresivamente se encona el trato y aparecen vivencias de abuso. Manuela acusa al dueño de la residencia de robarle, de intentar mecerse en su cama y de impedirle llamar por teléfono pidiendo ayuda judicial.

En su primera entrevista en el CSM al que llega en plena crisis a petición del médico de dicha residencia, protesta, por estar secuestrada en dicho asilo por la "conveniencia de familia, psiquiatras y dueño de la misma".

Tras la contención de la crisis con neurolépticos la propia Manuela acepta rotular como patológico su deseo de salir del medio tutelado y acepta el consejo coaligado de todos sus cuidadores, sobre su incapacidad después de tantos fracasos para vivir de forma autónoma, aceptando la residencia tutelada como su hogar natural. Acude periódicamente al CSM con un discurso pobre —estoy bien, no tengo delirios— y limitado a los neurolépticos que toma.

y limitado a los neurolépticos que toma. Rechaza hablar sobre el futuro en general o plantearse algún tipo de cambio vital.

Hacer una Maleta Para Marcharse de Casa

La violencia de los viejos internamientos manicomiales presididos por la violencia, las ataduras o la camisa de fuerza y sus vivencias de maltrato contadas a posteriori por los pacientes nunca llegaron a impresionarme tanto como el relato de como Ana llega la Residencia Mixta de Pensionistas de Gijón dependiente del Insero y que agrupa ancianos de toda España.

Ana:

Es una maestra de 73 años que nació y vivió en Salamanca y reside actualmente en una Residencia Mixta de la SS de Gijón. Tras comentar ideación suicida con el médico de la misma llega al CSM con el oportuno diagnóstico y tratamiento de Depresión.

En la entrevista nos cuenta como fueron los días previos al ingreso durante los que tuvo que "levantar" "la casa de maestra" en la que había vivido 45 años. Allí había perdido marido y vista, dependiendo en los últimos años de la benevolencia de colegas de toda la vida que tras la jubilación desaparecían, mientras el "bloque de los maestros" se convertía en viviendas sociales habitadas "por asociales que me hacían la vida imposible".

Tras denuncias múltiples de esa vida imposible con la nueva vecindad provocada por las quejas de nuestra paciente de pequeños robos, ruidos vecinales hasta altas horas de la madrugada por juergas, cartas sobre trapicheos de drogas en su portal y alguna amenaza, los servicios sociales decidieron ofertarle la Residencia Gijonesa que tras una corta espera "le toco por turno y puntuación".

Su descripción de como se acumulan y se descartan en una maleta para llevarlos o abandonarlos los objetos familiares que componen una vida, como se desamuebla un hogar que con tanto sacrificio se coleccionó, como se cierra una puerta de la calle para no volver a entrar o como se cruza la calle para marcharse de casa dudando en abrir el gas para quedarse o dar un salto

mortal bajo el camión tenía el tono frío de quien se arrepiente por su falta de valor para un acto suicida que le hubiese hecho terminar su vida serenamente.

Su acomodación a la residencia no podía ser peor y ello justificaba una depresión para la que no solicitaba ayuda pero que es “descubierta” por sus cuidadores que han tenido varios suicidios en el centro y es enviada a Salud Mental.

Su percepción del régimen de tuteo del personal de la Residencia siempre discutiendo de permisos o bajas, de los olores los otros internos, de los discursos diarios en torno a infantiles querellas por espacios en la sala y el comedor o la degradación corporal del hoy mi intestino funciona mal pero mejor que tu riñón mañana. Su desesperanza y su incapacidad para soñar siquiera salir de allí como sé hacia en el manicomio por internos que tras 20 años de institución hablaban de salir mañana, me llevaron a pensar que los viejos horrores de las instituciones totales aun podían ser superadas.

En las charlas con Ana intento escuchar su discurso respecto al pasado y tratar de que la rememoración del tiempo pasado haga tolerable un presente que la incita a participar en una serie de infantilismos institucionales-terapias- que vive como humillantes: no le gustan los juegos de cartas, ni las terapias de mejora de memoria (una empleada lee noticias del periódico), ni las manualidades. En la terapia hablamos de algunas novelas sobre el magisterio español de post guerra (las había de letra grande con la ayuda de la lupa) y le dejo abierta la posibilidad de volver hablar conmigo cuando quiera a pesar del ritual de acompañamiento hasta el dispensario de Salud Mental por ambulancia y cuidadora que de nuevo resiente Ana como degradante.

La Familia del Viejo

Si la familia del psicótico joven es aleitada por las modernas orientaciones psicopedagógicas sobre el papel de carga que el cuidado del esquizofrénico provoca, del estrés que ello supone y desde esas instancias pedagógicas se le enseña a no sobreimpliarse, ni sobreexpresar sentimientos en su relación de cuidado convirtiéndolo de familiar en un neoprofesional experto en el manejo de conductas psicóticas, la familia

del viejo no necesita ser exhortada a establecer esos límites que suele establecer de forma espontánea: la carga del viejo es repartida entre hijos y nueras según procesos de cálculo exhaustivo en que cargar lo menos posible con el anciano es la norma. De todo ello fácilmente se colige que el modelo rehabilitador que se propone desde la psiquiatría a las familias para el psicótico joven es la vieja tradición que establece el deber de cuidados hasta que la muerte los separe: la familia es el lugar al que cuando se llega siempre se puede uno quedar. La ausencia de lugares para que el psicótico viva si se produce un rechazo familiar se explica en función de esa norma residual de la antigua moral familiar del lugar natural del psicótico en la familia mientras vivan sus padres

Por el contrario los deberes de la familia para con el viejo representan la emergencia del emotivísimo individualista de la postmodernidad o el modelo de la familia en disolución: si “voy a meter a mi hijo en un centro psiquiátrico de por vida” suena como un enunciado que moralmente califica como malo a su emisor y que conviene justificar o ocultar, el “tuve que meter a mi madre a la residencia” es un dato cotidiano que todo el mundo acepta como normal.

Guiddens define nuestras sociedades más progresadas como Democracias Emocionales. En ellas se han producido el triunfo del emotivismo individualista que se representa a la pareja ya desde su formación bajo el compromiso de poder romper la relación de forma fácil, civilizada y dialogada cuando el sentimiento amoroso -tan volátil él- deje de unirlos.

El protagonista, el agente central de esa sociedad de la Tercera Vía⁹, es “el individuo calculador racional” que dotado de conductas racionales o calculadoras de origen económico transita por los escenarios interpersonales tratando de sacar el máximo beneficio afectivo de cada relación e invirtiendo el mínimo esfuerzo. En cada relación personal -de la cama al negocio- la conducta racional es protegerse de los gorriones -económicos o afectivos- y salir cada vez más “maduro e independiente” más enriquecido de cada interacción. Dependencia afectiva, sacrificio, grupos naturales o no electivos, cumplimientos de promesas transgeneracionales -cuidaré de ti, limpiaré tu viejo culo como tu limpiaste

el mío de niño- son antiguallas para esa ideología.

Antiguallas conductuales que por otro lado ningún psicoterapeuta suele aconsejar. Por el contrario la predica egoísta del "lo primero eres tú," la justificación del "no puede cuidarlo, sin enfermar tú de los nervios" y otras recetas de egoísmos sin culpa son counseling habituales de terapeutas que señalan ya un camino de aislamiento y asilo para los pacientes los que la enfermedad o la vejez transforman en heterónomos.

Rotos los viejos vínculos de la familia mas allá de la pareja sucesiva, ausente cualquier comunidad natural, solo la larga cadena de neo-instituciones de hogares ambulatorios o el asilo esperan al viejo psicótico o demenciado, que lejos de los cuidados familiares, dependerá cada vez mas de las atenciones mercenarias para vivir y morir sus últimos años entre desconocidos reagrupados en función de criterios administrativo-burocráticos organizados en torno a ese horror llamado vejez.

Sociedad y Asilo

Las viejas promesas de una sociedad acogedora para los pacientes mentales, para los diferentes ha sido substituido por unos grupos de población, por unas pseudocomunidades que tienen por lema de actuación frente a cualquier institución de cuidados la norma del: No en Mi Patio de Atrás¹⁰. Comenzó el fenómeno con imaginaciones sobre patología de la radioterapia sobre las poblaciones vecinas y la negativa de grupos vecinales a permitir la construcción de clínicas medicas con programas anticancerosos que aunque pudiesen salvar vidas -de otros-, podían ser unos riesgos para mí. Lejos ya de esas actitudes provocadas en una caritativa explicación sociológica en torno a los Prejuicios por una falsa información, los oscuros motivos reales de la Insolidaridad, los cálculos de egoísmo se evidenció cuando las clínicas o dispensarios rechazados violentamente por los vecinos tenían como función tratar a toxicómanos, enfermos mentales o aun asilos para moribundos.

En Gijón se han quemado por parte de vecinos un centro de dispensación de metadona hace pocos años¹¹. En idéntico sentido una popular y activa campaña de

resistencia a la asignación de un local para tratamiento toxicómano, han colocado dicha asistencia en un lugar social en ninguna parte: un autobús que reparte metadona por territorios no habitados.

Idénticas campañas vecinales surgen cuando se plantea donde construir un hospital para Crónicos Psiquiátricos. Lugar de construcción que termina por ser un secreto del gobierno para evitar la reacción popular que así muestra el nivel real de tolerancia a la diferencia.

En el colmo de la insolidaridad la instalación de un asilo para pacientes terminales proyectado por una animosa agrupación de voluntarios fue contestada por la asociación de vecinos de una rústica parroquia gijonesa con la queja que quizás sus terrenos retosños pudiesen traumarse al ver tanto entierro.

La discrepancia con las encuestas de opinión sobre los prejuicios sobre la enfermedad mental o la inutilidad de las campañas sobre el cambio de actitudes sobre la enfermedad mental -en varias de ellas fui coautor- consiste en que el rechazo que cualquier lugar de cuidados se situé en mi vecindario no responde a ningún prejuicio cognitivo, ni al miedo a la locura sino que es el producto del miedo a la rebaja de valor de mi propiedad por la proximidad de una institución de cuidados.

El soberano valor dinerario, -esa mala vida vendida como tiempo de trabajo para pagar la hipoteca de la casa- explica el fenómeno del No en Mi Puerta de Atrás mejor que cualquier otro factor psicológico o actitudinal en cuya detección o modificación los psi gastamos tanto tiempo.

De neurolépticos

La centralidad del uso de los neurolépticos en la practica psiquiátrica no corre pareja con su eficacia real como sustancia con un uso capaz de curar síntomas psicóticos o modular estados de animo, sino por el contrario con su papel de mercancía en un mundo subsumido en relaciones de cambio. De nuevo la vejez como grupo de población con altos consumos de fármacos representa un mercado apetitoso para una industria farmacéutica que utiliza al medico como intermediario: hasta ahí no hay sorpresas en las nuevas indicaciones de psicofármacos para unas poblaciones que anti-

guamente acumulaban contraindicaciones. Sorprende en cambio la debilidad del pensamiento psicopatológico, su falta de resistencia a ser barrido por los modernos sofismas de la psiquiatría biológica. Un termino tan central como neurosis para ordenar durante siglos las clasificaciones psiquiátricas ha sido reducido por el supuesto de que los ataques de angustia mejoraban con los antidepresivos resucitando y entronizando a nivel mundial la concepción de las "Neurosis como Enfermedades del Animo" que había formulado López Ibor hacía finales de los años 50.

Por mas que la experiencia clínica muestre lo inespecífico de los ataques de pánico y su carácter de "estación de paso"¹² hacia otras categorías, la comorbilidad sirve de salvavidas para continuar la Pax Psicopatologica y no reiniciar la necesaria discusión sobre la neurosis o la depresión neurótica en el punto que se abandono con la imposición de la DSM III.

En idéntico sentido la clasificación de las esquizofrénicas en tipos según respondan o no a los neurolépticos empobrece extraordinariamente la discusión psicopatológica y de nuevo condena a la insignificancia (la no significación) al discurso psicótico. Lejos entonces de buscar razones intrapsiquiátricas para el debate en los idiotismos profesionales -los juristas también creen que sus sentencias se basan en el derecho natural- las razones de la hegemonía de la psiquiatría biológica hay que buscarlas en el mercado farmacéutico donde aparecen y desaparecen productos en función de los flujos de dinero que generan y no de los intereses sanitarios.

La desaparición injustificada en el ámbito de necesidades clínicas de los imaos clásicos fue objeto de un estupendo artículo editorial de la AE de Psiquiatría Biológica¹³ en el que denunciaba lo poco probado que en el ámbito científico figuraba la superioridad de los nuevos antidepresivos respecto a los clásicos mas allá del marketing o los siempre dudosos efectos secundarios. Artículo que naturalmente pasó con escaso impacto que dice la jerga académica para señalar la poca atención prestada por el gremio psiquiátrico.

Mecenazgos, colonización del imaginario de los enfermos y sus familiares con la propaganda de lo nuevo -los atípicos neurolépticos, los antidepresivos de tercera

generación- obran milagros en un universo donde eficacia significa contestar o percibir al enfermo un poco mejor o un poco peor forzando la formalización en un Test de Hamilton. Y desde esa impresión subjetiva en un cuestionario que traduce en números esas nimiedades observacionales realizar las metáforas mas disparatadas sobre la objetividad del doble ciego es trabajo común a todos los propagandistas que dirigen nuestras vidas.

Equiparar esas medidas de observación pseudoclínica sobre la eficacia de tal neuroléptico con los criterios biológicos de eficacia de cualquier fármaco antifeccioso -tasa en sangre, reducción de imágenes lesionales- es más que un sofisma, una idiotez para los que se dejan engañar con la magia de la palabra doble ciego (he leído doble ciegos con placebos para enfermos en fase maníaca de un nuevo neuroléptico) Por ello los psicofármacos pueden ser fácilmente vendidos en función de ese valor de cambio que determina la elección subjetiva frente a los protocolos reales que exigen comprobaciones y criticas en pruebas de laboratorio.

La Razón Psiquiátrica

Que tipo de razón estamos utilizando en cada interacción es una pregunta que Habermans nos exhorta a hacernos en cada momento. En relación con objetos de ciencia física la razón instrumental y el objetivismo parecen inevitables. En sociología la tolerancia a la razón estratégica, a tratar a los hombres como objetos calculables también debe aceptarse.

Por el contrario en el mundo de la vida resistir esas razones es un deber ético para imponer esa razón comunicativa que conduzca a relaciones libres basadas en la no-coacción, en el consenso libre y en el no aceptar la inevitabilidad o la eternidad de relaciones asimétricas de dirigir la conducta de los otros.

La vieja psiquiatría sabía de ese carácter no científico-instrumental de su practica, de su carácter de oficio artesanal. Sabía también que de esa practica dialogada con la locura cabría obtener un saber abstracto, más cercano desde luego a la filosofía que a la ciencia físico-biológica sobre ese mundo de la vida no administrada. Saber que confirmaba que en la reflexión y el diálogo

con la locura se podían encontrar respuestas a las preguntas sobre el sentido de la vida.

Jaspers, en *Genio y Locura*, analizaba ese deslumbrante emerger de verdad que la locura producía en Hoderlein o Van Gogh. H. Ey descubría las fuentes y las brasas del deseo femenino en el barroco incendio del discurso histórico de Enma Bovary. Cooper o Goffman formulaban que tras la irracionalidad de la conducta psicótica frente a la familia esquizofrenogena se escondían estrategias de sobrevivir al pseudo-yo familiar o restos de resistencia en la oposición al manicomio de las viejas resistencias a las instituciones totales como el ejército, la cárcel o la escuela

La psiquiatrización y la biologización supusieron en cambio una especie de sumisión al mundo burocrático del Estado, al sentido común y al dictado de lo común respecto a que grupos de población atender y que rotular o desrotular como objeto psiquiátrico. ¿Qué los influyentes grupos gay de América decían que lo suyo no era patológico? se les saca de las clasificaciones psicopatológicas incluido el sadomasoquismo consensuado.

En la carrera por aparecer como psiquiatras no represivos se llegaba a pagar a prorateo social los consumos de drogas o las operaciones cosméticas de pseudocambio de sexo habitualmente letales a medio plazo.

¿Que los jugadores decían que lo suyo no era vicio sino enfermedad? un sitio en la clasificación de trastorno en el control de impulsos para ellos y por ahí a seguir cualquier dictado de asociaciones de familiares o asociación de enfermos

Esa docilidad al mercado y su mecenazgo o al estado y sus prebendas, desarmó al pensamiento psi del Interés Liberador en sentido Habermansiano por los temas radicales que subsisten en cada intervención diaria - ¿cuando algo no es un caso psiquiátrico?- en favor de un adaptacionismo que concilia muy bien el interés de todos los gremios psi: siempre hay un eje clasificatorio para intervenir con neurolepticos, psico o socio terapia que da trabajo al psiquiatra, al psicólogo o a la trabajadora social.

La incapacidad de la practica psiquiátrica para aguantar una cierta disonancia cognitiva como hacen los clérigos por ejemplo y seguir al menos una reflexión radical a

pesar de llevar una practica adaptacionista o participar de prebendas o tarugos, marca el empobrecimiento de los consensos psiquiátricos que substituyen la normal discusión de paradigmas.

Ello supone un olvido de lo que es el pensamiento: libertad en relación con lo que uno hace. Pensar es esa operación mediante la cual uno se separa de su Si Mismo como actor y de su objeto de trabajo y reflexiona sobre ello como problema.

Racionalizar las actuales practicas psiquiátricas como inevitables y aceptar cumplir el mandato social -tratar como objetos psiquiátricos las quejas mas peregrinas- supone de hecho aceptar una razón instrumental que perpetuó la tecnocracia y las razón estratégica a perpetuidad

Pasar La Cita

La derrota del pensamiento critico en psiquiatría es mas que evidente. El esquizofrénico como carga familiar, las mitologías genéticas serotoninergicas y las clasificaciones de inconfundible aroma americano son hoy hegemónicas.

Así todo, recordar los viejos paradigmas despsiquiatrizadores supone no borrar la huellas de la resistencia, no aceptar la naturalización o eternidad de ese modelo ecléctico hoy dominante.

Recordar la Mixtificación, los dobles vínculos, las instituciones totales, los grupos antiinstitucionales, las practicas antipsiquiátricas, supone negar lo natural o lógico de las actuales teorías psi: solo con el consentimiento y el abandono de los viejos intereses en practicas liberadoras se logró la actual paz epistemológica y la división del gremio psiquiátrico en reaccionarios o reformistas para encubrir las peleas de las elites por mandar a la sombra de unos partidos políticos que como los Holligans tienen que inventar narcisismos de pequeñas diferencias para encubrir sus parecidos.

Pasar a los que llegan de nuevas al mundo psi, esa memoria sobre historias de resistencias antes que las practicas de sus roles les hielan el corazón es la única esperanza de los que como yo carecemos del deseo de reconciliarnos con una realidad que lejos de ser sinónimo de razón constituye su más evidente negación.



Bibliografía:

1. De Miguel, A. *No se Cumplió*. Ed. Nobel Oviedo. 2000 Oviedo
2. *La Miseria del Historicismo*. Alianza Editorial, 1965. Madrid
3. *La Gobernabilidad*. La Piqueta 1987 Madrid
4. *Informe sobre la Población Anciana en Asturias*. Arcadio Iglesias. Departamento de GEOGRAFIA. Universidad de Oviedo. 1998
5. La enfermedad y su doble. Anagrama Barcelona 1969
6. Rendueles, G. *Cronicidad en Psiquiatria* Tesis Doctoral Universidad de Cadiz 1982
7. *Anales de Psiquiatria* .vol17 ,6 , Edición Madrid 2001
8. Geronto- psiquiatrie. Masson 1970 Geneve
9. Agiddens. *La tercera Via*. Turus 1999 Madrid.
10. Biopolítica Aheller Peninsula 1995 Barcelona
11. El Comercio. Gijón, Octubre 1987
12. Todos los textos de Tyrer y en especial su *Classification of Neurosis Chichester* 1989 me parecen interesantes
13. Vallejo, J. Viejos y nuevos antidepresivos en un mundo hedonista *Psiquiatria Biológica* 1999. del mismo autor y en la misma revista: El futuro del tratamiento de la depresión y el efecto rombo.1998

Situación asistencial en Castilla León

Pilar de la Viña

Psicóloga

Presidenta de la Asociación de Castilla León

Viejos y nuevos manicomios: ¿de la salud mental a la asistencia psiquiátrica?

Cerrar los manicomios, tratar la locura de forma ambulatoria, parecía, en los años 70, una loca e imposible utopía. En aquel lejano entonces, la vida del país transcurría a dos niveles. La esfera oficial era la de la Dictadura; pero por debajo de los Decretos y de la fuerza policial, se hablaba, se luchaba... y tanto en el debate clínico, como en la práctica asistencial se buscaba alternativas a la asfixiante y anacrónica realidad asilar.

En el trasvase de un nivel a otro se cambiaba el lenguaje, se empleaban otros argumentos. Así, en la cuestión de la Reforma, se argumentaba apelando a criterios de racionalidad en el gasto del dinero público, dejando en claroscuro, para leer entre líneas, lo fundamental del discurso que inspiraba el cambio y que tenía que ver con la dignificación del enfermo, era aquello de lo que hablábamos, eso de dar la palabra al loco, de ofrecerle un lugar de

escucha, eso de convivir con la locura, también con la propia.

En este país nunca hubo un esquirol empeñado en quitar las cadenas a los alienados, ni un Pinel, que propusiera tratamiento moral alguno. Tan sólo una política asilar, "de caridad", auspiciada por las Diputaciones Provinciales y regentada, las mas de las veces por órdenes religiosas. (ver cuadros 1 y 2)

En aquel momento del tardo-franquismo se intentó dar un salto de casi siglo y medio, tomando como apoyo para el impulso a pensadores y clínicos modernos, desde Freud, a Laing y Cooper, Basaglia.

Sin embargo, quizá demasiado habituados al doble discurso -el de afuera y el interno-, apenas se desarrolló esta faceta más ideológica y clínica. Todos los esfuerzos estuvieron mayoritariamente orientados hacia cambiar el modelo organizativo. Esto era realmente imprescindible: abrir los manicomios, pero luego ¿Qué hacer?

¿Qué fue de los manicomios?

En Castilla y León, de los viejos hospitales psiquiátricos, algún resto queda, pero en la

Cuadro 1. Los antiguos manicomios (1985)

Población asilada	3.520 personas
Nº de instituciones	10
Población por institución	352 personas

Cuadro 2. Características de esta población

+ De 60 años	40%
Analfabetos	32,9 %
- Del salario mínimo	96,21 %

generalidad de los casos podemos decir que esas instituciones pasaron a la historia. El Plan de Salud Mental de 1990, diseñó un proyecto de reconversión de los Asilos. Así dispuso que en cada hospital se creara un área asistencial dotada de una Unidad de Rehabilitación encargada de preparar la externalización de los más capaces. Los otros siguieron viviendo en lo que desde entonces se convirtió en Unidades Residenciales y que desde ese momento pasaron a depender de la Consejería de Servicios Sociales.

pudo realizar sin ruido y eso, a pesar de lo precario de los recursos y de lo tarde que han ido llegando: Unidad de Rehabilitación en Soria, Pisos en León Los nuevos crónicos pueden vivir en la comunidad y con sus familias, aunque estos últimos, los familiares, se quejen de que lleven el máximo peso en la asistencia y tienen parte de razón.

Cuadro 3. Panorámica de los recursos asistenciales. Año 2001.

Provincia	Habitantes	E.S.M.	E.R.M.D.	Unidades de Atención	Unidades de Atención	Pisos U.D.	Pisos R.D.
Ávila	170.810	3	-	14	21	20	-
Burgos	148.605	5	1	44	80	14	25
León	365.728	5	-	20	88	-	-
Ponferrada	153.500	2	-	15	-	-	-
Palencia	180.810	4	-	16	-	20	-
Segovia	144.232	4	-	19	50	30	-
Salamanca	338.870	5	1	34	60	-	15
Soria	509.918	2	-	21	20	20	-
Valadolid-Este	370.411	4	1	36	40	30	30
Valadolid-Oeste	220.472	3	1	22	-	30	-
Zamora	206.631	3	-	26	-	-	-

Esta política, por una parte escamotea la realidad, pues fueron relativamente pocos los que salieron. Pero también es cierto que los que se quedaron ya no estaban en un universo cerrado que se autoabastecía. Las condiciones de vida en el interior se dignificaron y la puerta estaba abierta.

Aún así, en nuestra región, todavía hoy encontramos instituciones “a la antigua” como el Asilo-Residencia San José del Burgo de Osma, cuyo funcionamiento pre-reformista fue denunciado por dos trabajadoras el año pasado. La AEN estuvo allí con una Comisión de Investigación y nuestra Asociación está actualmente siguiendo de cerca el proceso de cambio.

Pero si que es cierto que en bastantes ocasiones, los “viejos crónicos” y sus rebautizadas residencias, quedaron excéntricos a la Red. La Salud Mental empezó a jugarse en los nuevos espacios al margen de las viejas instituciones.

Aún así, lo que parecía tan peligroso se

La situación actual

En el Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de 1990 se dice: “Se dará prioridad a las atenciones prestadas fuera del marco hospitalario, constituyéndose los Equipos de Salud Mental de Distrito, en el eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada área sanitaria” (ver cuadros 3 y 4)

Acabar con los manicomios, ese anacronismo, desde el principio fue un acuerdo al que se llegó desde dos posturas divergentes. La primera, la que inspiró la Reforma, aportó el modelo organizativo y una práctica clínica de orientación dinámica, que basa la cura en la palabra y la rehabilitación, apoyado todo ello en un uso moderado de los psicofármacos; en el marco del diálogo interdisciplinar dentro de los Equipos y del contacto con la Atención Primaria de Salud y con los agentes e instituciones sociales.

Cuadro 4. Dónde están los profesionales

Profesionales	E.S.M.	U.L.A.G.S.	U.R.	C.D.	H.D.	TOTAL
Psiquiatras	73,8	99,5	100,5	-	4	131,8
Psicólogos	18,3	1,5	1,5	11	2	34,6
A.T.S. / D.U.E.	38,3	85	44	1,5	4	169,8
A.S.	11,1	5	5	5	1,5	28,6
Aux. Clínica	19,1	99	86	11	4	210,1
Aux. Administrativo	10,5	8,5	-	-	-	28
E. Ocupacional	-	1,5	3,5	-	-	5
Otros	7	11,5	-	-	-	21,5
Total	220,1	251,9	107,5	27,5	18,5	677,1

La otra opción, la que al final estuvo de acuerdo en cambiar el modelo de asistencia, desembarca en la nueva estructura con posiciones ideológicas y clínicas distintas. Piensan la enfermedad mental como un trastorno del cerebro cuya terapéutica principal son los fármacos, apoyados, en ocasiones, por el uso de la palabra. Entienden la interdisciplinariedad desde la jerarquía médica y aspiran a la equiparación de los trastornos mentales con las enfermedades del cuerpo; a la integración del enfermo, y sobre todo de los psiquiatras, en los hospitales generales y al reconocimiento científico para la psiquiatría y para ellos mismos. Ponen el énfasis en el ingreso hospitalario, seguido de revisiones del tratamiento en consulta externa. La estructura puede ser la misma, pero el funcionamiento es opuesto. El Coordinador de Área, figura prevista en

el Plan de Salud Mental de 1990 con el objetivo de velar por el espíritu de la reforma, nunca tuvo autoridad real.

En el momento actual, un nuevo Plan de "Asistencia Psiquiátrica" ha venido a sustituir al anterior. Ya no se habla de Salud Mental, la figura del coordinador de área ha desaparecido. La autoridad vuelve a estar en donde siempre estuvo y de donde nunca salió, en los Jefes de Servicio de Psiquiatría. En Castilla-León hay que tener en cuenta que, aunque hubo Centros que lucharon -Oña- y se adelantaron a su tiempo -Villacián-, la Reforma sólo se llevó a cabo cuando hubo una Ley que así lo dispuso.

En el momento actual asistimos a un cambio de paradigma; de la Salud Mental, volvemos a la Psiquiatría, esta vez "científica" o científista. De la pluralidad estamos llegando al pensamiento único de la D.S.M. A nivel estructural esto se nota en importantes "matices" (cuadros 5 y 6).

Cuadro 5. Dónde están los profesionales

	1990	2000
E.S.M.	35	30
E.S.M. U/I	2	4
TASA DE COBERTURA	76,614	68,724

1º.- Mayor presión asistencial para los Equipos (ver cuadro 7). Si sólo han de realizarse controles del tratamiento farmacológico, bastan los 20 minutos por consulta que se nos quieren imponer como norma. El espacio de escucha se está comprimiendo, tampoco hay tiempo para poner en

Cuadro 6. Equipos de salud Mental. Datos de actividad.

Provincia	Población	Rehabilitación	Consultas Totales	Frecuentaciones x1000 hab.	1ª Consultas x1000 hab.	2ª Consultas (Técnicos/día)	3ª Sucesión (Técnicos/día)	Índice (2ª y 3ª/1000 hab.)
Ávila	1.111	11.767	13.077	76,6	7,7	0,7	4,8	50
Burgos	1.433	17.057	18.361	86,5	11,0	1,1	6,7	66
León	3.477	14.716	19.047	40,3	9,7	1,2	11,2	44
Palencia	1.811	18.814	12.400	54,7	11,1	1,1	7,9	88
Salamanca	1.200	19.517	11.400	49,2	11,7	1,0	6,6	61
Segovia	1.711	16.771	17.480	102,1	8,2	0,4	7,0	140
Soria	675	11.800	8.738	64,4	6,6	0,7	6,7	60
Valladolid	3.717	18.104	19.541	100,1	13,1	1,6	7,8	71
Valladolid (Dist.)	2.414	14.815	27.225	129,4	10,0	0,8	7,7	163
Zamora	1.100	17.190	6.730	31,1	4,9	0,6	1,1	41
Castilla León	26.434	195.192	231.627	88,3	10,5	1,0	6,5	71

común las experiencias ni para contactos con Atención Primaria.

2º.- Reorganización de la rehabilitación entendida como un proceso psico-educativo que “va más allá de la atención sanitaria y la supresión de la psicopatología”, estableciendo una “distinción entre síntomas y funcionamiento social” (Documento de consenso sobre la organización y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, Soria 2001) .

Pero la dificultad para el contacto social, la tendencia hacia el autoabandono, la apatía, el desorden forman parte de la clínica de la psicosis tanto como el delirio y la alucinación. Tras más de 15 años de experiencia, sabemos que estas características de “funcionamiento social” precisan de un abordaje multiprofesional y que ningún trabajo, el rehabilitador entre ellos, que se realice en este sentido, está más allá ni más acá de la atención sanitaria.

La cronicidad, ese molesto aspecto de la enfermedad mental que no responde a los

Cuadro 7. Equipos de Salud Mental

	1994	2000
Consultas totales	165.502	221.627
Frecuentaciones x1000 hab.	67,01	88,3
1ª Consultas x1000 hab.	8,62	10,5
1ª Consultas técnico/día	0,80	0,9
Sucesión técnico/día	5,40	6,5
Índice	6,77	7,1

psicofármacos, está a punto de ser separada del tratamiento “estrictamente clínico”, de la manera más fácil: concertando esta labor con Fundaciones y con Ordenes Religiosas. Se puede estar creando un nuevo espacio manicomial al margen de la Red Asistencial. Las estructuras rehabilitadoras están llegando tarde, ¿y viciadas?

Parece que la experiencia demuestra que la estructura organizativa por sí sola, por excelente que sea, no garantiza una práctica clínica y asistencial de calidad. Somos los profesionales con nuestro personal bagaje de formación los que las llenamos

de contenido. En nuestra región, los MIR y PIR se están formando mayoritariamente en los hospitales clínicos de Valladolid y Salamanca.

Además, en este país, como decía al principio, apenas ha habido tradición de estudio e investigación en psicopatología. Sólo a principios del siglo XX, y después, durante los años 70 y 80, se ha producido un debate y cierta confrontación entre Escuelas. Pero antes de que pudieran consolidarse corrientes bien definidas llegó la D.S.M. y

cayó sobre un terreno fértil y sin sembrar, sin apenas cultivos anteriores, sin historia En estos momentos en que la corriente organicista no sólo se piensa como dominante, sino que niega la existencia de otras maneras de entender el sufrimiento psíquico, las Asociaciones que formamos parte de la AEN podemos ofrecer un marco plural, alejado del pensamiento único y de los centros de poder, en donde cada corriente pueda expresarse.



CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



ADICCIONES

Pedro Marina González
(Compilador)

Salud Mental en Euskadi

F Chicharro

Médico Psiquiatra

Presidente de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria
(OME, Osasun Mentalaren Elkartea)

La asistencia psiquiátrica en Euskadi es probablemente una de las más desarrolladas, en cuanto a dotación de recursos, de todo el Estado. A diferencia de otros lugares (procesos de desinstitutionalización, cierre de hospitales psiquiátricos, etc.) en el País Vasco se ha apostado por un proceso de cambios paulatinos e implementación de recursos, si bien aún existen aspectos escasamente desarrollados entre los que se encuentran la atención infantojuvenil y los programas de rehabilitación.

En realidad en Euskadi no se ha producido un “movimiento de reforma psiquiátrica” similar al de otras comunidades (Asturias, Andalucía, zona sur de la Comunidad de Madrid –Leganés-, etc.). No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, aunque se ha desarrollado una red de centros de salud mental, programas de atención comunitaria, recursos intermedios, pisos protegidos, etc., coexistiendo las nuevas estructuras comunitarias con las anteriores estructuras institucionales.

Legislación sanitaria

En 1986 la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, establecía *“el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias”*, con mención expresa a *“la hospitalización psiquiátrica en unidades de los hospitales*

generales, desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social...”

La transferencia de las competencias de sanidad del Insalud al Gobierno Vasco se produjo en enero de 1988, siendo desde entonces competencia de Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.

La Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios.

Desde enero de 1998 Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado, cuya misión es *“atender a la provisión de los servicios sanitarios de titularidad pública”*, pretendiendo *“lograr un modelo de actividad más dinámico de sus estructuras que opere bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión”*.

Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el *“Contrato-Programa”*. Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad, y en él se establece: *CARTERA DE SERVICIOS; VOLUMEN DE ACTIVIDAD; ACTIVIDAD CONTRATADA; COMPROMISOS DE CALIDAD; FACTURACIÓN Y FINANCIACIÓN.*

Cada centro negocia previamente con sus diferentes servicios los puntos anteriores, y el conjunto constituye el Contrato Programa del centro.



Modelo asistencial y desarrollo de recursos

Previamente, en 1987, se crea la “Comisión para la reforma de los servicios de salud mental de la CAPV”, promoviendo las líneas generales de la política asistencial, su planificación y coordinación². Consecuentemente, entonces se determina el modelo asistencial a implantar. En dicho documento se establece el modelo teórico y la filosofía de la asistencia a la salud mental en la CAPV:

- *PSIQUIATRÍA COMUNITARIA*
- *SECTORIZACIÓN*
- *RED DE SALUD MENTAL*

Desde entonces se ha producido un amplio desarrollo de servicios de salud mental si bien, como se comentaba anteriormente, conviviendo las antiguas estructuras (hospitales psiquiátricos) con las de nueva creación (Centros de Salud Mental).

En realidad la CAPV fue una de las primeras en establecer una red de centros de salud mental que abarcara todo el territorio así como, en un periodo inicial, en la creación de recursos intermedios (centros y hospitales de día). En 1991 existían 6 centros de día, cifra solo superada por Madrid, Cataluña y Andalucía. En 1994 el número de CSM colocaba a la CAPV en el primer lugar en cuanto a centros implantados en relación con el número de habitantes.³

CENTROS DE SALUD MENTAL EN LA CAV

	1985	2000
Nº CENTROS	35	47
MEDICOS	68	127
OTRO PERSONAL SANITARIO	109	285

- El aumento de la plantilla ha sido igual-

mente notable, con unas cifras estimables en cuanto la relación profesionales/población:

Evolución actividad ambulatoria

Con el fin de dar una imagen lo más actualizada posible se van a utilizar los datos correspondientes al Territorio de Vizcaya, que dan una visión de lo ocurrido en la última década, y que probablemente son extrapolables al conjunto:

- Las consultas de evaluación (primeras y reinicios) han aumentado un 54%
- Las consultas de seguimiento (o sucesivas, consistentes en control farmacológico con un grado variable de apoyo) han aumentado un 150%
- La terapia individual ha aumentado un 37%
- En cambio, y aunque resulte contradictorio ante la presión de la demanda, la terapia grupal ha disminuido un 30%
- La evolución del ítem. “otras intervenciones” probablemente no es valorable. En la medida que se ha ido perfeccionando el registro de casos, se incluyen algunas que antes no se recogían.
- El total de intervenciones ha aumentado un 125%

La realidad, al igual que ocurre en otras CCAA., es que la demanda indiscriminada tiene colapsados a los CSM, que se encuentran con dificultades para establecer programas de seguimiento, visitas a domicilio, atención a la cronicidad, abordajes psicoterapéuticos, etc.

Los tratamientos psicoterapéuticos, en sentido estricto, son casi testimoniales. Salvo honrosas excepciones lo que se ha conseguido es que la consulta “esté en la comunidad”, evitando el desplazamiento a las consultas externas de los hospitales pero, salvo parcialmente en Alava, no ha llegado a implantarse una red de servicios de salud mental, coordinada, y con un desarrollo comunitario.

Hospitalización psiquiátrica de corta estancia

Se han creado cinco unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general (192

PROFESIONALES SALUD MENTAL

	ATS/DUE	T. SOCIAL	OTROS	CENTROPSIQUIAT.PSTC OLO-	
GOS					
CSM ARABA	22	10	21	10	37
CSM BIZKAIA	67	37	36	26	49
CSM GIPUZKOA	38	18	32	12	25
H. SANTIAGO	7	1	14	1	14
H. BASURTO	10	4	13	1	21
H. CRUCES	6	0	9	0	13
H. GALDAKAO	9	3	16	1	17
H. GIPUZKOA	9	2	18	1	25
H. PSQ. ARABA	10	1	32	2	98
H. P. ZAMUDIO	18	0	34	4	99
H. P. ZALDIBAR	8	1	31	3	90
H. P. BERMEO	5	1	27	3	92
TOTAL	209	78	283	64	580

EVOLUCIÓN ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN VIZCAYA ⁴

MODALIDAD	1991	1999	+ - %
CONSULTA EVALUACIÓN	20.436	31.532	+54%
CONSULTA SEGUIMIENTO	61.792	154.252	+150%
TERAPIA INDIVIDUAL	40.065	55.024	+37%
TERAPIA GRUPAL	14.771	10.365	-30%
OTRAS INTERVENCIONES	32.525	130.322	
TOTAL CONSULTIAS	169.589	381.495	+125%

camas). El Hospital Psiquiátrico de Zamudio dispone de dos unidades (que se reducirán a una en el 2002) con un total de 57 camas.

El colapso de los centros de salud mental, y la dificultad para establecer programas de seguimiento en la comunidad, probablemente ha impedido reducir el número de hospitalizaciones.

Por otra parte, las diferentes necesidades de los pacientes han obligado a ir adecuando los recursos en lo que respecta a programas asistenciales, tiempos de estancia, etc. En los últimos años, los hospitales psiquiá-

tricos han ido reconvirtiendo camas de larga (o en el caso de Zamudio de corta) en media estancia (subagudos) y desarrollando centros y hospitales de día.

Hospitalización psiquiátrica de media estancia

En Alava y Bizkaia las camas de media estancia se encuentran ubicadas en hospitales monográficos pertenecientes a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (concertadas en el caso de Guipúzcoa). El número de camas y datos de actividad son los siguientes:

ACTIVIDAD UNIDADES DE HOSPITALIZACION CORTA ESTANCIA. 1999 ⁵

	ALAVA SANTIAGO	BASURTO	VIZCAYA CRUCES	GALDAGANO	GIPUZCOA GIPUZCOA	VIZCAYA ZAMUDIO
Nº CAMAS	32	40	15	37	68	57
Nº INGRESOS	746	871	468	795	1.187	1.083
E/MEDIA	14,12	15,89	10,42	14,15	17,93	17,56
% OCUPACION	94,6	97,6	89,1	82,17	84,7	91,79

Los porcentajes por población son los siguientes:

Nº CAMAS E INGRESOS CORTA ESTANCIA POR POBLACION. 1999

	ALAVA	VIZCAYA	GIPUZCOA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	695.537	2.134.539
CAMAS	32	149	68	249
CAMA S/10.000 hab.	1,09	1,30	0,98	1,17
INGRESOS/10.000 hab.	25,38	28,09	17,06	24,13

UNIDADES HOSPITALARIAS DE MEDIA ESTANCIA (RED PROPIA). 1999⁶

	ALAVA		VIZCAYA	
	H. ALAVA	H. ZALDIVAR	H. ZAMUDIO	
Nº CAMAS	40	40	50	
Nº INGRESOS	202	148	257	
ESTANCIA MEDIA	68,75	89,17	68,07	
I.Ocupación	95,13	90,39	95,86	

Nº CAMAS MEDIA ESTANCIA (RED PROPIA) POR POBLACION

	ALAVA	VIZCAYA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	-
Nº CAMAS	40	90	130
Nº CAMAS/100 00 hab.	1,36	0,79	0,90

Sectorización

Cada uno de los sectores cuenta con los correspondientes Centros de Salud Mental, Hospital General de referencia -con Servicio de Urgencias- y Unidades de Corta Estancia. El resto de los recursos (Media Estancia; Rehabilitación y recursos intermedios) tienen diferente desarrollo:

- En Alava la práctica totalidad de los CSM y las unidades de hospitalización

se encuentran situadas en Vitoria. Cuenta con un programa específico de atención y seguimiento para pacientes desinstitucionalizados. Se mantiene un hospital psiquiátrico con camas de media y larga estancia.

- En Guipúzcoa se dispone de unidad de hospitalización en hospital general y una red de CSM que cubre la totalidad del territorio. El resto de prestaciones se hace en régimen de concertados.
- En Vizcaya se mantienen tres hospita-

ASISTENCIA PSIQUIATRICA. DEPENDENCIA DE RECURSOS

S. Mental Extrahospitalaria	S. psiquiatria en H. General	Hospitales Psiquiatricos
CENTROS DE SALUD MENTAL	BASURTO CRUCES	ALAVA BERMEO
RECURSOS INTERMEDIOS	GALDAKANO GIPUZKOA SANTIAGO	ZALDIBAR ZAMUDIO

SECTORIZACION PSIQUIATRICA. VIZCAYA 2000⁷

PROGRAMA	MARGEN DCHA	MARGEN IZDA	BILBAO	INTERIOR
H. GENERAL	CRUCES	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
URGENCIAS	CRUCES	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
U. CORTA E.	ZAMUDIO	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
C.S.M.	Uribe/ Derio/ Erandio	Barakaldo Sestao Mod. Cruces	B. Etxaniz S. Ignacio ^o	Basauri Galdakao
	Portugalete Ortuella/Zalla B. Etxaniz S. Ignacio		Ajuriaguerra Ercilla Mod. Rekalde N. Salcedo	Durango Gernika Bermeo
U. MEDIA E.	ZAMUDIO	ZAMUDIO	ZAMUDIO/ZALDIBAR	ZALDIBAR
U. REHAB.	ZAMUDIO	ZAMUDIO	ZAMUDIO	-
RECURSOS INTERMEDIOS	H.D. Uribe Club Uribe H.D. Zamud. H.D. Erandio	C.D. Barakdo C.D. Sestao H.D. Ortuella Club Ortuella	H.D. Ajuriaguerra C.D. Garamendi H.D. Basurto	H.D. Basauri C.D. Durango C.D. Gernika
U. LARGA E.			BERMEO/ZALDIBAR	

les psiquiátricos (dos con media y larga estancia y otro -Zamudio- con unidades de corta estancia, media estancia y rehabilitación).

Coordinación

La realidad es que los diferentes dispositivos conforman tres redes paralelas (Salud Mental Extrahospitalaria; Unidades de Psiquiatría de Hospital General; Hospitales Psiquiátricos y recursos intermedios).

La coordinación siempre se plantea como un objetivo necesario, pero su desarrollo es diferente según los casos, y depende en último extremo de la voluntad de los profesionales, al no existir una estructura que lidere todos los recursos de un sector determinado, no estando contemplada la figura de una "Dirección de Área".

- Dentro de los nuevos modelos de gestión sanitaria, Osakidetza está impulsando las "UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA" que, aún no planteadas en exclusiva para salud mental, podrían dar respuesta a este problema.
- Las Unidades de Gestión Clínica consisten en la agrupación de servicios, gestionados por lo tanto desde un lugar común.
- Pretenden asimismo alentar la participación de los profesionales en a toma de decisiones, y dotar de una mayor autonomía (dentro del marco legislativo) en la gestión de recursos.

Recursos de rehabilitación psiquiátrica

Los enfermos mentales, y más cuanto mayor es la gravedad del cuadro clínico que padezcan, siempre han tenido serias dificultades para acceder a determinados recursos (entre ellos a los sanitarios) y en el nuevo marco de evolución social esta dificultad se agrava.

En realidad, y en sentido estricto, en Euskadi solo existe una unidad de rehabilitación (la ubicada en el Hospital de Zamudio) acreditada como tal, e incluida en el Contrato Programa que se firma con la Dirección Territorial anualmente. Pero la realidad es que, ya a finales de los 80, se estableció un programa de atención comunitaria que permitió externalizar a 150 de los 400

pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Alava⁸. No es sino en últimos cinco o seis años cuando se han comenzado a desarrollar dispositivos intermedios (centros y hospitales de día de rehabilitación) programas individualizados, etc.

El problema es que hasta hace relativamente poco tiempo, el tratamiento de "los crónicos" y los programas de rehabilitación psicosocial, habían sido considerados como de "segunda división," con una imagen poco atractiva para los profesionales, que se decantaban por otras áreas de actuación. Afortunadamente esta situación ha ido cambiando y recientemente se ha creado la "Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial".

Por otra parte no ha habido un estudio global de necesidades, ni una planificación de los recursos que serían necesarios para su atención. Así, han sido iniciativas puntuales

UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

INDICADORES	VIZCAYA H. ZAMUDIO
Nº DE CAMAS	46
Nº DE INGRESOS	137
Nº ALIAS	136
E / MEDIA	116,77
% OCUPACIÓN	95,28

las que han ido generando dispositivos de rehabilitación.

Otro inconveniente es que la definición de un recurso no siempre se corresponde con el contenido de sus programas, originando confusión al hacer un "inventario" de los disponibles (hospital de día vs. centro de día por ejemplo). La definición actual de algunos dispositivos como "socio-sanitarios" no ha resuelto el problema sino que, en algunos casos, ha llevado a considerar que debe ser responsabilidad de instituciones no sanitarias (Diputación; Servicios Sociales; Asociaciones de usuarios). De cualquier forma, como antes se anticipaba, en los últimos años se han ido creando recursos que, en lo posible, se ha tratado queden "engarzados" en un esbozo de red de salud mental:

1. Unidades hospitalarias de rehabilitación

RECURSOS INTERMEDIOS. 2000

	DISPOSITIVO	NÚMERO	PLAZAS
ALAVA	Comunidad Terapéutica	1	18
	Hospital de Día Psiquiatría	1	17
	S. Rehabilitación Comunitaria	1	150
	Subtotal	3	185
GUIPUZCOA	U. de Rehabilitación Polivalente	1	60
	Unidad de Día	1	18
	Taller Rehabilitación	3	45
	C. de Día concertados	4	75
	Subtotal	9	198
VIZCAYA	Hospital de Día	11	189
	Club psicossocial	2	35
	Taller Ocupacional	1	17
	C. de Día concertados	5	108
	Subtotal	19	349
TOTAL		31	732

• Existen además 183 plazas de Centro de Día no concertadas (repartidas entre cinco centros)

ALOJAMIENTO PROTEGIDO. 2000

	ALAVA	VIZCAYA	GUIPUZCOA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	695.537	2.134.539
PLAZAS	126	152	¿?	278

Existe únicamente una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (creada en 1996, a partir de la transformación de una unidad de "crónicos," en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio) que da cobertura a tres sectores del Territorio de Vizcaya (Bilbao, Margen Derecha y Margen Izquierda –aproximadamente 700.000 habitantes-).

2. Recursos intermedios

En la tabla adjunta se presentan los dispositivos por cada Territorio, así como los datos referidos a capacidad de los mismos. En unos casos son propios de la red de Osakidetza y en otros concertados (Asociaciones de usuarios –AVIFES, AGIFES- y Fundaciones sin ánimo de lucro –Argia; Eragintza; Bizitegi-)

3. Alojamiento protegido

Además de los de la red propia, se mantienen conciertos con diferentes instituciones (Agia; AVIFES; Bizitegi; Eragintza) para recursos de alojamiento, centros de día, y empleo protegido. Aún siendo difícil hacer el inventario de los existentes –probablemente no estén todos- se ha intentado

hacer una aproximación:

Conclusiones

La situación actual

Como se ha expuesto, en Euskadi no ha habido un movimiento de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización similar al de otras comunidades. No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, pero se ha producido un desarrollo, aunque desigual, de programas de atención comunitaria, pisos protegidos, etc.

Los hospitales psiquiátricos están procediendo a una reconversión de camas de corta y larga estancia hacia la rehabilitación, al mismo tiempo que se procede a la creación de centros y hospitales de día y alojamiento protegido.

Los ratios profesionales/población son superiores a los de la mayoría de la CCAA.; se han creado unidades de hospitalización en los hospitales generales, no habiendo por lo general problemas de falta de camas; se van desarrollando recursos intermedios (las iniciativas de las asociaciones de usuarios han influido positivamente); desde hace unos años existe una

preocupación por una atención digna a la cronicidad (la llamada “Enfermedad mental severa de curso crónico”) con el establecimiento de programas individualizados; han sido creados nuevos dispositivos, como las Unidades de Tratamiento de Trastornos de la Alimentación o la Unidad de Psicosis Refractarias; y en poco tiempo se contará con unidades de hospitalización para la atención infantojuvenil. La población parece estar razonablemente satisfecha del trato que se le dispensa pero a veces da la impresión de que las iniciativas que se toman no obedecen a una programación que contemple las necesidades globales y, menos aún, a una planificación estratégica a varios años vista.

Y las alternativas

En primer lugar parece necesario un Plan de Salud Mental, elaborado con la colaboración de los profesionales y que, tras un análisis de la situación y de las necesidades detectadas, establezca el marco en que nos vamos a mover en los próximos años. En este plan deberían encajar los Procesos de Formulación Estratégica, elaborados por los diferentes centros, con el fin de evitar duplicidades y conseguir que las iniciativas planteadas tiendan a complementarse. En el mismo sentido debe estar clara cual es la Cartera de Servicios ofertada, priorizando actuaciones, y evitando la desatención a los que menos demandan.

La relación con Atención Primaria, sobre la que han trabajado y escrito numerosos compañeros de nuestro entorno, debería concretarse en acuerdos de derivación, protocolos de actuación y actividades de coordinación y formación conjuntas, como ya existen en otras especialidades. Recuerdo, y suscribo, lo que Alberto Fernández Liria decía hace años: que “la reforma psiquiátrica no podría concluirse mientras no se hiciera la reforma de la Atención Primaria”

Hasta aquí, lo planteado serían actuaciones “supracentros”; es decir, que debieran impulsar los políticos sanitarios con la colaboración de los profesionales. Una vez definido ese marco, el resto tiene cabida en los modelos de gestión que se mencionaban anteriormente, y el reto es como hacerlos encajar con el modelo de Psiquiatría

los encajar con el modelo de Psiquiatría Comunitaria, que por otra parte, es consonante con los planteamientos generales de la administración. Así, el “*Plan Estratégico – Servicio Vasco de Salud. 1998-2002*”, enunciaba algunos puntos de mejora. Para el caso que nos ocupa podrían destacarse: “*Débil orientación al cliente; escasa relación entre niveles; estructura organizativa y de personal caracterizada por su rigidez; escasa participación de los profesionales en la gestión*”.

Se utilizan otras palabras (la jerga de la gestión) pero los problemas detectados apuntan en la misma dirección. Al mismo tiempo, en el citado plan se apuntaban posibles soluciones: “*Globalizar el proceso del paciente, priorizando su continuidad; realizar una gestión integrada de las competencias y de los recursos; establecer un plan de formación continuada para todo el ente; optimizar y rentabilizar los recursos disponibles; promover un cambio cultural hacia la calidad total*”... Y todo esto encaja como un guante en el modelo de Psiquiatría Comunitaria y las denominadas Unidades de Gestión Clínica.

Las Unidades de Gestión Clínica

Consisten en la agrupación de Servicios con una misma misión, formando una unidad funcional donde la atención está centrada en la totalidad del proceso asistencial. En otras especialidades (cardiología, aparato respiratorio) se han puesto en funcionamiento con éxito y a satisfacción de los profesionales. Los efectos fundamentales de una UGC son:

- *Mejora de la atención al paciente en su proceso.*
- *Mayor autonomía de gestión, con participación de los profesionales, y posibilidades de incentivos.*
- *Sistemas de autoevaluación cualitativa de los programas.*
- *Gestión global de los recursos, que permite racionalizar los flujos de pacientes e implantar nuevos programas acordes con las necesidades.*
- *Mejora de la coordinación entre niveles al desaparecer los “compartimentos estancos.”*

Resulta evidente que la filosofía asistencial



(psiquiatría comunitaria, sectorización, continuidad de cuidados, etc.) queda salvaguardada, siendo equivalente a la de "Red de Salud Mental," donde los recursos asistenciales son considerados como un conjunto, y sus profesionales copartícipes con posibilidad de decisión en la totalidad del proceso asistencial.

Papel de la OME-AEN

La AEN actuó como referente en los proyectos de reforma psiquiátrica. De hecho, la Ley General de Sanidad recogió sus (nuestras) propuestas prácticamente en su totalidad, aceptando la transformación de la atención centrada en los manicomios y situando como eje a los Centros de Salud Mental. Como antes se afirmaba estos pos-

tulados no son discutidos en la actualidad, pero es cierto que su desarrollo ha sido muy desigual, lo que ha frustrado las expectativas de muchos de los compañeros más comprometidos.

Han pasado los años, la situación es distinta, pero la postura de nuestra Asociación debe ser la misma: Defensa de un sistema público, equitativo y universal y compromiso con la sociedad. El reto actual, como antes apuntaba, es hacer compatibles los cambios producidos en la administración y sus modelos de gestión con esos ideales. Es posible, pero para ello habrá que evitar las tentaciones de abandono e involucrarse. Es una tarea de todos. Esa es la tarea común.



Bibliografía:

1. EUSTAT-ESTADÍSTICA HOSPITALARIA. Web: <http://www.eustat.es>
2. Plan estratégico de atención psiquiátrica y promoción de la salud mental en la CAPV (1990). Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Servicio central de publicaciones. Vitoria.
3. *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, (2000). Informe del Ararteko/defensor del Pueblo Vasco. Vitoria-Gasteiz.
4. OSAKIDETZA. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia. MEMORIA 1999.
- 5, 6. OSAKIDETZA-SVS. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. MEMORIA 1999.
7. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO . MEMORIA 1999 (www.hospitalzamudio.org)
8. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA. MEMORIA 1999
9. AGUIFES (Asociación Guipuzcoana de Familiares y Enfermos Psíquicos). MEMORIA 1999/ARGIA FUNDACION. MEMORIA 1999/AVIFES (Asociación Vizcaina de Familiares y Enfermos Psíquicos). MEMORIA 1999/BIZITEGUI (Asociación para el Apoyo e Inserción de Personas en situación desfavorecida. MEMORIA 1999/ERA GINTZA (Fundación para la rehabilitación e inserción sociolaboral de las personas con trastornos mentales). MEMORIA 1999

Agenda

4 – 6 Abril.....Huelva

XVIII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
“*Siglo XXI. Crisis de los paradigmas ¿de la Psicología a las Neurociencias?*”
Secretaría: 637.833619

11 – 13 Abril.....Madrid

XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática
“*La Psiquiatría de enlace en el siglo XXI*”
Secretaría: 91-3521526

9 – 10 Mayo.....Aranjuez

Encuentro nacional para profesionales: Cocaína
Organiza: C. C. Drogodependencias. Comunidad de Madrid
Secretaría: 925.251637

13 – 17 Mayo.....Granada

“*Impacto de las desigualdades socioeconómicas en la salud*”
Organiza: Escuela Andaluza de Salud Pública
Secretaría: 958.027400

21 – 24 Mayo.....Palma de Mallorca

XII Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP)
y XIV Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública (FADSP)
“*Globalizar la salud en un mundo global*”
Secretaría: FADSP: 91-5411891;

26 - 30 Mayo.....Barcelona

II Congreso Internacional en Rehabilitación Psicosocial Integral en la
Comunidad y con la Comunidad

Secretaría: congres2002@arapdis.org

6-7 Junio.....Bilbao

2ª Conferencia de Consenso sobre Reducción de Riesgos asociados al uso
de sustancias: Drogas: Exclusión o integración social

Organiza: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco

11 Junio.....Bilbao

Jornada de debate sobre “¿Salud mental o psiquiatría?”

Sala Archivo Foral de Diputación, C/ Mª Díaz de Haro a las 17 h.

20-23 Junio.....Bilbao

VI Congreso Nacional sobre trastornos de la Personalidad

Organiza: Sdad. Española para el Estudio de los Trastornos de Personalidad

Secretaría: 94-4006066

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, se ha de solicitar previamente la incorporación a AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios que siga a su recepción.

La cuota anual es de 78€ para el año 2.002. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, algunos libros y publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios de AEN, OME y AAN.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Villanueva, 11. 28001-Madrid. Tfno/Fax: 91.4314911

O bien a OME, Barrenkale 40,1º. 48005-Bilbao. Tfno y fax: 94.4162202.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en OME (OSASUN MENTALAREN ELKARTEA - ASOCIACION de SALUD MENTAL)

D..... profesional de la Salud Mental,

con título de que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población..... C.P. Provincia

Teléfono Correo electrónico.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea - Asociación de Salud Mental), para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../2002. (y firma de los 2 miembros)

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado.

NombreDirección

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal

Cuenta nº Población

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el..... de..... de 200.....

Firma