ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 47

MANUEL DESVIAT
ANA MORENO PÉREZ
(editores)

ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2012

Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife, 6-9 Junio 2012

© Los autores
© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
Magallanes, 1, sotano 2, local 4 / 28015 Madrid
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Con la colaboración de: Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda

ISBN: 978-84-92848-41-6
Depósito Legal: M-18764-2012
Impreso en España. Unión Europea
Impresión: ExLibris, Infanta Mercedes, 92 Bajo, 28020 Madrid
Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino de Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.
28500 Arganda del Rey (Madrid)
Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es
Director de la edición: Manuel Desviat
Ilustración de portada: "Deixis", Átopos, 2012

ÍNDICE

Relación de autores 9
Prólogo, *B Saraceno* 15

1
LOS PRINCIPIOS

1.1. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. *M Desviat, A Moreno* 21
1.2. La reforma psiquiátrica, *M Desviat, A Moreno* 28
1.3. Las reformas tardías, *M Desviat, A Moreno* 37
1.4. Sistemas sanitarios y evolución del modelo de salud mental comunitario, *M Desviat, A Moreno* 49
1.5.1. Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El examen preliminar, *J Gofin, I Levav, JJ. Rodríguez* 57
1.5.2. Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El diagnóstico comunitario, *J Gofin, I Levav, JJ. Rodríguez* 71
1.6. La epidemiología psiquiátrica al servicio de los programas de salud mental comunitaria, *I Levav, R Gofin, J Gofin* 78
1.7. Factores adversos y grupos de riesgo, *B García, I Markez* 85
1.8. La prevención del suicidio, *JM Bertolote* 104
1.9. Planificación y programación en salud mental, *R Sepúlveda, A Minoletti*
1.10. La gestión de la sanidad, *JM Repullo* 115
1.11. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva, *M Desviat, A Moreno* 126

2
BASES PSICOPATOLÓGICAS DE LA PSIQUIATRIA

2.1. Sustancia y fronteras de la enfermedad mental, *JM Álvarez, F Colina* 137
2.2. Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico, *C Bayón, A Fernández Liria, G Morón* 150
2.3. Nuevas aportaciones a la psicopatología: proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas, *B Rodríguez Vega, A Fernández Liria, C Bayón* 162
2.4. La razón de ser de la psicopatología, *M Desviat, A Moreno* 175

3
HERRAMIENTAS

3.1. Habilidades de entrevista en salud mental, *F González Aguado, A Ortiz* 187
3.2.1. La construcción social de la realidad y la locura, *F Rodríguez Pulido, N González Brito* .. 199
3.2.2. La construcción social de los diagnósticos psiquiátricos y las clasificaciones, *F Rodríguez Pulido, N González Brito* 210
3.3. Teoría de la crisis, *A Fernández Liria, L Repeto, L Marinas* 223
3.4.1. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo, A Fernández Liria, *B Rodríguez Vega, A Muñoz, S Cebolla* 230
3.4.2. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: diferentes modelos de intervención, *A Fernández Liria, B Rodríguez Vega, A Muñoz, S Cebolla* 243
3.5. Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica, *A Muzquiz, I de la Mata* 255
3.6. Los cuidados en salud mental, *A García Laborda* 271
3.7.1. Técnicas específicas de rehabilitación, *M Rullas, J González Cases* 283
3.7.2. Técnicas específicas de rehabilitación, *M Rullas, J González Cases* 293
3.8. La indicación de no- tratamiento, *A Ortiz* 302
3.9. Prevención cuaternaria en salud mental, *V Ibáñez, A Ortiz* 311
3.10. El empleo, *T Sobrino* 325

4
DISPOSITIVOS EN LA RED COMUNITARIA

4.1. Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional, *F del Río, J Carmona* 341
4.2. La red de infancia y adolescencia, *E Mollejo* 356
4.3. La atención ambulatoria en la comunidad como eje del tratamiento, *M Sanz* 365
4.4. La toma a cargo del paciente y la coordinación con atención primaria y otros servicios e instituciones, *A Retolaza* 378
4.5. Hospitalización parcial, *J Mas, MJ García* 389
4.6. Hospitalización a domicilio, *E Aguilar, MF Valdivia, A Luengo, G Gámiz* 400
4.7. Unidades de hospitalización en hospital general, *A Moreno, M Desviat* 411
4.8. Interconsulta y enlace en hospital general, *J Conejo* 424
4.9. Unidades de Rehabilitación, "espacios intermedios hospitalarios", *JJ Uriarte* 434
4.10. Espacios residenciales, *M Laviana; M López* 445
4.11. Atención psiquiátrica a los pacientes sin hogar, *E. Medina* 459
4.12.1. La continuidad de cuidados, *A González* 468
4.12.2. La continuidad de cuidados, *A González* 476

5
PROCESOS ASISTENCIALES Y PROGRAMAS

5.1. ¿Qué es un proceso? *A Moreno, M Desviat* 487
5.2. La atención a personas con trastorno mental grave, *A Tesoro, E Gay* 494
5.3.1. La atención a personas con estados mentales de alto riesgo (de psicosis), *J L Tizón* ... 506
5.3.2. La atención a personas con estados mentales de alto riesgo (de psicosis), *J L Tizón* ... 513
5.4.1. La atención al primer episodio psicótico. Detección temprana, *O Vallina, S Lemos, P Fernández* 535
5.4.2. La atención al primer episodio psicótico. Intervención temprana, *O Vallina, S Lemos, P Fernández* 544
5.5. La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y sistemas de atención, *A Retolaza* 556
5.6. La atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia, *C Escudero* 568
5.7. La atención a los adultos mayores, *J López* 576
5.8. La salud mental en la pérdida de la salud física: procesos crónicos, *M Diéguez, J Alday* 585
5.9. La atención a personas con diagnóstico de trastorno de personalidad. *C Cabrera, C Rodríguez Cahil, E Almazán, E de Grado, J Morales, R Tierno* 598
5.10. La atención a personas diagnosticadas de TCA; *J Alday y M Dieguez* 612
5.11. Atención al problema del alcoholismo en la comunidad. *P Cuadrado* 624
5.12. Atención al problema de las toxicomanías. *I Márquez, F Pérez del Río* 635
5.13. Atención intercultural a la salud mental en la diversidad, *N Sayed* 648
5.14. Atención a los problemas de salud mental en situación de catástrofes y emergencias, *P Pérez* 659
5.15. Violencia de género: detección e intervención en salud mental comunitaria, *C Polo* 672
5.16. Violencia colectiva y sus víctimas, *I Markez, O Barrenetxea* 679
5.17. Salud mental en el ámbito laboral, *J Fornés* 690
5.18. Atención a la salud mental en el medio penitenciario, *E Pérez* 704

6
EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROCESOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

6.1. Evaluación de los procesos, *J. Carmona, F del Río, A Tesoro, E Gay* 717
6.2. La gestión de la calidad, *F Chicharro* 726
6.3. Organización Mundial de la Salud/OMS: Evaluación y reducción de la brecha en salud mental, *V Aparicio Basauri* 735

7
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

7.1. La formación en la Salud Mental Comunitaria, *MF Bravo Ortiz* 743
7.2. La formación especializada reglada, *MF Bravo Ortíz, JF Montilla, C Escudero, A García Laborda* 753
7.3. Formación especializada no reglada: *R Prego, B Rodríguez Vega, A Fernandez Liria, J González Cases, D Gil* 762
7.4. Participación de los usuarios y familiares en la formación de los profesionales, *M Munarriz* 773
7.5. Investigación en Salud Mental: *MF Bravo Ortiz, M Gómez Beneyto* 777

8
ÉTICA Y LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA

8.1. Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado, *A Moreno, M Desviat* 787
8.2. Consentimiento informado. Internamientos involuntarios. Imputabilidad, *J Medrano, F Santander* 796
8.3. Información y confidencialidad, *MA García Álvarez* 804
8.4. Competencia y capacidad. *M Desviat, A Moreno* 812
8.5.1. Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos Humanos en Salud Mental. Una aproximación, *A Torras* 820
8.5.2. Visibilidad, protesta y denuncia. Algunas propuestas, *A Torras* 835

9
SITUACIÓN MUNDIAL. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE BUENAS PRÁCTICAS

9.1. Situación mundial, *M Desviat, A Moreno* 851
9.2. Experiencias internacionales de buenas prácticas: Trieste, Lille, *M Desviat, A Moreno* .. 858
9.3. La reforma psiquiátrica en Brasil, *DS Nascimiento, P Fagundes, H Fagundes* 866

10
LOS MOVIMIENTOS DE USUARIOS EN EL MUNDO

10.1. La voz de los usuarios, *JC Casal, R Guinea* 877
10.2.1. Salud mental: Nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles, *M Correa-Urquiza* 885
10.2.2. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Des-enfermar identidades: algunos ejemplos, *M Correa-Urquiza* 894
10.3. Los movimientos de familiares y usuarios en España. La confederación FEAFES, *C García de Gudal* 905

A MODO DE CONCLUSIONES, *M Desviat, A Moreno* 915

INDICE DE AUTORES

Aguilar García-Iturrospe, Eduardo. Unidad de Hospital a Domicilio. Hospital de Sagunto. Departamento de Sagunto. Valencia. Cibersam

Alday Muñoz, Juan. Psiquiatra. Servicio de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Hospital Severo Ochoa, Leganés. Madrid

Almazán García, Eva. Enfermera Especialista en Salud Mental. CSM, Instituto Psiquiatrico Jose Germain. Leganés. Madrid

Álvarez, Jose María. Psicólogo clínico. Psicoanalista. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Aparicio Basauri, Víctor. Psiquiatra. Asesor Subregional de Salud Mental, OPS/OMS

Barrenetxea Larrondo, Olatz. Psicólogo clinico, grupoanalista, vicepresidenta de la seccion de ddhh de AEN. Olatz.barlar@telefonica.net

Bayón Pérez, Carmen. Psiquiatra. Hospital Universitario la Paz. Idipaz. Universidad Autónoma de Madrid

Bertolote, José Manuel. Profesor, Australian Institute of Suicide Research and Prevention. Griffith University, Brisbane, Australia. Profesor Asociado, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, Brasil

Bravo Ortiz, Mª Fe. Psiquiatra. Psicóloga. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría de la UAM. Presidenta de la AEN

Cabrera Ortega, Carolina. Psiquiatra, psicoterapeuta, coordinadora del programa de trastornos de personalidad del Instituto psiquiátrico José Germain. Leganés, Madrid. ccabrera.ipjg@salud.madrid.org

Carmona Calvo, José. Psiquiatra. Coordinador de la USMC de Jerez. UGC de Salud Mental del Hospital SAS de Jerez de la Frontera

Casal Álvarez, Juan Carlos. Presidente de la Asociación Alonso Quijano. www.a-alonsoquijno.org, Coordinador del club social

Cebolla, Susana. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de La Paz. Madrid

Chicharro Lezcano, Francisco. Psiquiatra. Jefe de Servicio de UGC de la Red de Salud Mental de Vizcaya. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Colina, Fernando. Psiquiatra. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. fcolinape@saludcastillayleon.es

Conejo Galindo, Javier. Interconsulta y Psiquiatría de Enlace. Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Correa Urquiza, Martín. Doctor en Antropología médica y salud internacional. URV; Profesor del Departamento de Antropología de la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona y del Departamento de Enfermería Coordinador en la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia

Cuadrado, Pedro. Psiquiatra, Jefe del Servicio de Salud Mental Vallecas Villa, pedrocuadrado@ono.com

Desviat Muñoz, Manuel. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Tetuán. HULP. Madrid. desviatm@gmail.com

Dieguez Porres, María. Psiquiatra. Servicio de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Escudero, Consuelo. Psicologo Clinico. Programa de atención a niños y adolescentes. Servicio de S.M. de Getafe. cescuderoa@ono.com

Fagundes da Silva, Paulo Roberto. Investigador del Departamento de Ciencias Sociales de la Fundación Oswaldo Cruz

Fagundes Junior, Hugo Marques. Coordinador del Área de Planificación 3.1 de la Secretaría Municipal de Salud de la Ciudad de Río de Janeiro. Coordinador de Salud Mental de la Municipalidad de Río de Janeiro, de 1994 a 2009

Fernandez Liria, Alberto. Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Fernández, Purificación. Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Torrelavega

Fornés, Joana. Catedrática de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Universitat de les Illes Balears. joana.fornes@uib.es

Gámiz Poveda, Gemma. Unidad de Hospital a Domicilio-Salud Mental. Hospital Arnau de Vilanova. Departamento 6. Valencia

García Álvarez, Maria Jesús. Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatria. Área de Saúde Mental de Santiago de Compostela

García Alvarez, Miguel Anxo. Psicólogo Clínico. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. miguel.anxo.garcia.alvarez@sergas.es

García de Gudal, Carmen. Fundadora de la Asociación Salud y Alternativas de Vida, Ex Presidenta de la Federación Madrileña de Asociaciones de Salud Mental (FEMASAM)

García Laborda, Ana. Enfermera especialista de Salud Mental. Socióloga. Antropóloga. Centro de Salud Mental de Parla (Madrid)

García Moratalla, Beatriz. Psiquiatra, CSM de Sestao, RSM de Bizkaia, Osakidetza

Gay Pamos, Eudoxia. Psiquiatra. Directora de Docencia de la fundación Castilla del Pino.H.Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Gil Martorell, Daniel. Trabajador Social. Centro de Salud Mental de Colmenar Responsable de Rehabilitación de la Red de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz. Madrid

Gofin, Jaime. Professor MD, MPH Community- Oriented Primary Care (COPC) Program, Department of Health Promotion, Social and Behavioral Health,. College of Public Health. University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, U.S.A.

Gofin, Rosa. MD, MPH Department of Health Promotion, Social and Behavioral Health. College of Public Health. University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, U.S.

Gómez Beneyto, Manuel. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatria, Valencia

González Aguado, Francisco. Psiquiatra. CSM Alcalá de Henares

González Brito, Nuria. Enfermera. Especialista en Salud Mental. Secretaria ACN

González Cases, Juan. Psicólogo clínico. Director Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares. “Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera”,

Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (Gestión técnica Grupo Exter S.A.)

González Rodríguez, Ana. Psiquiatra CSM Chamartín, Madrid

de Grado, Esther. Psicólogo clínico, CSM Leganés,Madrid. edegrado.ipjg@salud.madrid.org

Guinea, Ricardo. Médico. Psicoterapeuta. Gerente de Programas MSCM. Secretario General WAPR www.wapr.info

Ibáñez, Vicente. Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Torrecárdenas. Almería

Laviana, Margarita. Psicóloga Clínica. Coordinadora de las Comunidades Terapéuticas. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

Lemos, Serafín. Psicologo. Catedrático de Psicopatología. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo

Levav, Itzhak. MD, MSc Department of Community Mental Health, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, Universidad de Haifa, Haifa, Israel. Asesor en Investigación, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel

López Álvarez, Jorge. Psiquiatra, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer (UIPA)

López Álvarez, Marcelino. Psiquiatra y sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación Fundación Publica Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

Luengo Martín, Ana. Unidad de Hospital a Domicilio-Salud Mental. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento 5. Valencia. Cibersam

Marinas Lilia. MIR psiquiatria. Hospital Nniversitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Márkez Alonso, Iñaki. Psiquiatra, CSM de Basauri, RSMB, Osakidetza. Investigador social. imarkez@euskalnet.net

Mas Hesse, Josefina. Psiquiatra. Hospital de Día. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

de la Mata Ruiz, Ivan. Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés, Madrid

Medina, Elena. Psiquiatra, Programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar. Madrid

Medrano, Juan. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza

Minoletti, Alberto. Psiquiatra, Profesor de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile

Mollejo, Encarnación: Psiquiatra. Jefe de Servicio de Salud Mental del Distrito de Arganda del Rey - Hospital del Sureste

Montilla, Francisco José. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Salud Mental. SSM de Getafe. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. Representante de la AEN en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría

Morales Zamorano, José. Psiquiatra. Instituto psiquiátrico SSM José Germain. Leganés, Madrid

Moreno Pérez, Ana. Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. anamorenoperez@gmail.com

Morón Nozaleda, MaríaGoretti. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Munarriz, Mikel. Psiquiatra. Unidad docente de Salud Mental de Castellón

Muñoz Sanjosé, Ainoa. Psiquiatra. Hospital Universitario la Paz

Muzquiz Jiménez, Álvaro. MIR Psiquiatria. Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés, Madrid

Nascimiento Alves, Domingos Sávio. Coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud en los períodos 1991/1992 y 1995/1996. dsn.alves@terra.com.br

Ortiz Lobo, Alberto. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Salamanca. Madrid

Pérez del Rio, Fernando. Psicólogo. Proyecto Hombre Burgos. fernando@proyectohombreburgos.com

Pérez Martínez, Enrique. Psiquiatra consultor Hospital General Universitario Alicante. eperezmar@yahoo.es

Pérez Sales, Pau. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Madrid. pauperez@arrakis.es

Polo Usaola, Cristina. Psiquiatra. Jefa Servicios Salud Mental de Hortaleza. Madrid. cristinapolo83@hotmail.com

Prego Dorca, Roque. Psiquiatra. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander. Presidente de la Sección de Salud Mental Infanto Juvenil de la AEN

Repeto Zilberman, Clara. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. MIR de Psiquiatría en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. lara_repeto@yahoo.es

Repullo, Jose Ramón. Jefe del Dpto. de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III. jrepullo@isciii.es

Retolaza, Ander. Psiquiatra. Jefe de Unidad de Gestión Clínica. Red de Salud Mental de Bizkaia. ander.retolazabalsategui@osakidetza.net

del Rio Noriega, Francisco. Psiquiatra, Director UGC Salud Mental Área Hospitalaria de Jerez

Rodríguez Jorge J. Jefe del Programa de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EE UU

Rodríguez Cahill, Cristina. Psicóloga clínica. Hospital Provincial de Toledo. criscahill@yahoo.es

Rodríguez Pulido, Francisco. Profesor Titular de Psiquiatria de la ULL. Director del Plan Insular de Rehabilitacion Psicosocial para personas con Trastornos Mentales Graves. Fundador del Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife. Presidente de la ACN

Rodríguez Vega, Beatriz. Psiquiatra. Hospital Universitario la Paz. Idipaz. Universidad Autónoma de Madrid

Rullas Trincado, Margarita. Psicóloga clínico. Directora Centro de Rehabilitación

Psicosocial, Equipo de Apoyo Social Comunitario y Pisos Supervisados Coslada- San Fernando de Henares. “Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera”, Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (Gestión técnica Grupo Exter S.A.)

Santander, Fernando. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza

Sanz Amador, Marta. Psiquiatra. CSM de Leganés. Madrid. msanz.ipjg@salud.madrid.org

Saraceno, Benedetto. Profesor de Salud Global, Universidad de Lisboa y de Psiquiatría Social, Universidad de Ginebra

Sayed, Nabil. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Comunitaria Roquetas-Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas-Almería. Coordinador de la sección “Cultura y Migración en Salud Mental” de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN. elinmigrante@telefonica.net

Sepúlveda, Rafael. Psiquiatra, Profesor de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile

Sobrino, Teo. Psicóloga Cínica. Instituto Psiquiátrico SSM José Germain, Leganés, Madrid. tsobrino.ipjg@salud.madrid.org

Tesoro Amate, Amalia. Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. amalia.tesoro@gmail.com

Tierno Patiño, Raquel. Psiquiatra del CSM del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés, Madrid. raquel.tierno@salud.madrid.org

Tizón, Jorge Luis. psiquiatra, neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Fundador y Ex - Director del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP) del área de Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut de Barcelona. Profesor de la Universitat Ramon Llull (Barcelona)

Torras, Andrés. Presidente de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). atg1972@ono.com

Uriarte Uriarte, Jose Juan. Psiquiatra. Jefe Unidad Gestión Clínica. Red de Salud Mental Bizkaia. Osakidetza. jota.jota@telefonica.net

Valdivia Martín, Mª Fernanda. Psiquiatra del Hospital de Día de Lo Morant. Área 19. Alicante

Vallina, Óscar. psicólogo clínico. CSM de Torrelavega, Servicio Cántabro de Salud

EDITORES
Manuel Desviat
desviatm@gmail.com
Ana Moreno
anamorenoperez@gmail.com

Prólogo

Benedetto Saraceno

Es un gran honor para mí escribir el prólogo de un libro concebido, editado y escrito por Manuel Desviat y Ana Moreno, junto con un grupo de autores de prestigio internacional.

Sin embargo, he de ser sincero: ¿Otro manual de salud mental y psiquiatría? ¿Era realmente necesario? O, una vez más, uno o más psiquiatras necesitan ordenar por enésima vez los conocimientos de la psiquiatría y de la salud mental «a su manera» y elaborar así «su» manual. Un poco como los libros de recetas gastronómicas: hay ya hasta demasiados pero, de vez en cuando, algún gran cocinero siente la necesidad de añadir «su» recetario.

Por tanto, ¿quién necesita un nuevo manual de salud mental y psiquiatría: los potenciales lectores o los autores?

No creo que esta sincera duda incomode a los autores, puesto que la intención de mi pregunta no es una crítica a su libro sino una reflexión general que sirve (me sirve) para escribir este prólogo.

Mi provocadora pregunta -¿era realmente necesario este nuevo manual?- me permite identificar algunas respuestas que nos permiten comprender mejor los objetivos del libro de Desviat y Moreno.

Primero: Muchos (demasiados) son los manuales de psiquiatría que nos describen viejas y nuevas teorías psicopatológicas (no muy diferentes unas de otras).

En cambio, muy pocos son los manuales que nos cuentan cómo se lleva a cabo la acción de salud mental en la comunidad, que dicen «cómo» se hace salud mental más que explicar «qué» es salud mental.

Esta es la primera diferencia importante por la que el manual de Desviat y Moreno resulta útil: pone a disposición de los agentes de la salud mental un texto que sintetiza de manera concisa, eficaz e inteligente los principios (capítulo 1), los dispositivos (capítulo 4) y los procesos asistenciales (capítulo 5) necesarios para garantizar una acción de salud mental comunitaria eficaz y costo-efectiva. Se requiere mucha información de este tipo para formar

a los nuevos profesionales de la salud mental, que no son ni serán necesariamente médicos psiquiatras. La terrible brecha entre los que precisan salud mental y quienes efectivamente reciben algún tipo de asistencia para la salud mental es inmensa. Y no solamente, como podría pensarse, en los países muy pobres; la brecha está presente en países más ricos e incluso en los manifiestamente muy ricos.

Baste decir que la tasa media de los no tratados (definida como brecha de tratamiento) es del 32.2% para la esquizofrenia (es decir, 32.2% de las personas con esquizofrenia que necesita tratamiento no lo recibe), del 56,3% para la depresión mayor y del 78,1% en los trastornos por el consumo de alcohol.

Esto se debe en parte a la escasez de recursos: 0.04 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en África; 0,20 en el Sudeste asiático, 0,30 en China y en el Pacífico Occidental y 0,95 en los países árabes.

Pero también hay otras razones que explican la inaceptable falta de servicios y de tratamientos: poca inversión económica, concentración de los escasos recursos en hospitales psiquiátricos, el estigma y la discriminación.

Segundo: es abundante la producción anglosajona de textos sobre salud mental, pero reducida en lenguas latinas.

Los franceses han escrito generosamente, pero sólo en el campo psicoanalítico y, por lo general, sin la perspectiva de salud pública; los italianos han escrito cientos de artículos breves sobre salud mental, pero no han logrado sistematizar conocimientos y experiencia en textos más estructurados; los autores de lengua portuguesa (los brasileños) se sumergen demasiado a menudo en la reflexión ideológica, a veces de alto nivel, pero sin la preocupación de ofrecer instrumentos de intervención sistemáticos.

El libro de Desviat y Moreno se muestra como una referencia fundamental para los profesionales de la salud mental de lengua latina (sobre todo, por supuesto, los de lengua española). En otras palabras, el libro de Desviat y Moreno rompe el monopolio anglosajón de la literatura sobre «mental health» y sistematiza la contribución de experiencias internacionales ignoradas con demasiada frecuencia por la literatura oficial (capítulo 9).

Tercero: La historia de experiencias innovadoras de salud mental ha utilizado en exceso el tono narrativo y no ha tenido en cuenta las aportaciones indispensables de la epidemiología (aquí muy bien representada por la contribución de I.Levav en el capítulo 1), de las disciplinas de evaluación (aquí bien reflejadas gracias a las aportaciones de V. Aparicio, J. Carmona, F. del Río, A. Tesoro, E. Gay y F. Chicharro en el capítulo 6) y, por último, las disciplinas jurídicas cuya contribución está representada aquí por el importante capítulo 8.

Cuarto: Los usuarios y las familias raras veces están presentes en los manuales que, en la mayoría de los casos, mantienen la actitud tradicional de la psiquiatría de considerar a los usuarios más como «objeto» de la intervención que como «sujeto» y aliado.

Afortunadamente, esta lamentable tendencia ha disminuido mucho en literatura anglosajona, pero sigue siendo dominante en la escrita en lenguas latinas donde los usuarios y familias aparecen demasiado a menudo más como protagonistas de una relación paternalista que como ciudadanos que gozan de plenos derechos.

El capítulo 10 del libro de Desviat y Moreno es una excepción y considera la voz de los usuarios y las familias como parte integrante de la acción de salud mental en la comunidad.

He sugerido cuatro aspectos de este libro que lo hacen innovador y que responden en parte a la provocadora pregunta inicial: ¿necesitamos realmente este nuevo manual?

Subrayo «en parte» porque la provocadora pregunta sobre innovación o repetición en la literatura psiquiátrica y de salud mental sigue siendo válida y no pierde ni debe perder su poder para indagar sobre las frágiles bases epistemológicas y morales de la psiquiatría.

Con excesiva frecuencia incluso las teorías psicopatológicas y los instrumentos terapéuticos que emplea la psiquiatría están muy lejos de la evidencia científica.

Con excesiva frecuencia un explosivo cóctel de intereses económicos (de la industria farmacéutica) y de arrogantes y no verificadas hipótesis clínicas constituyen una cartera de instrumentos terapéuticos muy utilizados pero poco testados con métodos fiables de evaluación de la eficacia.

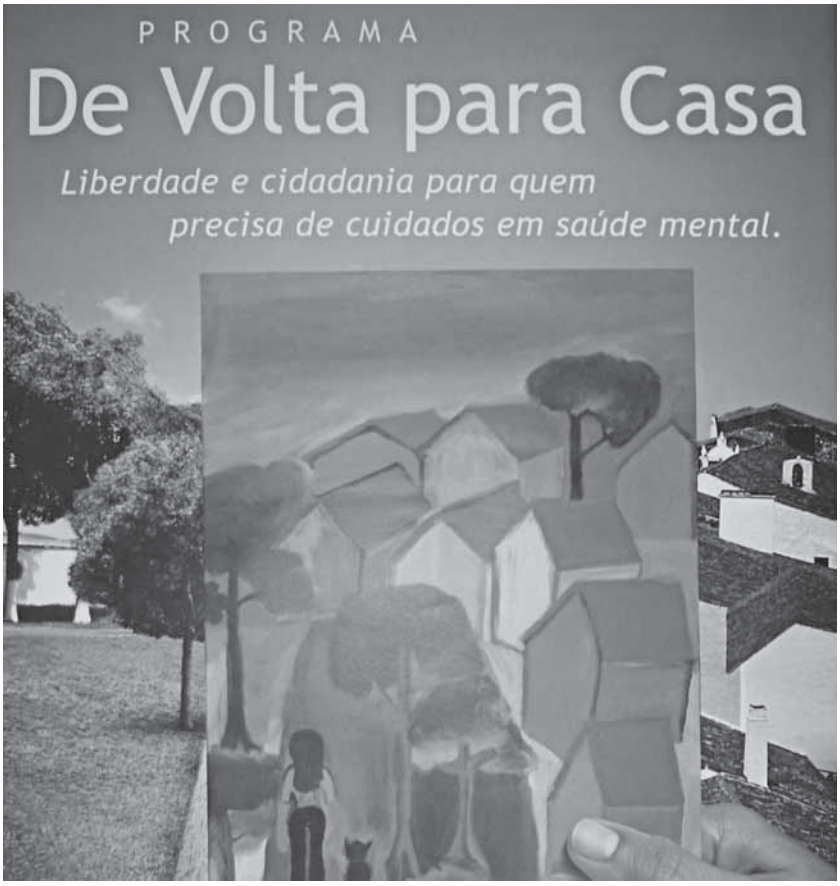
Con excesiva frecuencia psiquiatras conservadores vinculados a la industria farmacéutica y psiquiatras progresistas independientes de la industria farmacéutica son, paradójicamente, cómplices en la práctica de intervenciones terapéuticas que no se basan en la evidencia. Por eso la psiquiatría necesita cuestionar obsesiva y valientemente sus prácticas terapéuticas, los contenidos de la formación que proporciona a los jóvenes trabajadores futuros de salud mental futura y, por último, los objetivos y los modelos tradicionales de la investigación biológica, psicológica y social.

Este libro no responde (ni probablemente tuviera la intención ni la ambición de responder) a TODAS las preguntas planteadas por la fragilidad epistemológica de la psiquiatría y de la salud mental, sin embargo aporta al debate una importante contribución, honesta e innovadora.

En conclusión, creo que los autores y los futuros lectores, juntos, podrían en conciencia responder afirmativamente a mi pregunta inicial y decir con satisfacción que sí, que necesitábamos este nuevo, inteligente y valiente libro de Manuel Desviat y Ana Moreno.

Traducción: *Pilar González Rodríguez*

1
LOS PRINCIPIOS



1.1 Principios y objetivos de la salud mental comunitaria, *M Desviat, A Moreno;* 1.2 La reforma psiquiátrica, *M Desviat, A Moreno;* 1.3 Las reformas tardías, *M Desviat, A Moreno* 1.4. Sistemas sanitarios y evolución del modelo de salud mental comunitario, *M Desviat, A Moreno;* 1.5.1 Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El examen preliminar, *J Gofin, I Levav, JJ Rodríguez;* 1.5.2 Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El diagnóstico comunitario, *J Gofin, I Levav, JJ. Rodríguez;* 1.6 La epidemiología psiquiátrica al servicio de los programas de salud mental comunitaria, *R Gofin, J Gofin, I Levav;* 1.7 Factores adversos y grupos de riesgo, *B García, I Markez;* 1.8 El suicidio y su prevención, *J M Bertolote;* 1.9 Planificación y programación en salud mental, *R Sepúlveda, A Minoletti;* 1.10 La gestión de la sanidad, *J M Repullo;* 1.11 De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva, *M Desviat, A Moreno*

1.1. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria

Manuel Desviat, Ana Moreno

> Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo, lo ve como representante de un grupo y su tratamiento está determinado no solo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos asequibles para enfrentarlo.
>
> *Gerald Caplan*[1]

LOS ORIGENES

La salud mental comunitaria surge en los años sesenta del siglo XX en los EEUU, en los tiempos del *new deal* de la administración Kennedy, cuando este país promueve cambios en la sanidad y en la atención social, asumiendo en la atención psiquiátrica los principios desinstitucionalizadores iniciados en Europa tras la Segunda Guerra Mundial. Podemos fijar dos hechos inaugurales para la psiquiatría comunitaria o preventiva: El programa presentado a la Cámara de Representantes, por John Kennedy en 1963, en la *Community Mental Health Centers Act* que proponía la creación a escala nacional de "servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y para la rehabilitación de esas personas", y la publicación del libro de Gerald Caplan, *Principios de Psiquiatría Preventiva* en 1966, que establece las bases conceptuales del nuevo modelo de atención. La salud pública, la integración de los diferentes niveles de atención, el trabajo en el territorio, la continuidad de cuidados, constituyen la base de un modelo que, con algunas características diferenciales, va a designar el modelo de asistencia de los procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica, desde la psiquiatría del sector francesa a la reestructuración psiquiátrica en América Latina. Reforma psiquiátrica, y modelo comunitario, cuyos principios y objetivos se inscriben en el movimiento de transformaciones sociales, en el proceso de reordenación de las políticas sociales y económicas iniciadas tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se busca combatir las desigualdades sociales y, por tanto, la legitimación de los gobiernos a través de la mejora de las prestaciones públicas. Hay un cuándo, la fuerza renovadora de los movimientos sociales en los años sesenta y el auge de las nuevas orientaciones de la salud pública: la llamada Nueva Salud Pública, con su énfasis en la prevención; y el desarrollo de la Atención Primaria. La Organización Mundial de la Salud incita a un cambio de estrategia: la responsabilidad de la sanidad pública ya no es solo la reparación del daño o el control de las epidemias, sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de la demanda que acude y de la que no acude. La medicina se piensa como rama de la salud pública; la psiquiatría como parte de la salud mental. Hay un cuando y en la asistencia psiquiátrica un por qué: poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales[2].

La psiquiatría comunitaria supone un modelo de salud pública que trasciende la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en

sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Se pretende la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente psicótico crónico, sin abandonar por ello al resto de los pacientes, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes, patologías del existir, a los trastornos de la personalidad. Una estrategia que, además de reorientar la sanidad del primer mundo, puede facilitar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países en vías de desarrollo y de baja renta, superando los sistemas de salud benéficos o de seguros sociales sin el coste elevado de la medicina basada en los grandes complejos hospitalarios y las prestaciones médicas individualizadas. La salud mental comunitaria estructura una nueva organización de los servicios que va a suponer el paso del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental y tres grandes desplazamientos: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, y del psiquiatra al equipo; desplazamientos que trastocan, como indica Hochmann[3], tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico.

La estrategia de intervención se traslada del sujeto enfermo a toda la población. Encuentro con la comunidad, que como muy bien dice Isaac Levav[4], va a plantear la necesidad de desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y a la rehabilitación. Incorporando nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables e intervención en crisis, y precisando de nuevas herramientas y habilidades de gestión social. La medicina comunitaria va más allá de la morbilidad conocida: esa parte visible y pequeña de la morbilidad y la vulnerabilidad. La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la "curación", sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. De la demanda que acude y de la que no accede. Importan los casos que prevalecen, no sólo los que se "curan". Se busca la integración de los tres niveles clásicos de atención, en un proyecto terapéutico único.

A nivel organizativo, la creación de servicios fuera de los hospitales, y la constitución de redes que engloban a estos dispositivos y a los hospitalarios, termina acuñando la denominación de Servicios de Salud Mental, lo que va a suponer algo más que un simple cambio de nombre, como bien dice Benedetto Saraceno[5], pues significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje bio-médico-social, con un mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos; al tiempo que lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no sólo como usuaria, sino como una parte más del proceso terapéutico. Una reordenación del espacio terapéutico que supone la necesidad de crear redes complejas con recursos formales e informales, que garanticen la *continuidad de cuidados*. La continuidad en la asistencia constituye un elemento clave de la atención comunitaria, en tanto en cuanto los cuidados que suelen precisar las personas con problemas mentales graves y persistentes se desgranan no solo en los dispositivos propios de la red de salud mental, que pueden y deben ser bastantes –unidades hospitalarias, centros de salud mental, hospitales de día, unidades de rehabilitación, centros de día, viviendas supervisadas, pisos protegidos, clubes, talleres, empresas protegidas…-, sino también en recursos sanitarios, sociales, judiciales, vecinales… y en diferentes agencias o administraciones.

El modelo comunitario

Según la Organización Mundial de la Salud, "la atención de salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados". El modelo comunitario se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud (por ejemplo, los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social). El modelo comunitario, por consiguiente, requiere la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los trabajadores sociales, la policía, los magistrados, jueces, y demás interesados. Mientras que la necesidad absoluta de los diversos servicios difiere enormemente entre los países, las necesidades relativas (es decir, la proporción de los diferentes servicios como parte de la prestación total de cuidados de salud mental) son generalmente las mismas. La combinación óptima de los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención, parte de los recursos informales, y hace hincapié en la atención comunitaria, al tiempo que resta importancia a la atención en centros de salud mental de larga estancia y destaca los nexos necesarios entre los diferentes niveles de los servicios [6, 7].

En el ámbito de la planificación, la atención comunitaria supone la necesidad de una programación flexible y pertinente: los pacientes cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los trastornos mentales, mientras que los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables; los pacientes cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido. Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en un lugar, en un contexto, en unas personas, y hasta en un momento de la enfermedad de estas personas y no en otras. Hace falta una adecuación que suele suponer un cambio de orientación de los servicios y, siempre, la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario, de los distintos poderes y espacios: del planificador, del gestor, de la comunidad donde se desarrolla el programa, y del propio usuario. Sería difícil entender este modelo de atención sin el reconocimiento de los derechos de los pacientes, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de atención, su necesaria contribución para garantizar la adecuación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación. Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*).

La psiquiatría comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el qué hacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por

Principios de la psiquiatría comunitaria

- Preocupación no solo por "la curación". Se concibe el acto terapéutico como una acción integradora de la promoción y prevención primaria de la salud, la prevención secundaria y la rehabilitación.
- La integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria.
- Consideración de la calidad subjetiva de vida del enfermo y de las personas de su entorno (marco ético), de sus derechos y autonomía. Se asumen conceptos como empoderamiento, resiliencia y recuperación.

- La comunidad se organiza para la defensa de los derechos de los pacientes mentales *(Advocacy).*
- Integración del saber popular (medicina tradicional, grupos de autoayuda…).
- Reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios.

supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten.

NIVELES DE ACTUACIÓN

a). *Prevención primaria* (reducción de la *incidencia),* conjunto de medidas, inespecíficas (de contenido en salud mental en general) y específicas (programa ante un riesgo determinado: toxicomanías, por ejemplo), tendentes a prevenir el trastorno psíquico. La prevención primaria abarca el fomento de la salud, la educación sanitaria, la psicoprofilaxis y la intervención en crisis. Exige el conocimiento previo de la situación sanitaria de la comunidad y, sobre todo, la detección y estudio de los grupos de alto riesgo. Un programa de prevención primaria debe identificar las influencias perjudiciales existentes en la zona de población donde trabaja, las fuerzas ambientales: recursos naturales y respuestas populares que sirven a los ciudadanos para combatirlas, y aquellas otras que inciden sobre este equilibrio, rompiéndolo a favor de la patología.

b). La prevención secundaria (reducción de la *prevalencia), o la detección precoz* y el tratamiento reparador. Pero en Salud Pública es preciso entender la prevención secundaria como algo más que el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz; se trata de aumentar la disponibilidad y adecuación de los servicios para que éstos estén al alcance de toda la población. Es decir: se debe partir de *una logística de utilización óptima de recursos.* La desigualdad existente entre unos centros excelentemente dotados de medios técnicos y de personal, que pueden, sin embargo, atender a una población mínima, y otros prácticamente huérfanos de todo, se justifica como centros pilotos, experimentales, de investigación, pero, por lo general, responde tan sólo a las necesidades de los programadores y de los técnicos, cuando no son meros escaparates más o menos lujosos y ficticios de una Administración que vive de la apariencia. En salud pública la importancia de cada curación es relativa: depende del número de casos que prevalecen. Lo que no significa descuidar al individuo: sin una respuesta eficaz al sujeto enfermo no existe credibilidad de trabajo alguno, sino una distribución de los servicios para que puedan abarcar los diferentes niveles de actuación y una distribución del tiempo dedicado a cada tarea y a cada paciente individual en función de las necesidades del conjunto, no de las del técnico en salud mental o de un paciente determinado[8].

c). *Prevención terciaria:* reducción de las secuelas de la enfermedad o rehabilitación y reinserción social. Caplan señala cómo la medicina reparadora basada en el caso agudo y en la pronta recuperación no se preocupó de la atención a las secuelas de la enfermedad, especialmente de evolución crónica. En la asistencia psiquiátrica estaba el manicomio, lugar de almacenamiento que añadía el deterioro que provocaba la institución total al deterioro provocado por la enfermedad[a]. En los inicios de las

[a] En 1961 Irving Gofman publica Asylums, un estudio sobre las instituciones totales (cárceles, cuarteles, psiquiátricos…) donde demostrará para siempre su mecanismo de alienación y deterioro sobre las personas internadas[9].

reformas psiquiátricas, como veremos en otros capítulos, la desinstitucionalización se encontró con la ausencia de técnicas eficaces para atender la cronicidad psiquiátrica, tanto los "viejos" crónicos institucionalizados como los "nuevos" crónicos que se generaban sin la estancia manicomial. La rehabilitación psicosocial surge ante estas carencias técnicas y asistenciales; e, inspirada en la rehabilitación física, crea herramientas que van a permitir la recuperación o adquisición de habilidades que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad posible a pacientes con enfermedades mentales crónicas la cual ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño.

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y RECURSOS

En las iniciativas comunitarias, es preciso conocer, de una parte, la incidencia y prevalencia de los trastornos y, de otra, los recursos sanitarios, de asistencia social y propios de la comunidad, para asegurar una adecuación y una sinergia máxima, tanto en los objetivos, como en los medios. La información de personas significativas de la comunidad -expresión de necesidades por miembros de esta o por líderes o agentes comunitarios-y las investigaciones epidemiológicas, permiten una primera evaluación de necesidades. El estudio epidemiológico sobre la incidencia y prevalencia puede realizarse a través de los registros hospitalarios, consultas ambulatorias, centros privados, y encuestas de población. El estudio del ambiente social y cultural de cada asentamiento urbano permite definir las categorías de mayor importancia para las investigaciones epidemiológicas. También los estudios sobre el terreno para perfeccionar las técnicas de observación, clasificación y recuento de los trastornos mentales. Un diagnóstico comunitario que, como veremos en otro apartado de este capítulo, incluye el conocimiento de factores somáticos (influencias prenatales y paranatales, reacciones inmunológicas, infecciones -rubeola, sífilis congénita-, carencias alimentarias -retrasos mentales-, radiactividad del ambiente, complicaciones del embarazo y parto, y los factores psicosociales: vivienda, situación laboral -inseguridad económica-, familiar, migración, catástrofes, factores étnicos y culturales [10].

LA SALUD COMUNITARIA Y EL SISTEMA DE SALUD

El modelo de atención comunitario encuentra su correspondencia en el Sistema Nacional de Salud, como el hospital psiquiátrico o manicomio corresponde al Sistema Benéfico de Sanidad y la clínica de agudos y las consultas externas corresponden al Sistema de Seguros Sociales. Una atención a la salud que exige una organización zonificada del sistema sanitario y universalidad y equidad, es decir: exige Servicios Públicos de Salud, un sistema que haga posible la determinación de prioridades y la planificación, la colaboración con servicios sociales y otros servicios comunitarios, y el desarrollo de la atención primaria de salud[10]. No en vano la medicina comunitaria, sus principios y objetivos, se inscriben en el movimiento de transformaciones sociales, en el proceso de reordenación de las políticas sociales y económicas iniciadas tras la II Guerra Mundial, cuando se busca combatir las desigualdades sociales y, por tanto, la legitimación de los gobiernos a través de la mejora de las prestaciones públicas, como veremos en siguientes apartados de este capítulo. Tan solo insistir aquí en que no es posible una psiquiatría comunitaria en sistemas sanitarios privatizados, donde impera el lucro y la competencia entre servicios, como no se puede hablar de rehabilitación psiquiátrica fuera del marco de la desinstitucionalización. Cuando se habla de unidades de rehabilitación en hospitales

psiquiátricos, y no se refieren a programas transitorios en el proceso de cierre de esta institución, se está hablando de otra cosa. No se puede rehabilitar allí donde se produce cronicidad.

VIGENCIA DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA[11]

Hay, por tanto, un cuándo y hay un cómo para que podamos hablar de salud mental comunitaria. Un cuándo y un cómo que determinaron el origen y el desarrollo de la salud mental comunitaria en los diferentes países, y que determinan hoy la vigencia y las tendencias futuras de este modelo; de esta forma de pensar y practicar la salud mental. La forma atender a los pacientes más frágiles, más incapacitados, es un indicador que mide la equidad de los sistemas sanitarios. Es por ello que el inicio de las reformas coincide en todos los países con momentos de mayor sensibilidad social. No hay psiquiatría comunitaria sin ciertas condiciones; hay unas exigencias para que podamos hablar de psiquiatría, de salud mental comunitaria, si entendemos la salud mental comunitaria como algo más que pasar consulta fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales; como algo más que una atención extra hospitalaria; y como algo más que unos programas para grupos marginales, experiencias piloto para poblaciones en riesgo, o una psiquiatría pública para pobres. La salud mental comunitaria exige unos servicios públicos en el horizonte del estado del bienestar y una participación ciudadana que va más allá de la óptica del consumidor; una ciudadanía responsable que incorpora valores democráticos y responsabilidad compartida; alejada, sin duda, no solo de las dictaduras sino también de las mayorías electorales artificiales, del desinterés electoral y político, que fundamentan el llamado "déficit democrático" que domina hoy en los países desarrollados.

RESUMEN

La salud mental comunitaria, modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, es una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico. Un nuevo modelo que integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg, donde se articula un eje clínico con un eje político[12]. La psiquiatría comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten[3]".

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva.* Buenos Aires: Paidós; 1966. Texto inaugural de la psiquiatría comunitaria. Absolutamente imprescindible.

Marcos del Cano AM, Topa Cantisano G. *Salud mental comunitaria* (editoras). Madrid: UNED; 2012. Libro de reciente aparición producto de unos cursos de Experto de Desarrollo Profesional sobre Salud Mental Comunitaria (I y II) que vienen realizando desde hace años la UNED en colaboración con la Fundación Beti Gizarteam, y el Instituto Foral de Bienestar Salud Mental de Álava. Recoge un amplio temario desde una aproximación teórica a modelos de intervención y aspectos éticos, sociales y jurídicos de la salud mental.

Goldberg D, Huxley P. *Enfermedad mental en la comunidad.* Madrid: Nieva; 1990. Un texto fundamental para clarificar el papel de la salud mental en la red de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós; 1966.
(2) Desviat M. La salud mental comunitaria. En: Marcos del Cano AM, Topa Cantisano G, editors. Salud mental comunitaria.Madrid: UNED; 2012. p. 13-35.
(3) Hochmann J. Pour une psychiatrie communautaire. París: Du Seuil; 1971.
(4) Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington DC: OPS/OMS; 1992.
(5) Saraceno B. Libertando identidades. Río de Janeiro: TeCorá; 1999.
(6) Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario. In: Rodríguez JJ, editor. Salud mental en la comunidad.Washington: OPS; 2009.
(7) OMS. El contexto de la salud mental (conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental). Ginebra: OMS; 2005.
(8) Desviat M. Acción de salud mental en la comunidad. Rev As Esp Neuropsiq 1982;2 (5):56-65.
(9) Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
(10) Desviat M. Acción de salud mental en la comunidad. Rev As Esp Neuropsiq 1982;2 (5):56-65.
(11) Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. Rev GPU 2007; 3 (1):-88.

1.2. La reforma psiquiátrica

Manuel Desviat, Ana Moreno

La historia de la salud mental comunitaria es la historia de los procesos de reforma psiquiátrica. Unos procesos que se inician tras la segunda Guerra Mundial, aunque podamos encontrar unos antecedentes, influenciados por la naciente salud pública, en la creación de dispensarios y la política de puertas abiertas de algunos hospitales psiquiátricos de Francia y el Reino Unido y, sobre todo, en el movimiento profesional y ciudadano que dio lugar a la Liga de Higiene Mental en las primeras décadas del siglo XX[a]. El horror bélico había puesto en evidencia la desoladora situación en la que vivían los pacientes mentales ingresados en los hospitales psiquiátricos y la ineficacia terapéutica de estas instituciones totales, que añadían cronicidad y deterioro a las ya inherentes a las patologías psíquicas. Había pues razones éticas: devolver los derechos humanos y ciudadanos a los pacientes mentales que estaban ingresados en los hospitales psiquiátricos, procurando una atención que respetara la dignidad de las personas; y había razones técnicas: hacer frente a la enfermedad psiquiátrica grave con una atención terapéutica y social más eficiente. Hay unos objetivos, comunes a todos los procesos, pocos y en apariencia simples: 1) la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos en la comunidad; 2) la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; 3) la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos de los pacientes; y 4) promover cambios en la representación social estigmatizante que de la enfermedad mental tenía la población.

El momento es propicio, la protección social y de la salud van a formar parte del nuevo proyecto de sociedad que supone el Estado del bienestar que procura asegurar de forma universal servicios esenciales. Esta cobertura universal sanitaria se extiende por Europa y Canadá donde se organizan sistemas nacionales de salud, con una nueva manera de ver la atención sanitaria. El nuevo enfoque incorpora actividades preventivas y de promoción de la salud y una nueva epidemiología, aplicada a las enfermedades no infecciosas. De la noción de enfermedad y su tratamiento se pasa a una noción más amplia que incluye tanto la condición deseada para el bienestar de los individuos como las acciones necesarias para conseguirla. Principios que promueven la Organización Mundial de la Salud, creada en 1948[b]; la Nueva Salud Pública (1974)[c] y el desarrollo de la Atención Primaria (Alma Ata, 1978)[d].

---

[a] Este movimiento se crea en Nueva York en 1909 gracias a las ideas de Adolf Meyer y de Clifford Beers, planteando el paso de la atención individualizada por un tiempo determinado a una atención dirigida a toda la comunidad y por un período indefinido, identificando los objetivos de la psiquiatría con los de la salud pública. En 1929 se celebra en Washington el 1er Congreso en de Higiene Mental, que llega a reunir 4.500 delegados de 53 países. En 1908, Beers, que había estado ingresado tres veces en hospitales psiquiátricos, publicó un libro, *Mind that Found Itself*[1] "La mente que se encontró a sí misma", que conmovió a la opinión publica. Al congreso acudieron psiquiatras españoles, Germain, Sacristán y Mira que promueven la fundación de la Liga de Higiene Mental en 1927.

[b] La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud[2].

[c] En 1974, un Informe del gobierno de Canadá (Informe Lalonde), configura la Nueva Salud Pública. El informe indica que en lugar de gastar tanto en los aspectos asistenciales, debe dirigirse parte del presupuesto hacía los factores que inciden en la aparición de las enfermedades crónicas[3].

[d] La conferencia de Alma Ata en 1978, organizada por OMS, constata que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se

En este nuevo escenario sanitario se van a desarrollar los procesos de transformación que se denominan reforma psiquiátrica, cuyo modelo asistencial es la salud mental comunitaria. Las características de las reformas de los diferentes procesos de reforma van a estar condicionadas por las propias de los sistemas sanitarios donde se enmarcan, junto con el papel dado al hospital psiquiátrico. Pues no será lo mismo su desarrollo en el marco de una política que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como en Europa y Canadá), que en un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado neoliberal como en EE UU). La otra característica, el papel dado al hospital psiquiátrico, diferencia las reformas que aún considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen a éste (países francófonos, o dentro del estado español Cataluña y Euskadi) de aquellas que consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias (Reino Unido, EE UU, Italia, España, Brasil)[5, 6]. Aquí vamos a tratar de algunas de las experiencias de reforma de la asistencia psiquiátrica; aquellas que consideramos más significativas, en cuanto que han abierto nuevos caminos, nuevas opciones asistenciales contribuyendo a la cultura de la reforma psiquiátrica, un bagaje organizativo y asistencial que nos permite hoy mostrar la evidencia de que es posible una atención comunitaria, de que es posible una asistencia donde se respeten los derechos de los pacientes y se funcione con eficiencia, con una atención de calidad accesible y universal. Vamos a tratar los aspectos esenciales, tanto conceptuales como organizativos de estas experiencias, sin ahondar en su proceso de constitución ni en buena parte de sus contradicciones e insuficiencias, que irán tratándose a lo largo del libro. En cualquier caso, en la parte 9 de este libro vamos a exponer unas pocas experiencias concretas que dieron nombre a las transformaciones de sus países, al haber sido vanguardia y al haber conseguido con éxito el desarrollo del modelo que proponían. A lo largo de este capítulo y el siguiente distinguiremos tres fases: una primera , en la que se pecó de cierto optimismo, tanto en la posibilidad de reformar terapéuticamente el hospital psiquiátrico, como en el efecto 'normalizante' y 'sanador' de la comunidad, con la comunidad terapéutica inglesa y la psicoterapia institucional francesa; en una segunda fase (capítulo 3), caracterizada por el desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria, los movimientos desinstitucionalizadores –psiquiatría comunitaria en EEUU y Reino Unido, Psiquiatría democrática en Italia, la Psiquiatría en el Área de Salud en España- y, por último, describiremos una fase tardía, que puede estar representada por la reestructuración psiquiátrica en América Latina y el Caribe, iniciada tras la declaración de Caracas en 1990, y por algunas experiencias con un gran peso en la evaluación -TAPS- o la colaboración ciudadana -Sector Este de Lille, Imola, Quebec. Tanto en los primeros movimientos de reforma, como en los que van a suceder más tarde (España, Brasil), se dan las mismas condiciones para su comienzo. En primer lugar, hay un clima social que permite y a veces exige la toma de conciencia y denuncia de la situación manicomial, con apertura de un proceso de consenso técnico, político y social que posibilita la elaboración de unos objetivos alternativos. En segundo lugar, existe un momento de legitimación administrativa, un cierto compromiso, generalmente ambiguo, al menos en el tiempo, y un grupo de técnicos capacitados y decididos a llevar adelante el proceso de reforma[6].

LA PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL Y LA POLÍTICA DEL SECTOR

La psicoterapia institucional constituye sin duda el intento más riguroso de salvar el hospital psiquiátrico, de devolverle a la

---

corresponde con una mejora de la salud, proponiendo trasladar el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud[4].

pretendida función terapéutica con la que surge[e]. Influida por el psicoanálisis, trata de organizar el hospital psiquiátrico como un campo de relaciones significantes, de utilizar en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en el interior de la institución. La hipótesis de partida es que en la institución total (hospital, prisión), todo el mundo está enfermo. Por tanto, la terapia debe abarcar a todo el hospital, personal y enfermos; es la institución en su conjunto la que debe ser tratada. Fue Francesc Tosquelles, un psiquiatra republicano español refugiado en Francia tras la victoria franquista, quien en el Hospital de Saint Alban, en plena Segunda Guerra Mundial, organiza la institución como un "colectivo terapéutico", sentando las bases de lo que será la psicoterapia institucional[f]. Entre sus principios: libertad de circulación, lugares estructurados, contratos fácilmente revisables, una acogida permanente y rejas simbólicas. La psicoterapia institucional como forma de intervención institucional, se complementa pronto, a partir de la liberación de Francia de la ocupación nazi, con una nueva organización territorial de la asistencia. La conciencia de la necesidad de una nueva psiquiatría acuciaba a una generación de psiquiatras que acababa de conocer la ocupación y los campos de exterminio. No podemos olvidar que cerca del 40% de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos franceses murieron durante la guerra mundial, ni que el genocidio nazi de los judíos fue precedido por el exterminio de los ancianos de los hospicios, los enfermos incurables y sobre todo los locos. En pleno clima de liberación, se celebran las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947, que entroniza la psicoterapia institucional como modo de intervención institucional y que establecen las bases del sector. Nueva forma de organización de los servicios psiquiátricos, de estructurar un servicio público de acceso universal, renovando el hospital psiquiátrico y creando "instituciones" intermedias, extra hospitalarias, en un territorio sectorizado. El hospital se divide al tiempo que el territorio y un mismo equipo atiende tanto las camas hospitalarias como los recursos extra hospitalarios "de su sector", garantizando la continuidad de cuidados. Desde comienzos de los años 50 se desarrollan experiencias basadas en el sector, entre otras la muy conocida del distrito XIII de París, pero no es hasta 1960 cuando el gobierno lo consagra como política oficial, dividiendo el país en sectores de aproximadamente 70.000 mil habitantes (se delimitan áreas de 50 a 100.000 habitantes para cada sector que deberán contar con camas en el hospital, dispensarios de higiene mental, hospital de día y talleres protegidos). Entre los principios que recoge la circular que establece el sector están: la unidad e indivisibilidad de la prevención y de la cura; tratamiento lo más precoz posible; la hospitalización no es más que un momento del tratamiento; asegurar la post-cura, evitando las recidivas; la continuidad de atención está asegurada por un mismo equipo médico-social bajo la responsabilidad de un jefe del sector. La atención infanto-juvenil se escinde, creando servicios propios, los intersectores infanto-juveniles que corresponden a tres sectores psiquiátricos de adultos (200.000 habitantes)[10].

Entre los ejemplos más recientes de la evolución de este modelo de atención, extendido por los países francófonos, está el sector del extrarradio Este de Lille, uno de

---

[e] El hospital psiquiátrico surge cuando se separan los enfermos mentales de los lugares generales de exclusión, momento fundacional de la Psiquiatría con Pinel y Esquirol. El discurso psiquiátrico se configura entonces en torno a una hipótesis terapéutica: el aislamiento del paciente de su entorno en centros especiales, los manicomios, permitiría su tratamiento y curación o mejoría.[7-9]

[f] Tosquelles desarrolla en un manicomio rural, en plena ocupación alemana de Francia, una experiencia radical de transformación, agrupando en la "Societé de Gévaudan" a hombres como Bonnafé, Chaurand, Millon, Fanon, Oury, Gentis, Torrubia, residentes en Saint-Alban junto con prestigiosos refugiados del mundo de la cultura, como Eluard y Tzara. Es el origen de la psicoterapia institucional[6].

los cinco emplazamientos mundiales piloto de la "red internacional de buenas prácticas comunitarias en salud mental, donde se desarrolla una experiencia que denominan psiquiatría ciudadana por su gran implicación en el tejido social de la ciudad. Las consultas se pasan en diversos lugares cívicos: una casa municipal -el Hogar Antonin Artaud, donde se acogen también urgencias de 8.30h a 19h-, un centro médico social, un centro comunal de acción social; en los locales de una piscina… El equipo cuidador que anima las actividades, garantiza también las visitas a domicilio o las entrevistas de enfermería programadas, tanto a domicilio como en la institución, y propone un seguimiento personalizado, de intensidad y de frecuencia acordadas con el médico psiquiatra referente (Ver capítulo 9.2).

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA PSIQUIATRÍA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

La comunidad terapéutica surge en 1943, cuando Bion y Richman, apremiados por la escasez de personal, organizan a los enfermos del hospital de Monthfield (Birmingham, Inglaterra), soldados con trastornos mentales, en grupos de discusión, haciéndoles participar en el gobierno del centro[g]. La guerra forzó al Gobierno del Reino Unido a hacerse cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándoles en un Plan de Emergencia destinado a garantizar la cobertura a los soldados y a la población civil. El funcionamiento de la comunidad terapéutica se basa en principios muy cercanos a la psicoterapia institucional, aunque los franceses privilegian un acercamiento más psicoanalítico (libertad de comunicaciones a distintos niveles y en todas las direcciones; presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio; análisis de todo lo que sucede en la institución, reuniones diarias de pacientes y personal, psicoterapias de grupo; ambiente de máxima tolerancia, no autoritario). Como puede verse, son comunes en ambos enfoques la democratización de las opiniones, permisividad, comunidad de intenciones y finalidades, confrontación con la realidad (confrontación que señala sus límites al no actuar fuera de la institución: sus beneficios terminaban generalmente al salir el paciente de la comunidad terapéutica). Son tiempos de precariedad de la mano de obra, buena parte de la población productiva murió o quedo inválida durante la guerra, por lo que grupos de población antes considerados improductivos pasaron a incorporarse a la reconstrucción económica. Aparte de una necesidad técnica de una mejor asistencia y un cuidado más ético, estaba la necesidad social y económica del rescate de una fuerza de trabajo desperdiciada dentro de los hospitales psiquiátricos. La escasez de mano de obra, entre otras de profesionales sanitarios, facilitó la recuperación de propuestas que reformulación de la actividad asilar que habían sido poco divulgadas o desprovistas de credibilidad, como señala Paulo Amarante [13]. De esta forma se recupera la "terapia activa" o terapia ocupacional de la experiencia de Hermann Simon que, en los años 20 había encargado a un grupo de pacientes que ayudaran a la edificación de un Hospital, pudiendo constatar el beneficio en sus patologías de la actividad laboral. Como también fueron incorporadas las aportaciones grupales de Sullivan, que permitían la creación de pequeñas comisiones o grupos de pacientes con finalidades administrativas, relacionados entre sí.

La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica aportan instrumentos técnicos imprescindibles para el manejo de las instituciones, que siguen siendo (y deberían serlo más) actividades habituales en unidades psiquiátricas, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, residencias

[g] El término fue utilizado por primera vez por T.H. Main en 1946 para designar los trabajos de Bion y Richman y consagrado en 1959 con los trabajos de Maxwel Jones, un de los máximos representantes de esta forma de actuación institucional[11-13].

terapéuticas; sin embargo, pronto señalan sus insuficiencias en la Institución total, en el Hospital Psiquiátrico, como procedimiento de tratar el trastorno grave y persistente a medio y largo plazo. Bartón describe en 1959 la neurosis institucional como una enfermedad caracterizada por apatía, falta de iniciativa, desinterés; Goffman[14] deja muy claro en su libro *Internados* (1961) el efecto nocivo de las "Instituciones totales", y concretamente de la institución psiquiátrica; Wing y Brown describen, en 1970, el institucionalismo; al tiempo que se difunde la crítica basagliana y los movimientos de desinstitucionalización. De hecho ya en 1959, en el Reino Unido, la Mental Health Act, promulga que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes[h]. Para lo cual el Ministerio de Salud británico fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales, y hospitales de día. Hay que tener en cuanta la importancia de la medida en un país donde, a mediados de los años cincuenta, el cincuenta por ciento de las camas –150.000- eran psiquiátricas)[15]. Se adquiere clara conciencia de los límites de la reformas dentro de la instituciones totales, pues a la larga añadían deterioro a la patología propias del pacientes; se ve la necesidad de otros espacios para el tratamiento de la enfermedad mental grave y persistente. Es el inicio de la desinstitucionalización. Una deshospitalización con creación de recursos en la comunidad para la que el Reino Unido tenía, en aquella época, grandes ventajas gracias a su sistema nacional de salud[i], a su modelo comunitario de atención y a la importancia de sus servicios sociales.

En este contexto, las autoridades sanitarias del Reino Unido entienden que el cierre de camas de los hospitales psiquiátricos, debe ir acompañado de una desinstitucionalización que cuente con una red de servicios en la comunidad, la colaboración con servicios sociales y la creación de camas psiquiátricas en los hospitales generales. El Consejo Central de Servicios de Salud se plantea en 1968 la necesidad de asegurar alojamientos protegidos para enfermos mentales, como apoyo a los servicios psiquiátricos de base en cada distrito. Se comprende que la posibilidad de cerrar un hospital depende a la vez de la existencia de una gama de servicios de salud y de otros servicios comunitarios, en el plano local. Se pretende la potenciación de los servicios comunitarios, contemplando la transferencia de fondos de los hospitales a estos servicios. Se establece la informatización de los servicios y la potenciación de los programas de soporte de crónicos en la comunidad. La salud mental es considerada de una importancia central en el conjunto de servicios de salud de la nación.

Entre los programas que hay que destacar está el programa TAPS (*Team for Assessment of Psychiatric Services*). En 1983 la Autoridad sanitaria de la región de Norte de Londres crea un equipo de investigación (administrado por el Royal Free Hospital de la Facultad de Medicina en Londres) con el propósito de evaluar la política de desinstitucionalización de dos grandes hospitales

[h] En 1954 se organizó una Comisión para estudiar la legislación referente a la enfermedad y retraso mental. En su informe de 1957 se recomienda un cambio de la ley para intentar que, en la medida de lo posible, se proporcione un cuidado adecuado a la gente con trastornos mentales sin otra restricción a su libertad o capacidad legal que las de otros enfermos o personas incapacitadas necesitadas de cuidados, dando lugar a la Mental Health Act de 1959, que promulga que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes.

[i] Servicio Nacional de Salud, sus características son definidas por primera vez por Nicolai A. Semasko, Comisario del Pueblo para Asuntos Sanitarios de la URSS de 1918 a 1930, en un libro que es traducido al inglés y publicado en Londres en 1934[16]. Los principios entonces reseñados siguen siendo los criterios básicos de un Servicio Nacional de Salud: 1) Prestaciones sanitarias universales y equitativas; 2) Financiación mediante presupuestos generales del Estado; 3) Asalarización de los profesionales; 4) integración de los servicios; 5) Descentralización de la asistencia y de la gestión; 5) Integración de la prevención, la asistencia y la rehabilitación; 6) participación activa de los ciudadanos [17].

del norte de Londres con una población de un millón de habitantes. (Friern, que llegó a tener 3000 pacientes y Claybury). El proyecto TAPS queda encargado de la provisión, creación o reestructuración de los servicios psiquiátricos de esta zona de Londres, y de evaluar las necesidades de nuevos servicios encargados de asumir los pacientes desinstitucionalizados (agudos, crónicos y psicogeriátricos), así como el estudio individualizado del impacto en la calidad de vida de los pacientes[18].

DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EEUU

En EEUU, como ya hemos visto en el primer capítulo de este libro, se da uno de los procesos pioneros de la desinstitucionalización, con el plan de salud mental presentado por el presidente Kennedy al Congreso, el 5 de febrero de 1963, la *Community Mental Health Centers Act*; en la que se proponía la creación a escala nacional de servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas. Supuso la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria y un proceso radical de desinstitucionalización, no siempre acompañado de suficientes alternativas en la comunidad. En EEUU las críticas al hospital psiquiátrico habían comenzado en los años 1940 y 1950. Existía cierto consenso en amplio sectores de buena parte de la opinión pública, corporaciones gubernamentales y en miembros cualificados de la Asociación Americana de Psiquiatría[j], entre ellos su presidente H.Salomon, en la necesidad de modificar la asistencia psiquiátrica, basada fundamentalmente en grandes hospitales psiquiátricos, con más de 600.000 mil camas en 1955 (para hacernos una idea: en 1869 se inauguró en Nueva York el Williard Asylum con 1500 camas; 86 años después, en 1955 el Pilgrim Hospital de Long Island tenía 14.000 pacientes)[19].

Los principios que guiaron el trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitaria fueron la accesibilidad, gratuidad y disponibilidad de urgencias y hospitalización de 24 horas todos los días de la semana; información adecuada a la población de referencia sobre la existencia y características de los diferentes programas; énfasis en la prevención de la enfermedad; hospitalización parcial, casas a medio camino, programas de alcoholismo y drogodependencia, intervención en crisis, evaluación y seguimiento de los ingresos en el hospital psiquiátrico estatal de referencia. La reducción de camas fue tajante: en poco más de una década más de 500.000, un 86% en 1995, pero, y de ahí vienen buena parte de las criticas a la desinstitucionalización, la salida de los pacientes de los hospitales no fue acompañada de un cuidado eficiente. Las insuficiencias del sistema sanitario y de los servicios sociales norteamericano, y las dificultades y errores del propio proceso reformador, originaron pronto problemas de abandono, y carencias importantes en la atención a los pacientes crónicos externados. La ausencia de un sistema público de salud favorece la fragmentación y especialización de servicios, obligando a continuas y complejas transacciones entre empresas privadas y organismos públicos. La ausencia de un diseño adecuado se une a la escasez de recursos apropiados en la comunidad (el dinero ahorrado en la reducción de camas no revierte en los nuevos servicios), la falta de preparación en los profesionales para atender la cronicidad, la ausencia de programas y de técnicas apropiadas y la aparición de nuevos perfiles de cronicidad

[j] Sin embargo, la Ley de 1963 de creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria hubo de ser previamente diluida, en base a los compromisos políticos necesarios para su aprobación, debido a la oposición de la Asociación Médica Americana, que creyó socavaba el modelo de práctica privada[11] y de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos por miedo a la pérdida de sus puestos de trabajo.

homogeneizados hasta entonces por los muros del hospital psiquiátrico[6]. Autores como Lamb[20], Talbott[21], Bachrach[22], denunciaron pronto las dificultades que presentaba la desinstitucionalización por falta de medios y formación. Estas dificultades, especialmente la fragmentación de los servicios, llevaron a la creación de programas que garantizaran la continuidad de cuidados, los programas de case Management o seguimiento comunitario (ver capítulo 4.12). La política neoliberal iniciada en los años ochenta con Ronald Reagan terminó de desmantelar el programa iniciado en los años sesenta, empujando por los recortes en las subvenciones en viviendas, y otras ayudas sociales a buena parte de los pacientes desinstitucionalizados a la calle. La psiquiatría comunitaria terminó siendo un programa para pobres en EE.UU. La visión originaria que concebía los programas federales de servicios sociales como vehículos para producir el cambio social fue pronto abandonada. Tras la etapa Kennedy, los programas *War on Poverty* y *Great Society*, continuaron débilmente con Lyndon Johnson, y fueron suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 80. La prevención derivó hacía programas de ayuda individual para el desarrollo de habilidades y asociaciones, libros de autoayuda en un mercado de la salud donde esta se convierte en un bien de acceso individual[6]. Además de este abandono, con la desinstitucionalización aparece una nueva cronicidad, que el hospital psiquiátrico ocultaba, y se evidencia la insuficiencia o falta total de adecuación de los programas alternativos, sanitarios y sociales para atenderla. Nuevos patrones de cronicidad que en algunos casos van a necesitar cuidados sanitarios y sociales de por vida[23]. Los programas de rehabilitación psiquiátrica aparecen bien entrados los años setenta como respuesta a los límites de una clínica, de una psicofarmacología y de una psicoterapia pensadas para la crisis y el caso agudo, trasladando su estrategia de la curación al cuidado.

LA PSIQUIATRÍA ANTI-INSTITUCIONAL: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA

Fue en un pequeño manicomio en el noreste de Italia, en Gorizia, donde se iniciaron las acciones de denuncia y cambio de la psiquiatría italiana. Un movimiento, en principio de humanización y transformación del hospital psiquiátrico, de comunidad terapéutica, que pronto se va a trasladar al exterior, a la sociedad misma, donde funcionan los mecanismos originarios de marginación del enfermo mental, como proclaman en *L' Instituzione negata* (1968), un informe del equipo del hospital, dirigido por Franco Basaglia, que inaugura el proceso más radical social y políticamente de las experiencias de reforma. El movimiento se aglutina en torno a *Psiquiatría Democrática*, y consigue una base social amplia en un momento de cambios en la sociedad italiana. Son los años sesenta, cuando los pilares del orden se conmueven por las revueltas estudiantiles, y surgen con fuerza tendencias antiinstitucionales y contraculturales en todo el mundo. Por primera vez, se cierran por ley los hospitales psiquiátricos (Ley 180 de 1978). Una ley que establece que no se podrán realizar ingresos nuevos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978; y no podrá haber ingresos de ningún tipo a partir de diciembre de 1981. Consecuentemente, prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos comunitarios, los servicios territoriales, deberán establecerse para áreas geográficas determinadas, y trabajar en estrecho contacto con las unidades de pacientes ingresados a fin de garantizar una atención continuada. Todos los ingresos, tanto voluntarios como forzosos se realizarán en las unidades psiquiátricas de los Hospitales Generales, que no tendrán nunca más de 15 camas. El ingreso involuntario queda sujeto a revisión judicial a los dos y a los siete días, siendo posible la apelación. El juez debe tutelar la salvaguarda de los derechos civiles de los pacientes. Se suprime el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental. La

desaparición de los hospitales mentales se entiende como un proceso gradual (mediante la no realización de nuevos ingresos más que como la salida de las instituciones de pacientes crónicos). Los nuevos servicios se diseñan como alternativos. Es la psiquiatría hospitalaria la que ha de ser complementaria al cuidado comunitario y no al contrario. Ha de haber una integración total entre los diferentes servicios en las áreas geográficas que sirven de marco al tratamiento psiquiátrico. Ha de haber un interés especial en apoyar la labor de equipos interdisciplinares, visitas domiciliarias e intervenciones en momentos de crisis.

Una de las aportaciones más importantes, inspirada en la gran tradición de cooperativas laborales que existe en el norte de Italia, son las empresas sociales para dar empleo, y como procedimiento de rehabilitación, que se crean en el proceso de desinstitucionalzación. La empresa social debe permitir la construcción de un campo de solidaridad, de promoción de la productividad para quien estaba excluido. Es preciso, según Rotelli, crear campos de intercambio entre las partes más empobrecidas y aquellas más ricas de la sociedad (sea cultural, social o económicamente), construyendo un nuevo pacto social, una nueva ética en cuyo espacio sea posible reciclar todo lo que sería desechado en la lógica de un orden excluyente[24]. Se trata de modificar sustancialmente la lógica asistencialista, la falta de autonomía, la dependencia de las prestaciones sociales habituales.

Aunque se haya considerado por muchos como antipsiquiátrica, y el propio Basaglia en la presentación de su libro *La institución negada* defina su discurso como antipsiquiátrico, la alternativa italiana es sobre todo una reforma asistencial. La reforma italiana en lugar de refugiarse en la marginalidad de las casas refugio de la antipsiquiatría inglesa o en un discurso de crítica a la razón psiquiátrica (Laing, Szazs), busca la reforma de la asistencia pública y la conquista por los pacientes mentales del derecho de ciudadanía. La cuestión es que, como veremos en otro capítulo (2.4, la razón de ser de la psicopatología) la antipsiquiatría se convierte, en la opinión general, en un término ambiguo que incluye a todos los movimientos de contestación de las formas de asistencia y lucha por la mejora de vida de los pacientes mentales, hasta finales de los años setenta. Desde el SPK, colectivo de pacientes que predica la insurrección armada hasta las máquinas deseantes de Deleuze y Guattari; desde las experiencias inglesas a las denuncias de la situación asistencial durante la represión franquista. Pero su verdadera aportación está en el discurso epistemológico, por lo que dejaremos para ese capítulo el tratar sus contribuciones más importantes a la cultura de la salud mental.

RESUMEN

La reforma psiquiátrica surge ante una necesidad ética y técnica tras la Segunda Guerra Mundial. Por una parte, acabar con la vulneración de los derechos humanos de las instituciones psiquiátricas totales[14], por otra buscar alternativas técnicas a la atención psiquiátrica más eficaces. Los objetivos, pues, eran sencillos: la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos en la comunidad. Las primeras experiencias de reforma tuvieron que encontrarse con una serie de dificultades: falta de herramientas y preparación para hacer frente a la cronicidad (que no desaparecía al abrir las puertas de los manicomios[23]), unas comunidades no preparadas para acoger a los pacientes y falta de formación para el trabajo de salud mental comunitario.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Audisio M. *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale,* 1980.Toulouse, Privat. Un amplio y riguroso estudio de la psiquiatría francesa y la reforma que supuso la política del sector, con referencia a otros países (Bélgica, Italia, Gran Bretaña, Canadá, Países del Este y países magrebíes).

Legrand M. *La psychiatrie alternative italienne.* 1988. Toulouse Cedex, Privat. Examina la psiquiatría italiana desde el siglo XIX, las experiencias de reforma –particularmente, Gorizia, Parma, Reggio Emilia, Arezzo, Trieste, Perusa, las dificultades-, la apuesta teórica, sus dificultades y aspectos críticos.

Thornicroft G, Tansella M. IL *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios.* Madrid: Triacastela; 2005. Aborda los principios de psiquiatría comunitaria, la situación en diferentes países, Australia, Canadá, países del Centro y Este de Europa, países Escandinavos y Estados Unidos, e introduce un modelo para comparar los diferentes servicios de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Beers C. A Mind that Found Itself. New York: Doubleday; 1908.
(2) OMS. Trabajar en pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2006.
(3) Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990.
(4) OMS. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de salud. Ginebra: OMS; 1978.
(5) Desviat M. La salud mental comunitaria. En: Marcos del Cano AM, Topa Cantisano G, editores. Salud mental comunitaria.Madrid: UNED; 2012. p. 13-35.
(6) Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
(7) Dörner K. Ciudadanos y locos. Madrid: Taurus; 1974.
(8) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México D.F.: FCE; 1967.
(9) Swain G. Diálogo con el insensato. Madrid: AEN; 2009.
(10) Audisio M. La psychiatrie de secteur. Toulouse: Privat; 1980.
(11) Jones M. El concepto de comunidad terapéutica. En: Caplan G, Jones M, Watts A, editors. Comunidad, psicología y psicopatología. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez; 1968. p. 89-98.
(12) Jones M. The Therapeutic Community. New York: Basic Books; 1953.
(13) Amarante P (Coord). Saúde Mental. Políticas e Instituciones. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
(14) Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
(15) Desviat M. El devenir de la reforma psiquiátrica. En: Pastor A, Blanco García V, Navarro D, editores. Manueal de rehabilitación del trastorno mental grave.Madrid: Síntesis; 2010. p. 29-49.
(16) Semasko A. Health protection in the URSS. London: Gollancs; 1934.
(17) Desviat M. De la asistencia médica a la salud pública.Por una atención comunitaria. Rev As Esp Neuropsiq 1985;5 (15):447-38.
(18) Leff J, Trieman N, Talbott JA, Mercier C, Wolf J y otros. Les realités de la réinsertion sociale 1871. L'Information Psychiatrique 1997;73,8.
(19) Freedman AM. Programas de salud mental en Estados Unidos: fundamentos idiosincrásicos. Psiquiatría Pública 1991;3 (1):47-56.
(20) Lamb HR. The 1978 APA conference on the chronic mental patient: a defining moment. 1978. Psychiatr Serv 2000 July;51(7):874-8.
(21) Talbott JA. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. 1979. Psychiatr Serv 2004 October;55(10):1112-5.
(22) Bachrach LL. Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. Hosp Community Psychiatry 1993 May;44(5):465-8.
(23) Desviat M, Fernández Liria A, Rendueles G. La nueva cronicidad. En: Espinosa J, editor. Cronicidad en psiquiatría. Madrid: AEN; 1986. p. 305-58.
(24) Rotelli F. Deistituzionalizzazione: un´altra via (1986).Trieste: Gianni Palcic; 2008.

1.3. Las reformas tardías

Manuel Desviat, Ana Moreno

Hay una serie de reformas, en España por los años ochenta y la reestructuración psiquiátrica en América Latina iniciada en los noventa, que van a surgir cuando ya se ha encontrado respuesta a muchas de las insuficiencias de la desinstitucionalización y desarrollo comunitario de recursos, y sobre todo, se han creado programas eficaces para hacer frente a la cronicidad con el desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica. Tanto en España como en algunos países de America Latina hay una serie de experiencias previas, gestadas en los años setenta y primeros ochenta, que surgieron coyunturalmente, y que se extinguieron por falta de condiciones propicias[a]. La reforma española, como las que se producen en America Latina, inician su andadura en tiempos de reconstrucción democrática tras largas y traumáticas dictaduras, apostando por modelos claramente comunitarios. España comienza su proceso de reforma psiquiátrica en los años ochenta: el momento político es favorable, se da en plena transición a la democracia, tras la dictadura franquista, en la urgencia de la reconstrucción democrática de la sociedad civil y de los servicios públicos, inscribiéndose en la reforma del sistema sanitario y de las prestaciones sociales, con el apoyo de un amplio movimiento profesional y ciudadano forjado en la lucha por la democracia durante la dictadura; un movimiento que cree en una sociedad más justa y solidaria, sensibilizado frente a la exclusión de las minorías. Unas reformas sanitarias que promueven por ley servicios públicos de salud, universales, descentralizados, que buscan la equidad y garantías legales para el respeto de los derechos humanos y ciudadanos de los pacientes (en el caso de la enfermedad mental se legisla a través de la reglamentación ordinaria, evitando leyes específicas para el trastorno mental). El momento es muy favorable socialmente, pero comporta una gran contradicción: por ese tiempo, en EE UU y Reino Unido se están dando los primeros pasos del neoliberalismo, que va a atentar directamente contra el Estado del bienestar, sustento fundamental de una atención comunitaria. Esto explica buena parte de la ambigüedad política y las contradicciones del desarrollo de las reformas en estos países, sobre todo en España[3]. Es en un artículo de la propia Ley General de Sanidad (LGS) promulgada en 1986 en España como normativa reguladora de la reforma sanitaria, donde se explicitan los principios y objetivos de la reforma psiquiátrica (cuadro 1), lo que muestra el interés social que despierta en aquel momento la necesidad de trasformar la asistencia psiquiátrica, por su gran abandono y gracias a las acciones de denuncia y sensibilización pública que habían promovido plataformas como la Coordinadora de Psiquiatría, que agrupaba a jóvenes profesionales progresistas[4]. Una Ley que promulga un Sistema Nacional de Salud, que se define como universal y comprensivo tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y la rehabilitación (Art. 46).

---

[a] Estas experiencias pueden verse en el caso de España en el libro colectivo coordinado por Manuel González de Chávez, ponencia de la AEN en 1980 [1], y en el de America Latina en el libro de OPS editado por I.Levav [2]

Cuadro 1. Articulo 20 Ley general de Sanidad.

La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas delenfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general

A partir de estos objetivos se va a desarrollar una amplia transformación de la asistencia psiquiátrica en España. Un proceso que descansa sobre todo en dos pilares: la ordenación de los recursos asistenciales en Áreas de Salud (en torno a los 200.000 habitantes), en las que se van a integrar todos los servicios de salud, hospitalarios y ambulatorios, y el desarrollo de la atención primaria con la reconversión de las "consultas del seguro de enfermedad". Estos pilares van a permitir el desarrollo de servicios de salud mental descentralizados por Áreas, redes de servicios y programas en un territorio, por tanto definido, e integrados como atención especializada, a segundo nivel, en el sistema sanitario general. En la figura 1 podemos ver los dispositivos y programas de una de las áreas en la zona metropolitana de la Comunidad de Madrid que puede considerarse prototipo de los objetivos de ordenación de los servicios y prestaciones, que por su destino actual, después de más de 20 años de andadura, puede atestiguar las dificultades en la sostenibilidad de programas públicos en tiempos neoliberales.

FIGURA 1. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE LA RED DE SALUD MENTAL DEL ÁREA 9

DISPOSITIVOS	DE SALUD Programas	MENTAL	DISP SOCIO-COMUNITARIOS	DISPOSITIVOS DE GESTIÓN CIUDADANA
Centro de Salud Mental (uno por distrito)	*Evaluación, A. ambulatoria A. domiciliaria Apoyo A. Primaria Apoyo Serv sociales Seguimiento Equipo de SM Infantil*	Centro de Día y de Rehabilitación	Centro de Día de Soporte Social	Club Social (asociación de familiares) (asociación de enfermos mentales)
		2 Unidades de Rehabilitación (41 y 21 camas)	Centro de Rehabilitación laboral	
Unidad H Breve en el Hospital Severo Ochoa de Leganés		*Programa de rehabilitación y apoyo comunitario*		
Unidad de H Breve en el Hospital de Fuenlabrada	*Interconsulta Hospital General*	Piso Escuela	Equipo de apoyo social comunitario	Fundación Desarrollo Salud Mental
		Talleres de Rehabilitación		
Hospital de Día Infancia y Adolescencia		Pisos altamente supervisados	Pisos Protegidos	Programas de Empleo Protegido
Hospital de Día Adultos		Residencia Asistida		
Programa Trastornos de personalidad		Centro Agricola		Pisos Normalizados

Los dispositivos y programas de la columna 1 daban cobertura al área 9, con cerca de 400.000 hab.; los otros dispositivos cubrían las áreas 8, 9 y 10 con más de 1 millón de habitantes del sur metropolitano de la Comunidad de Madrid.

Podemos afirmar sin ninguna duda que la reforma española ha modificado sustancialmente la atención a los problemas de salud mental, acercando la psiquiatría a la asistencia sanitaria general y modificando la idea que de la enfermedad y de la especialidad tenía tanto la población y sus representantes como los propios profesionales; ha cambiado la asistencia y ha cambiado positivamente el imaginario social sobre la locura y sus instituciones. La gran desigualdad en la implantación de los programas, especialmente de aquellos que suponían la integración social y el apoyo comunitario (continuidad de cuidados, rehabilitación, residencial), y los graves problemas de sostenibilidad después de cerca de tres décadas de desarrollo, tienen que ver con el afianzamiento de las circunstancias adversas en el escenario europeo que se inician, como ya dijimos, en los años ochenta, con el neoliberalismo. Pues los principios y objetivos de la reforma, aunque aparentemente sencillos, y comprobadamente exitosos en otros países, mostraron pronto una gran complejidad al ir implementándose, apareciendo pronto grandes resistencias. El modelo era sencillo, pero entrañaba un descentramiento de poderes y un cambio democrático en la mentalidad de políticos, gestores, profesionales, pacientes y usuarios. Porque en el fondo, el desarrollo tanto de la LGS como de la reforma psiquiátrica implicaba algo más que un cambio en el modelo organizativo del Sistema Sanitario para que diera mayor y más eficiente cobertura a la población; su desarrollo conllevaba otro tipo de asistencia que tuviera presente al ciudadano, que tuviera presente a la colectividad no solo como usuaria. Implicaba una nueva forma de entender y gestionar el malestar psíquico, que chocaba con todo tipo de intereses: económicos -con la fagocitación de lo público por lo privado- y docentes e investigadores –oligopolio y nepotismo en las cátedras y los escasos centros de investigación[3].

Una exposición más detallada de la evolución puede encontrarse en una ponencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de 2006, coordinada por Fermín Pérez[5] y en un informe del Ministerio de Sanidad de 2007[6].

Por su interés para comprender tanto el proceso de reforma de la sanidad en España, como los riesgos a los que está sujeto, reproducimos un artículo, *25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch,* de Fernando Lamata Cotanda y Cristina Pérez Andrés publicado en la Revista Española de Salud pública en 2011[9]:

> La Reforma Lluch, recogida en la Ley General de Sanidad de 1986[6] y en otras medidas importantes[b], incluidos los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas, supuso un impulso para la mejora de la atención sanitaria, consolidando y generalizando el derecho a la sanidad pública de calidad. En cuanto a las variables de primer nivel, se aumentó la cobertura hasta un 99,5% de la población, reconociendo el derecho a la atención sanitaria pública completa a 8 millones de personas que hasta entonces no estaban cubiertas por el sistema sanitario. Para ello se incrementó el gasto sanitario público en relación con el PIB del 4,4% al 5,2% y se alcanzó un 78% de financiación pública sobre el total de gasto sanitario[c]. Esta financiación fue posible gracias a la reforma fiscal que permitió ir aumentando los ingresos públicos en relación con el PIB. En tercer lugar, se definieron y aumentaron las prestaciones sanitarias, sobre todo las referidas a la atención primaria, la atención a los problemas de salud

---

[b] Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 de 1/2/1984 y el Informe de la comisión ministerial para la reforma[7]

[c] OECD (2011). Public expenditure on Health, as a percentage of total expenditure on health. Key Tables from OECD. DOI: 10.1787/20758480 Disponible en:
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480

mental, la planificación familiar y los trasplantes, configurando una atención sanitaria completa y de calidad, equiparable a las de los países de nuestro entorno. Los resultados positivos se reflejaron tanto a nivel de satisfacción subjetiva como en los indicadores sanitarios objetivos.

Conviene destacar, además, cambios en dos variables organizativas. El de la atención primaria fue un aspecto importante y novedoso de la reforma, con la creación de los Equipos de Atención Primaria y la puesta en marcha de Centros de Salud, el nuevo enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria, el nuevo papel de la enfermería, la introducción de la historia clínica y las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Otra característica importante fue la descentralización de la asistencia sanitaria, impulsando la creación y consolidación de los Servicios Regionales de Salud[6], y transfiriendo las competencias de gestión para adaptar el modelo sanitario al Estado de las Autonomías, configurando el Consejo Interterritorial como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud.

Esta Reforma tuvo que enfrentar duras presiones. El propio Ministro de Sanidad, Ernest Lluch describió la llamada Operación Primavera[8], que intentó movilizar a los profesionales sanitarios y a la opinión pública contra la Ley General de Sanidad y lo que esta suponía, la universalización de una atención sanitaria de calidad.
Pero la Ley salió adelante y el Sistema Nacional de Salud español es hoy uno de los mejores del mundo, por cobertura, equidad, prestaciones de calidad efectivas y eficientes.

En la actualidad, en España la sanidad es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos. El gasto sanitario público supone un 6,99% del PIB, un punto menos que la media de la Unión Europea, la esperanza de vida al nacer es de 82 años, siendo la máxima en todos los países del mundo de 83, el catálogo de prestaciones comprende las correspondientes a salud pública, atención sanitaria, y sociosanitaria y la cobertura en 2005 era del 99,8% de la población (…)

El gasto sanitario ha ido creciendo a lo largo de los años en función del crecimiento de la renta. El porcentaje de gasto sanitario público sobre el total de gasto sanitario se situaba en 2009 en un 73,6%[20], algo por debajo de los países de nuestro entorno (Francia 77,9%, Alemania 76,9%, Italia 77,9%, Reino Unido 84,9%). En todo caso, el gasto sanitario público en España, en relación con el PIB, ha seguido estando por debajo de la media europea, es decir, era y es un gasto sostenible.

Sin embargo, el sistema sanitario público está cuestionado. No porque no sea sostenible para una economía como la española, sino porque hay quienes quieren cambiar el modelo, reduciendo cobertura y prestaciones públicas que hoy son accesibles para todas las personas en función de su necesidad, y trasladando parte de las prestaciones y los servicios a la cobertura privada, accesibles solamente a quien lo pueda pagar.

El problema planteado va más allá del sistema sanitario y afecta no solo a España sino a toda Europa (ver capítulo 1.4 de este manual).

LA REESTRUCTURACIÓN PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA

En América Latina los procesos de reforma psiquiátrica se inician en los años noventa del pasado siglo. Se suele fechar su momento inaugural en la Conferencia celebrada en Caracas en 1990, auspiciada por la Organización Panamericana de Salud y con la presencia de la mayoría de los ministros y lideres profesionales de la Región. En la conferencia se aprueban unas líneas maestras para superar la situación de abandono y vulneración de derechos en la que se en-

cuentra la atención a la salud mental en la America Latina y el Caribe. Los objetivos son promover medios asistenciales y cambios legislativos que garanticen el respeto a los derechos humanos de los pacientes y una atención psiquiátrica adecuada a las necesidades de los países, priorizando las poblaciones o grupos más frágiles: psicóticos crónicos, niños, mujeres, ancianos, pobres (cuadro 1).

Recuadro 3. 3 La Declaración de Caracas[1]

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud, …

DECLARAN:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
   a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles;
   b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados; y
   c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
   a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales; y
   b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual, instan: a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

[1] Extracto del texto adoptado el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada en Caracas (Venezuela) por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas, *International Digest of Health Legislation – Recueil international de Législation sanitaire*, 1991, 42(2): 336–338.

Cuadro 1. Declaración de la Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en America Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.

La iniciativa plantea reformas asistenciales y legales para garantizar la asistencia y el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales; y, por tanto, la necesidad de superar el hospital psiquiátrico, estableciendo modalidades de atención alternativas en la propia comunidad, en sus redes sociales.

La reforma brasileña

En los países americanos es de especial relevancia la reforma brasileña, con gran participación de pacientes, familiares y el conjunto de la sociedad civil. Salud mental colectiva que une a las conquistas técnicas, el empoderamiento ciudadano y unas normativas que desplazan el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad, y que privilegia la *Volta a casa* o *volta a la ciudadanía*[d].

La reforma brasileña tiene la oportunidad de poder evaluar procesos de desinstitucionalización desde su comienzo. Una de estas reformas y su evaluación se hace en colaboración con una red de salud mental española. Un estudio multicéntrico (observacional, analítico, de *follow up*, a ser realizado durante 2 años), cuyo objetivo es analizar los resultados de la implantación de nuevas alternativas de atención, en la comu-

[d] Experiencia que se inicia con un programa de desinstitucionalización conocido como "Proyecto de vuelta a la ciudadanía" que se inicia con población de infancia y adolescencia y luego se extiende a otras poblaciones institucionalizadas[9].

Características de la reforma brasileña[11]

a. La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de celdas de aislamiento, respeto a la intimidad, correspondencia, visitas...), estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y de desacreditación y cierre de los establecimientos, controladas por una Comisión de Evaluación, comisión mixta de profesionales, usuarios y familiares.

b. La preocupación por la técnica, por la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
c. Se da en el contexto de unan ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.

d. La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estaduales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil. El consenso era claro: el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad. Cierre contemplado en leyes estaduales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993.

nidad, a pacientes de larga estancia en un complejo hospitalario de Río de Janeiro, el Instituto Municipal de Asistencia para la salud Juliano Moreira (IMASJM)[e], y simultáneamente en el Hospital San Pedro Ciudadano[f] en Porto Alegre, en Rio Grande do Sul, utilizando instrumentos que midan su situación clínica, desempeño psicosocial, calidad de vida, satisfacción con los servicios y coste (directo e indirecto). Los resultados de este estudio fueron comparados con un estudio similar que se efectuó a los dos años. Se realizó un análisis socio-demográfico de la población internada aplicando 4 escalas:

1. Calidad de vida, medida por la *World Health Organization- Quality of Life- v*ersión breve (*WHOQOL-bref)* .
2. Sintomatología psiquiátrica, medida por el *Brief Psychiatric Scale (BPRS)*
3. Comportamiento social, medido por la *Social Behaviour Schedule (SBS)*
4. Autonomía, medida por el *Independent Living Skills Survey (ILS)*

El objetivo general del estudio es recabar información para reorganizar los diversos servicios y dispositivos asistenciales y los planes individualizados de intervención; así como conocer el efecto de las intervenciones realizadas a través de la reevaluación de las 4 escalas, 2 años después del inicio del estudio[g]. El trabajo demostró

[e] A Colonia Juliano Moreira (CJM), heredera de los pacientes de las colonias de alienados de la Isla del Gobernador, donde hoy está el Aeropuerto Internacional de Rio de Janeiro, fue creada en 1924. La CJM fue municipalizada, dentro del plan de descentralización de la reforma sanitaria y psiquiátrica brasileña, y pasó a llamarse Instituto Municipal de Asistencia para la Salud Juliano Moreira (IMASJM). Además del IMASJM, formado por seis unidades de pacientes crónicos, existen hoy en los terrenos del antiguo CJM: un hospital psiquiátrico con consultas ambulatorias y un pequeño hospital general, ocupando una extensión de 7 millones de m² en la Zona Oeste del municipio de Rio de Janeiro (Jacarepaguá). Un área donde conviven cerca de 20.000 "moradores" (familias que ocuparon terrenos y construyeron sus casas dentro de los límites de la Colonia).

[f] Hospital Psiquiátrico São Pedro Cidadão fue inaugurado en 1884 y es el principal hospital psiquiátrico público del estado de Rio Grande do SUL. Situado inicalmente en un área rural de Porto Alegre, se encuentra en al a actualdiad en el centro de la ciudad. Capital del Estado con 1.300.000 habitantes. (El Estado tiene cerca de 10 millones de habitantes). El hospital tienen 130 camas de "agudos" (área hospitalaría) y 750 de crónicos (Área de residencia) Tiempo medio de estancia: 16 años; edad media, 54 años.

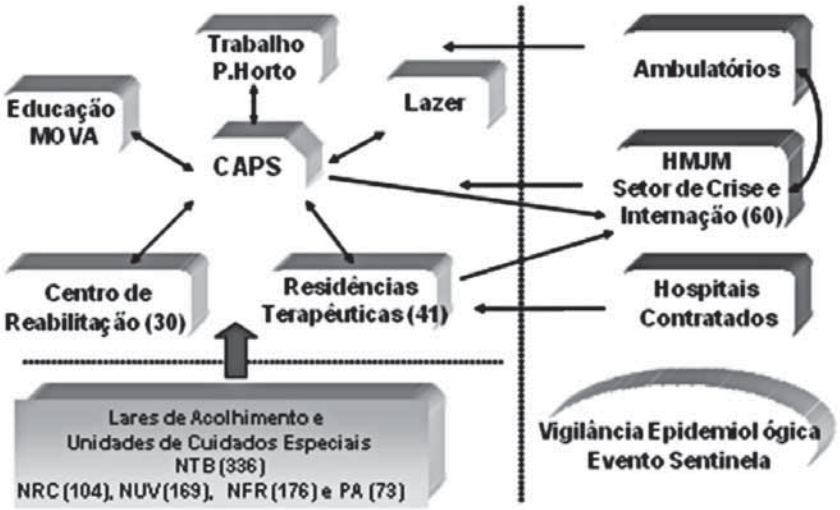
[g] El proyecto contó con el respaldo del Ministerio de Salud de Brasil y de la OPS/OMS, a través de la consultoría patrocinada por estos organismos al Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Juliano Moreira (IMASJM) del Dr. Manuel Desviat, director del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, en España.

que a los dos años se habían realizado importantes transformaciones, diseñado un programa de rehabilitación, abiertas casas protegidas en el pueblo cercano (lares obrigados), un centro de día, redistribución de los pacientes ingresados, creación de nuevos espacios pre-alta hospitalario…, y sobre todo se pudo mediar la mejora de la calidad de vida de los pacientes[12-14] (ver figura 2 y tabla 2).

Tabla 2. Objetivos del estudio: Desinstitucionalizaçao da assistencia psiquiátrica: avaliaçao de resultados de uma experiência de dispositivos residenciales comunitarios[13]

- Evaluación y seguimiento de los pacientes ingresados en los complejos hospitalarios psiquiátricos brasileños Juliano Moreira y San Pedro Ciudadano (2000 pacientes)
- Diseño de intervenciones de rehabilitación
- Propuesta de reordenación de los servicios de salud mental
- Estimación del efecto de las intervenciones dos años después en calidad de vida, funcionamiento psicosocial, sintomatología psiquiátrica y costes sanitarios y sociales
- Validación de una escala de desempeño psicosocial.
- Reorganización de los servicios y dispositivos asistenciales.
- Estimación del efecto de las intervenciones medido a través de las 4 escalas 2 años después
- Comparación de la utilización de los servicios y de los costes de asistencia antes y después de la intervención.

Figura 2 **Complexo Juliano Moreira e Rede Assistencial da AP 4**



Como hemos podido comprobar, en Brasil, como en España, se cumplían las tres condiciones que posibilitan una reforma de la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo de profesionales preparado, que ha forjado un amplio consenso técnico, para llevarla a cabo. La diferencia de la reforma brasileña está en la fuerza del movimiento social, de la sociedad civil organizada en torno a la salud mental, que está generando formas inéditas de participación y creando nuevos marcos a los programas de salud mental. La originalidad brasileña se encuentra en la manera de integrar el discurso de la ciudadanía en la conciencia social, en la trama de actuaciones que debe construir un programa comunitario a partir del protagonismo de todos.

Gracias a esta gran movilización social han sido posibles cambios legislativos a nivel federal y estatal que garantizan la sostenibilidad del modelo de reforma, que cuenta además con algo bastante poco frecuente, el mantenimiento del mismo ideario en el Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud más allá de los cambios políticos; un servicio federal capaz de coordinar los equipos que dirigen la salud mental de estados y municipios (ver capítulos 9.2 y 9.3)

La reforma en Chile

En general desde 1990, como señala el informe de OMS[15] se han registrado enormes progresos en la atención a la salud mental en América Latina y el Caribe; en iniciativas de ámbito nacional o en programas y acciones de ámbito local. Entre estas iniciativas estacan las reformas emprendidas en Chile, donde se promulgó un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) con un modelo de atención a la salud mental, subsidiario del Modelo Integral de Atención en Salud, que integra los recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, señalizado por áreas sanitarias, y privilegiando las estrategias comunitarias.

El modelo pone el énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales[h], y en el momento en que éstas aparezcan, se valora la atención de la persona afectada, respondiendo a las necesidades derivadas de las manifestaciones biopsicosociales en forma oportuna, mediante actividades costo eficiente, velando por la equidad y el fácil acceso. En el caso de las personas con enfermedades de larga evolución y discapacitantes se incluyen actividades de rehabilitación que faciliten la mayor integración social posible. Los principales componentes de la red en el Nuevo Modelo, se integran a la red de salud general y se organizan territorialmente de acuerdo a su complejidad. Estos componentes abordan la totalidad de los problemas de salud mental y enfermedades mentales, incluidos los derivados del consumo de alcohol y otras drogas, violencia, etc. Se presentan en la figura 3[19]:

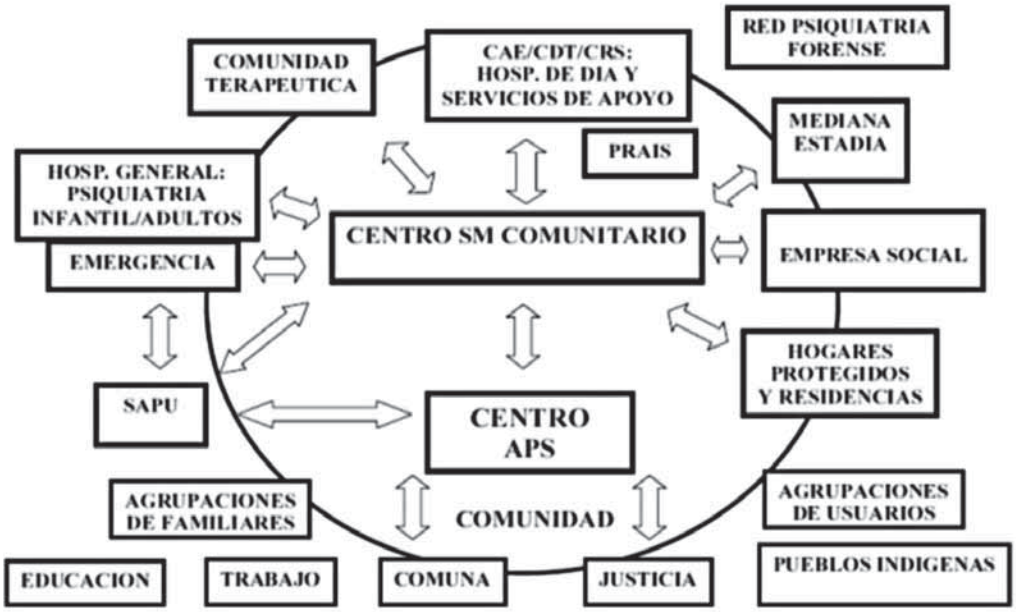


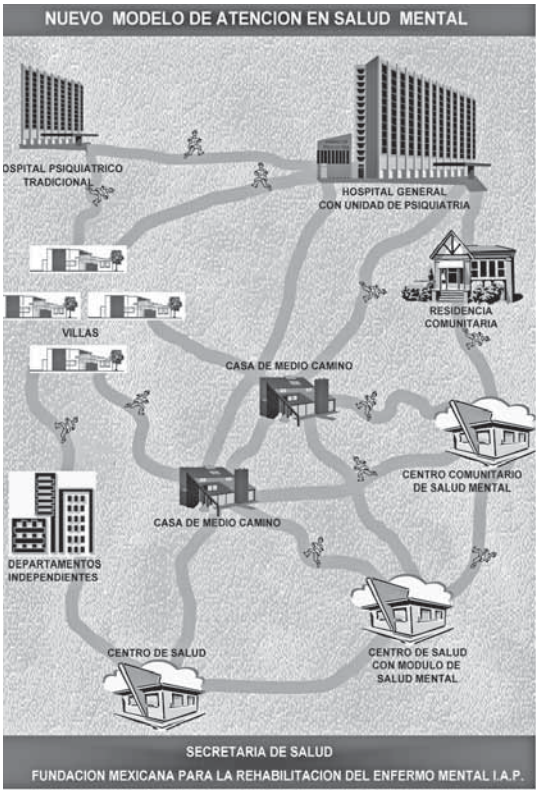
Fig.3 Modelo de red de salud mental

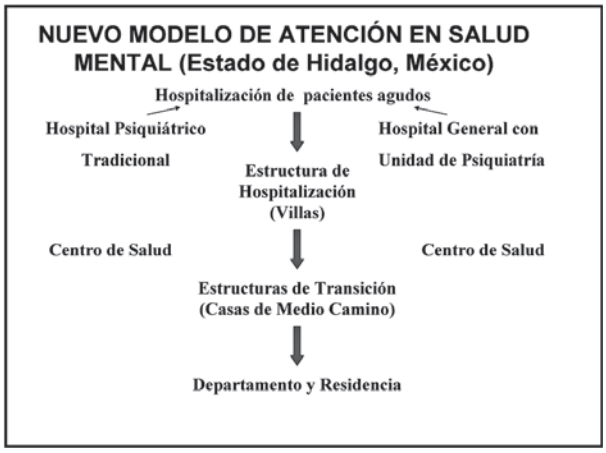
[h] Chile implantó un modelo pionero de salud pública y salud mental comunitaria en tiempos de Salvador Allende, desarrollando principios que han servido de base para la construcción de la atención comunitaria16-18.

Para terminar comentaremos un par de procesos de reforma que no tienen carácter nacional, que se han dado en regiones o estados de México y Argentina, sin llegar a convertirse en el modelo nacional de esos países, a pesar de haber surgido con ese propósito, especialmente en el caso de México que se propone desde una Secretaría del propio Ministerio de Salud.

El modelo Hidalgo, México

A finales de los años sesenta se cierra el Manicomio General de la Ciudad de México, "La Castañeda", que contaba con 2800 camas, siendo sustituido, en un plan para modernizar la asistencia mexicana, por instalaciones más modernas y comunitarias: un hospital de 650 camas para enfermos que se considera agudos, un hospital pediátrico, un hospital hogar para de 632 camas para enfermos de difícil recuperación[20], y tres hospitales campestres para pacientes crónicos (hospitales granja), entre ellos en un estado vecino, Hidalgo, en Pachuca, el Hospital Dr. Fernandez de Ocaranza, donde se depositaron los pacientes más deteriorados, el núcleo duro de la operación Castañeda. Estos centros, especialmente los campestres, sufrieron un gran abandono, por parte de una psiquiatría oficial muy resistente a los procesos de reforma, y en especial el Hospital Ocaranza, de Hidalgo, que fue denunciado públicamente de forma reiterada por sus malas condiciones de vida. Es precisamente en este centro donde se inicia un plan de reforma de la psiquiatría mexicana impulsado por una ONG, la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental, cuya presidenta, después de décadas de denuncias y movilizaciones, llega a ocupar la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos, el llamado Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, que consigue el cierre del hospital en el año 2000, y la creación de una red alternativa (en dicho plan se hace constar que "toma en cuenta la experiencia de España, principalmente, el Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés 1986-1991, el cual dio origen al Instituto Psiquiátrico de Servicios de salud Mental José Germain[21])."





Río Negro. Argentina

La historia de la reforma psiquiátrica en Río Negro tuvo su punto de partida con la recuperación del sistema democrático en 1983. Inicialmente, las políticas de salud mental rionegrinas apuntaron hacia la humanización en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, mayoritariamente internados en el Hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen (ciudad situada a 500 Km de Viedma, la capital de la provincia) principal centro de derivación de crónicos de la región patagónica (llegó a concentrar el 84% del recurso humano existente en la provincia). El plan de reforma se concretó en: el cierre del Neuropsiquiátrico de Allen, el 3 de octubre de 1988; la promulgación de la Ley 2440 *de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental,* el 11 de septiembre de 1991; el desarrollo progresivo de estrategias alternativas de atención comunitaria en salud mental, reconocidas hoy como "modalidad rionegrina" cuyos principios básicos fueron:

1. descentralización
2. trabajo comunitario e interdisciplinario
3. mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio
4. reinserción del sufriente mental en su medio
5. generación de un cambio en la cultura, en las representaciones sociales de la locura [22].

Estos procesos son unos ejemplos de iniciativas destacadas, pero en general podemos decir que una gran mayoría de países de América Latina con el apoyo de OPS[i] han aprobado planes de salud mental y han iniciado procesos de transformación de la atención psiquiátrica, aunque desafortunadamente a pesar de todos los avances antes mencionados, los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente, sobre todo en los países más pobres o en aquellos cuyos gobiernos y élites inmovilistas profesionales se han resistido a las transformación de la asistencia psiquiátrica, como México donde un reciente estudio muestra que más del 80 % de las personas identificadas en la comunidad con un diagnóstico de enfermedad mental no ha tenido contacto alguno con servicios de salud en los 12 meses previos[15]. Por otro lado, los resultados del monitoreo de los derechos humanos realizado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) muestran que los abusos en las instituciones psiquiátricas continúan siendo una realidad cotidiana en muchos.

RESUMEN

Tras el análisis de diversas experiencias de reforma y los avatares que han sufrido a lo largo del tiempo, en condiciones socio económicas desfavorables, podemos extraer algunas consideraciones de interés[23]:

1. La disminución de camas no debe ir acompañada de pérdida de presupuesto. Es necesario mantener y reconvertir el presupuesto hospitalario, para no descapitalizar las nuevas estructuras.

[i] Una de las acciones innovadoras de la cooperación internacional en este sector fue la asignación por la OPS de consultores regulares destacados en lugares clave, para apoyar a los países interesados en acometer la reforma de los servicios de salud mental. Esos consultores, la mayoría europeos, brindaron asesoría técnica "in situ" para el desarrollo de políticas y servicios. Esta estrategia continúa aplicándose con algunos cambios en la nueva fase de la reforma. Hoy, gracias al incremento de las capacidades técnicas de algunos países de América Latina y el Caribe, las asesorías dependen cada vez más de expertos latinoamericanos y caribeños formados en el propio proceso de reforma.

2. Necesidad de establecer una serie de programas evaluables y complementarios y de utilizar las diferentes modalidades de atención y orientaciones adaptadas a la psiquiatría pública.
3. La atención a los pacientes "agudos" no puede llevar al abandono de los pacientes crónicos, menos gratificantes para los profesionales.
4. Papel de la enfermería en el cuidado de pacientes crónicos en la comunidad. Necesidad de algún tipo de forma de atención a veces durante toda la vida del paciente.
5. No se trata solo de la creación de una red de servicios, de cuidados y alojamientos en la comunidad, es necesaria una preparación adecuada de los pacientes, generalmente costosa y de larga duración, que les permita vivir fuera del asilo. No puede olvidarse el papel del trabajo, potenciando empresas protegidas para pacientes afectados de enfermedad mental.
6. Importancia de la participación de asociaciones ciudadanas en el proceso de reforma, sobre todo en los programas de desinstitucionalización y atención a la cronicidad, y en la gestión de prestaciones que la administración ni puede ni debe dar.
7. La rehabilitación no es una improvisación, ni desde la clínica ni desde el trabajo social o la terapia ocupacional, exige técnicas específicas.
8. Los diferentes conocimientos y habilidades, las diferentes orientaciones que informan la clínica psiquiátrica, pueden ser utilizadas en la atención pública.
9. Es necesario diseñar programas flexibles. E intentar evitar la cronificación de las nuevas estructuras, desde las urgencias a los programas ambulatorios.
10. La demarcación en distritos y áreas sanitarias permite un mejor conocimiento de la población, de sus grupos de riesgo -censo de pacientes crónicos, programa de atención al niño...- a la hora del diseño de programas y de la asignación de recursos a las diferentes actividades.
11. Toda la red debe tener una dirección única, que evite los problemas de relación entre las diferentes unidades: centros de salud, de urgencia e ingreso, de rehabilitación y de reinserción. Hay que garantizar la movilidad de los profesionales dentro del área y la adecuación permanente de la formación.
12. Hay que tener en cuenta las dificultades de los trabajadores del hospital, sobre todo de los menos cualificados (en los que las motivaciones para hacer suyo el proyecto son más difíciles y es mayor el miedo a la pérdida del puesto de trabajo tras el cierre del hospital psiquiátrico) y que la posible absorción por la asistencia privada de psicólogos y médicos en búsqueda de una retribución complementaria no conlleve un detrimento de la actividad pública.
13. Los objetivos generales deben ser ambiciosos: contribuir al aumento de la salud de la población, procurando la mejora de los trastornos mentales lo más pronto y eficaz posible, pero hay que perder la omnipotencia: en ocasiones hay trastornos que cursan crónicamente y a los que hay que atender de por vida, como los endocrinos a los diabéticos. En relación a los pacientes institucionalizados en los manicomios, las expectativas deben ser en muchos casos limitadas: conseguir el mayor nivel de autonomía y la mejor calidad de vida posible… en un entorno no hospitalario.

En el siguiente capítulo sobre sistemas sanitarios trataremos de la evolución de la atención comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Ciencia&Saúde Colectiva. Reforma psiquiátrica no Brasil: ideas, atores e instituiçoes políticas. Volumen 16, número 12 dezembro 2011. Número dedicado a la reforma psiquiátrica brasileña, su desarrollo, situación actual y perspectivas futuras. Textos en portugués y español. Disponible en: www.cienciasaudecolectiva.com.br.

Revista Española de Salud Pública 2011; volumen 85, número 5, septiembre-octubre 2011. La revista del Ministerio de sanidad dedica parte de este número al análisis de la Ley general de sanidad, con artículos de Fernando Lamata Cotanda y Cristina Pérez, Juan José Criado Álvarez, José Ramón Repullo Labrador y Ángel García Millán, preguntándose por su recorrido y vigencia, y un artículo sobre la psiquiatría: La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad, de Manuel Desviat, analizando lo que se ha hecho y lo que se ha dejado de hacer en este tiempo y preguntándose por el grado de implantación del modelo comunitario que se adopta con la Ley General de Sanidad y por su sostenibilidad futura. Disponible en: www.msc.es/resp

Desviat M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: DorSA; 1994. Hay una versión actualizada en portugués, *A reforma psiquiátrica*; 2002. Rio de Janeiro, Fiocruz. Estudio de los procesos de reforma psiquiátrica, de su orígenes, desarrollo y dificultades.

BIBLIOGRAFÍA

(1) González de Chavez M (coordinador). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Mayoría/AEN; 1980.
(2) Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. 2105. Washington DC: OPS/OMS; 1992.
(3) Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp de Salud Pública 2011;85:427-36.
(4) Desviat M. De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1999;XIX (70):325-35.
(5) Pérez F (Coordinador). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN, 2006.
(6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2007.
(7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
(8) Lluch E. La campaña contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega F, Lamata F, editors. La década de la Reforma Sanitaria. Ex libris; 1988.
(9) Lamata F, Pérez C. 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch. Rev. Esp. Salud Publica vol.85 no.5 Madrid set.-oct. 2011
(10) Castro de Almeida, Delgado P.G.(orgs). De volta à cidadania. Río de Janeiro: Instituo Franco Basaglia; 2000.
(11) Desviat M. La salud mental comunitaria. UNED. En: Marcos del Cano AM, Topa Cantisano G. Madrid: UNED, 2012.
(12) Abelha L, Desviat M, Gonçalves S et al. Evaluation of social disablement, psychiatric sympotms and autonomy in long-stay psychiatric patients/Avaliaçao do comportemento social, dos sintomas psiquiátricos e da autonomia em pacientes psiquiátricos de longa permanência. Psiquiatría Clínica 2006;33 (1):10-7.
(13) Fagundes da Silva PR. Desinstitucionalizaçao da assistencia psiquiátrica: avaliaçao de resultados de uma experiência de dispositivos residenciales comunitarios. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
(14) Fagundes da Silva P. Desinstitucionaliçao da assistencia psiquiátrica. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salúde Pública; 2005.
(15) Rodríguez JJ. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: OPS; 2007.
(16) Weinstein L. Salud y autogestión. Torrejón de Ardoz: Dosbe; 1978.
(17) Weinstein L. Salud y democratización. Madrid: Villalar; 1977.
(18) Weinstein L. Salud mental y proceso de cambio. Buenos Aires: ECRO; 1975.
(19) Grupo de trabajo. Plan de salud mental y psiquiatría de la región metropolitana. Santiago de Chile: Resolución exenta Ministerio de Salud Nº 1067 (16 noviembre 2004); 2012.
(20) Calderón Narváez G. Salud mental comunitaria. México DF: Trillas; 1984.
(21) Secretaria de Salud., Dirección General de Rehabilitación Psicosocial. Modelo Hidalgo de Atención a la salud mental. 2001. México DF, Secretaria de Salud/Fundación Mexicana para la rehabilitación de personas con enfermedad mental.
(22) Cohen H, Natella G (Coordinadores). Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro. 1995. Buenos Aires, Lugar editorial.
(23) Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.

1.4. Sistemas sanitarios y modelos de atención en salud mental

Manuel Desviat, Ana Moreno

Milton Terris describía en un libro ya clásico, *La revolución epidemiológica y la medicina social*[1], tres sistemas de salud que hacía corresponder con tres sistemas económicos básicos: precapitalismo (la beneficencia como asistencia pública), capitalismo (el seguro de enfermedad) y socialismo (el Estado asume completamente la protección de la salud y la asistencia), y una fórmula mixta, el Servicio Nacional de Salud propio de la socialdemocracia, incompleto o en transición por la pervivencia residual de otros sistemas (pago por acto médico, subsistencia del seguro de enfermedad…). En las sociedades desarrolladas estos dos últimos sistemas con financiación a través de los impuestos generales y cotizaciones de los trabajadores, son los que se han implementado a lo largo del siglo pasado, salvo el caso de EEUU donde el estado sólo se hace cargo de la asistencia para personas indigentes o mayores, y siempre de forma parcial. Tanto el modelo de Servicio Nacional de Salud como el de seguros sociales, convergen en una protección prácticamente universal. Modelo garantista del Estado del bienestar que se impone en Europa y Canadá tras la II Guerra mundial y que es cuestionado desde los años ochenta por el neoliberalismo y hoy en franca retirada (recortes, privatización de servicios) tras la crisis financiera[2-5].

El predominio neoliberal va a tener graves consecuencias en el modelo comunitario de atención a la salud mental, al pasar de una asistencia planificada, regulada por las autoridades públicas, a una asistencia en manos de los mercados, donde la competencia y la ganancia sustituyen a la colaboración y solidaridad. Supone la gradual reducción e incluso supresión de los seguros públicos que cubrían el fracaso y la mala fortuna individual, la vuelta a la concepción de la responsabilidad individual del enfermar, en una sociedad donde se ha roto el lazo social y cada vez se pierde más el sentido de lo comunitario.

Los principales riesgos de las políticas privatizadoras

- Discriminación negativa: limitación de prestaciones: se deja fuera la psicoterapia, y los programas comunitarios se subcontratan.
- Fragmentación de la red sanitaria pública
- El poder de decisión pasa a la compañía que gestiona que puede controlar desde las indicaciones de ingresos hasta la medicación.
- Incentivos perversos: el ahorro como incentivo en los acuerdos de cooperación entre los médicos y las autoridades sanitarias.
- Competencia frente a colaboración.
- Se abandona los objetivos de salud, marginando la prevención y la promoción a favor de una atención meramente asistencial.
- Hay una mayor inseguridad laboral; lo que además provoca una disminución de la capacidad crítica de los profesionales.

Factores que si son lesivos para toda la sanidad inciden especialmente allí donde se necesita de los soportes sociales y comunitarios, donde se va más allá de una medicina reparadora, del acto médico, como la salud mental y buena parte de las enfermedades que pueden evolucionar hacia la cronicidad y la discapacidad. De hecho, como venimos señalando en otros trabajos[2, 6], algunas de estas características son de especial interés para la atención psiquiátrica, como el tipo de cobertura y de financiación, pues junto con el papel dado al hospital psiquiátrico condicionan en gran medida el modelo de asistencia a la salud mental. No será lo mismo una política *garantista*, en un Estado que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como Europa y Canadá) que un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado neoliberal como EEUU); sobre todo, en la atención a unos enfermos que suelen requerir amplias, diversas y continuadas prestaciones sanitarias y sociales y tienen grandes dificultades en el mercado del trabajo. Como va a ser importante la forma de asignar los recursos que financian la sanidad: empresas aseguradoras (como EEUU), un seguro de enfermedad o una mutua (como Holanda, Bélgica o Alemania) o a un Área o zona sanitaria en un Sistema Nacional de Salud (como en Suecia, Reino Unido o España). La otra característica que señalábamos, el papel dado al hospital psiquiátrico en los procesos de reforma iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, va a diferenciar modelos que, considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen, sin embargo, el hospital psiquiátrico, humanizado y trasformado (*el sector*, países francófonos, o dentro del estado español: países como el catalán o el vasco) de otros que consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias (*desinstitucionalización*, como en Reino Unido, EEUU, España, Italia).

EVOLUCION DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

En 1996 el Boletín del Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental, entonces entidad asesora de la Comisión Europea, recogía en un editorial la preocupación existente por definir el campo de actuación, las demandas que debían ser atendidas por la psiquiatría pública. "El modelo de atención de salud mental comunitaria ha tenido" - decía, textualmente- "un impacto negativo sobre la práctica psiquiátrica, desviando medios de los tratamientos y cuidados de los enfermos mentales graves hacia las personas que sufren "problemas de la existencia")[7], haciéndose eco de las voces que solicitaban una separación de la psiquiatría y la salud mental, relegando a ésta, en manos de psicólogos, asistentes sociales. Preocupación que no solo responde a las opiniones de una psiquiatría conservadora, sino que pone de relieve hechos que no se habían previsto en los primeros planteamientos de la reforma psiquiátrica, de la psiquiatría comunitaria. En primer lugar, el impacto que tendrían los llamados trastornos mentales comunes[8] o síntomas mínimos persistentes, que llegan a representar en los centros comunitarios de salud mental, en estudios de 2004 [9] en España, el 70% de las consultas[10]. En los planteamientos iniciales de la reforma se pensó que la demanda de salud mental disminuiría o cambiaría al mejorar las condiciones de vida de las personas gracias a las mejoras sociales del desarrollo democrático y las políticas de bienestar y, en segundo lugar, por la mejor atención en Atención Primaria que asumiría parte del sufrimiento psicológico, y un mejor funcionamiento de la promoción y de la prevención de la salud a través de los sistemas públicos de salud.

Pero el verdadero cuestionamiento del modelo de atención comunitaria va a producirse de la mano de las instancias neoliberales que empiezan a imponerse en el mundo en los años noventa; nuevo escenario que introduce con la privatización y la compe-

tencia, con los mercados como reguladores de la eficiencia, y el consiguiente auge de un utilitarismo universal, que en psiquiatría aupa el pragmatismo que domina la psiquiatría desde los años noventa del pasado siglo, reduciéndola a un universo biológico frente a las ideas más sociales, antropológicas y psicopatológicas de la psiquiatría comunitaria que se construyó en el horizonte del Estado de Bienestar. No es casual que se denomine a los años 90 la *Década del cerebro.*

Es por tanto, la manera de configurarse el sistema sanitario la que va a condicionar el desarrollo del modelo comunitario. Uno de los extremos lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EEUU, en cuanto representante de un sistema altamente desarrollado, o *non-system*, en el decir de Milton Terris, liberal, privatizado, donde prima la competencia y el mercado. Esta evolución queda fielmente reflejada en la octava edición de un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de predicamento mundial, como es la Sinopsis de Kaplan & Sadock (1998). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir de los pobres. Tarea que se plantea irresoluble por falta de fondos. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de Guerra a la pobreza (W*ar on Poverty* y *Great Society*), y de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

La atención sanitaria en EEUU

El sistema de seguridad social americano es de introducción tardía (1989 Alemania, 1908 Gran Bretaña, 1920 Francia) y de prestaciones escasas e incompletas -pensiones para jubilados, viudedad, orfandad, invalidez-, no dando cobertura sanitaria hasta 1965, año en el que se crean los dos seguros públicos que hoy existen: el Medicaid, programa federal-estatal para los pobres - aunque sólo la mitad de la población que el gobierno considera pobre se incluye en este seguro- y el Medicare, programa federal para viejos e incapacitados. Según informa Vinçenc Navarro, 47 millones de habitantes no tienen ninguna cobertura sanitaria y no son suficientemente pobres para beneficiarse del programa federal Medicaid, que atiende a menos del 20% de la población que se llama "indigente médica" (es decir, que no pueden pagar sus facturas médicas (*EL PAÍS*, miércoles 6 de agosto de 2008, pág. 27). De este autor, que vivió como asesor de Clinton el intento de reforma sanitaria en EEUU, pueden consultarse sobre el tema[11-13]. Según lo datos censales de 2011 una cifra sin precedentes de 49.1 millones de personas (el 16% de los estadounidenses) vive en la pobreza. El Washington Post informa que el factor con mayor incidencia en el aumento de la pobreza para los adultos mayores *son los gastos médicos por cuenta propia.*

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec, asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: "Las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas". Compromiso que explicita en documento gubernamental, de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones: que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos:

---

[a] Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatria (Synopsis of Psychiatry) (edición española). 8ª edición. Lippincott Williams & Wilkins. Madrid, 1998.

1) En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. a)Tienen prioridad los servicios de Acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia, b) la posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; c) el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; d) las actividades de soporte a las familias y a los próximos.
2) Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga.
3) Además, la política del Ministerio quebequense instituye, la presencia de usuarios al consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organizaciones públicas, y la existencia de "un mediador en asuntos de interés público" (*ombudsperson*) al interior de cada hospital[14, 15]

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Québec está en que se desarrolla en el mismo sistema económico que EEUU, y demuestra que es económicamente posible sostener una asistencia de calidad, con un coste-beneficio adecuado, en un momento en que buena parte de los países del primer mundo occidental, se están replanteando las prestaciones públicas y ensayando formas de gestión que están haciendo retroceder los logros del Estado del Bienestar. En este mismo extremo se sitúa un país emergente, Brasil, donde está en marcha desde comienzo de los años noventa del pasado siglo un amplio proceso de reforma psiquiátrica ya tratado en el capítulo anterior, que viene desarrollado un amplio proceso, impulsado por la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, que ha establecido un entramado legal que desplaza el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad (cap.1.3.)

Respecto a Europa, hay una crisis del modelo comunitario, un retroceso hacia posiciones más hospitalarias y tradicionales, en el marco de una crisis general de la psiquiatría y los profesionales de la salud mental en general. Consideramos que, en parte, se debe a los factores antes apuntados de cambio político y al aumento de los factores adversos, pero también está el agotamiento del modelo, el agotamiento de la reforma y del modelo comunitario, después de casi medio siglo de andadura, en algunos países. El problema, en los países donde la reforma ha cumplido sus primeros objetivos desinstitucionalizadores, aunque queden rémoras importantes, aunque sea tremendamente desigual por países y hasta por regiones, está en redefinir nuevas estrategias en una sociedad que ha cambiado, donde las nuevas tecnologías están cambiando vertiginosamente y estructuralmente el empleo, donde la población ha envejecido y el imaginario social se torna cada vez más conservador, emergiendo con fuerza la xenofobia, donde aumentan las bolsas de exclusión social, y la cultura colectiva es sustituida por un nosotros que termina reduciéndose a la pareja, al nosotros, o a la persona sola[16].

Queda lejos aquella organización racional de la economía que garantizara la subordinación de los intereses particulares al interés general, aquellos valores sociales establecidos en Europa tras la II Guerra Mundial, impulsados por la Resistencia en los países ocupados por las tropas nazis. Una política que creó la Seguridad Social con el objetivo de garantizar a todos los ciudadanos los medios de subsistencia, en todos aquellos casos en los que no pudieran procurárselos a través del trabajo, garantizara la jubilación, las prestaciones sanitarias, la enseñaza obligatoria y pública…; una política que nacionalizó en Francia, según nos cuenta Stéphane Hessel, las fuentes de energía, la electricidad y el gas, las minas de carbón y los grandes bancos[4]. Una política que creó el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido y unas prestaciones destinadas a hacer frente a los cinco gigantes: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo, gracias a un aseguramiento social público y universal. Unos derechos que aún garantiza la carta Social

Europea (1961), y que están presentes para la salud mental en acuerdos más recientes como el *Libro verde* (2005)[17], los Acuerdos de Helsinky y el Pacto por la Salud mental y el bienestar (Conferencia de la UE)[18].La estrategia de la UE, según el *Libro verde*, podría centrarse en los siguientes aspectos:

(1) Promover la salud mental de toda la población.
(2) Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención.
(3) Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
(4) Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

La evaluación en datos

El *Atlas de Salud Mental de 20011* [19, 19, 20] y en los informes de la OMS [21-23b] muestran el desarrollo de los recursos, número de camas, profesionales, y financiación en los diferentes países del mundo. Implementación de recursos que es muy desigual entre países y aún dentro de cada país, y en cualquier caso insuficientes en prácticamente todas las regiones, en especial para los programas comunitarios de atención a las personas con mentales crónicos (ver cap. 9).

Personas afectadas en el mundo por trastornos mentales

450 millones de personas son afectadas en el mundo por trastornos mentales, de las cuales:
- 150 millones padecen depresión
- 25 millones están afectadas por esquizofrenia
- 38 millones sufren de epilepsia
- 90 millones tienen trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas
- cerca de 1 millón se suicida cada año

Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

Figura n° 1 Los trastornos mentales como parte de la carga global de enfermedades

[b] En la Web de OMS puede encontrarse informes y publicaciones actualizadas de la evolución de los indicadores de salud mental en el mundo. De Europa hay varios informes de interés, el más antiguo, pero muy completo es el de Freeman[24] que recoge datos de 1972 a 1982.

Los datos que informan de los recursos nos aproximan a la situación de la atención a la salud mental, pero habría que completarlos con otros indicadores que midieran el uso de los servicios, la distribución del personal, el papel dado a la Atención Primaria y a los Servicios Sociales y, en general, el tipo de organización de la salud mental y la asistencia sanitaria en general, sin olvidar que la calidad del medio social en que se desenvuelve la persona está íntimamente ligada al riesgo de que esta llegue a padecer una enfermedad mental y a la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica. En general, no hay muchos estudios (con muestras y rigor suficientes) que midan resultados de los procesos de desinstitucionalización teniendo en cuenta aspectos clínicos, sociales, económicos y de utilización de recursos. Entre estos podemos destacar: el realizado en Vermont, EEUU, acompañamiento durante 32 años del proceso de desinstitucionalización [25-27]; el proyecto realizado en el norte de Londres: el *Team for Assessment of Psychiatric Servicess* (TAPS)[28-32]: una serie de estudios prospectivos de evaluación de los resultados de sustituir los hospitales psiquiátricos (Friern y Claybury) por servicios comunitarios, comparando los pacientes que salían de los hospitales con los que quedan en ellos a través de diversos índices, y en Canadá comparando a lo largo de varias décadas la calidad de vida de los pacientes en la comunidad[33] Los resultados estadísticamente significativos eran favorables a los pacientes que vivían en la comunidad; en especial en relaciones sociales y autonomía. En general todos los estudios señalan que los pacientes preferían vivir fuera, mejor calidad de vida, y una mejora de la sintomatología negativa[34-38].

Del discurso pronunciado en la Conferencia Regional de Salud Mental "20 años después de la Declaración de Caracas" (OPS/OMS) por Benedetto Saraceno, Panamá, 7 y 8 de octubre de 2010

Es importante destacar que los datos no se limitan a la carga sino que se extienden a la brecha de la atención, es decir a la distancia que media entre las necesidades en salud mental de las poblaciones y la respuesta social a las mismas.

Aproximémonos a este tema: primero, recuérdese en este contexto que la brecha puede medirse merced a varios parámetros y uno de ellos es la proporción de psiquiatras por 100,000 habitantes que nos señala el inmenso déficit en la mayoría de las regiones.

Otra forma es por la brecha en la asistencia. Véase este dato abrumador: en los países industrializados la brecha va del 35.5 % al 50.3 % y en los países en desarrollo son más los que no acceden a la atención que los que la reciben, del 76.3% al 85.4 % .

Otro ejemplo lo constituye brecha que supone la asignación presupuestaria destinada a los servicios de salud mental. Esta es una brecha tan injustificada como odiosa: se estima en 13% la carga mundial de la enfermedad mental, no obstante, el promedio del presupuesto para salud mental en los países constituye el 2% del total de la inversión del rubro salud!

Examinemos ahora otros componentes de la realidad del estado de la atención de salud mental en el mundo, que nos da razón suficiente para darse por insatisfechos. Por ejemplo: no hay clara evidencia de aumento de los recursos humanos en casi todos los países; tampoco hay evidencia (con excepción quizás de la India) que se haya producido un aumento significativo en los recursos económicos; y hay escasa evidencia de franco progreso en los servicios de salud mental. Cabe señalar, afortunadamente, que hay algunos focos de luz, así es que hay evidencias de mejoras en el área de derechos humanos en muchos países, (por ejemplo, en Argentina, Brasil y Chile).

RESUMEN
La situación actual se mueve entre el modelo de medicina neoliberal norteamericano, intocado tras el fracaso de la reforma sanitaria propuesta por Obama, que ha convertido la psiquiatría comunitaria en un programa para pobres, las zozobras del modelo europeo, acosado por las tendencias privatizadoras y los recortes sociales y el movimiento participativo de la salud mental colectiva brasileño. Las principales incógnitas de futuro no están en el campo de la salud mental, aunque, sea cual sea el futuro tras la crisis del sistema político-financiero de estos años, para la supervivencia del modelo comunitario es preciso rediseñar las estrategias y fortalecer la clínica comunitaria (cap 11). La salud comunitaria tiene que modular una oferta de servicios una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad y en los límites de una práctica que debe recuperar una psicopatología que dé cuenta del por qué y del devenir de las enfermedades mentales, que sirva para definir su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora[39].

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Desjarlais R, Eisenberg L, Goodd B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo*: *problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS; 1997. Investigación realizado durante dos años por un amplio equipo de la Universidad de Harvard en colaboración con la OMS, es un amplio estudio sobre las enfermedades mentales en el mundo, los factores sociales que las generan o precipitan y la situación de las diferentes formas de atención a la salud mental.

Lamata F. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998. Estudio de los diferentes estudios de salud, de las profesiones sanitarias, planes, programas y prestaciones. Hay una parte del libro dedicada a España.

Santé mentale au Québec. *Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d´organisation et de transformation du système sociosanitaire*, 2005, XXX, 2. Número monográfico de esta interesante, y poco conocida en España, revista canadiense que recoge la visión francófona de la salud mental desde una perspectiva comunitaria. El número de primavera de 2011, volumen 36 (1) está dedicado al tratamiento comunitario. http://www.santementaleauquebec.ca

BIBLIOGRAFÍA

(1) Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Mexico D.F.: Siglo XXI; 1980.
(2) Desviat M, Moreno A. Los servicios de salud mental en Europa, EEUU y Canadá. En: Carmona J, Del Río Noriega F, editors. Gestión clínica en salud mental.Madrid: AEN; 2009. p. 43-60.
(3) Desviat M. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. Norte de Salud Mental 2008;VII (31):45-51.
(4) Hessel S. ¡Indignaos! Barcelona: Destino; 2011.
(5) Observatorio Metropolitano. Crisis y revolución en Europa. Madrid: traficantes de sueños; 2011.
(6) Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
(7) Henderson J. Editorial. La santé mental en Europe. Bulletin du CREFMSM, 1996;12.
(8) Mata Ruiz I OLA. Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes. En: Pérez F, editor. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica.Madrid: AEN; 2006. p. 298-325.
(9) Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental 2004;19:49-57.
(10) Retolaza A (Coordinador). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: AEN; 2009.
(11) Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Anagrama; 2002.
(12) Navarro V. La reforma del Sistema Fiscal (IRPF), el aseguramiento privado y la expereincia liberal anglosajona. Revista de Administración Sanitaria 1998;II (8):563-82.
(13) Navarro V. La medicina bajo el capitalismo. Barcelona: Crítica; 1978.
(14) Lecomte Y. De la dynamique des politiques de désintitutionalisation au Québec 38. Santé Mentale au Québec 1997;XXII,2:7-24.

(15) Duplessis P, Dab W, MacCarthy M, Portella E (coordinadores). Salud pública y países industrializados. Barcelona: SG-Masson; 1991.
(16) Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. Rev GPU 2007;3 (1):-88.
(17) Livre Vert.Améliorer la santé mentale de la population:Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Bruxelles: Communauté européenne, 2005; 2005.
(18) OMS. Santé mentale:relever les défis,trouver des solutions.Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Copenague: 2006.
(19) Who. Mental Health Atlas 2011. Geneve: WHO; 2011.
(20) Saxena S, Sharan P, Garrido M, Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005:implications for policy development 2. World Psychiatry 2006 October;5(3):179-84.
(21) Who. World Mental Health Report 2001. Geneve: WHO; 2012.
(22) WHO. World Health Report 2001: New Understanding, New Ho. Geneva: OMS; 2001.
(23) World Health Organization. Mental health a call for action by world health ministers 2179. Geneva: World Health Organization; 2001.
(24) Freeman HL FTHJ. Mental health services in Europe: 10 years on. Copenhagen: WHO; 1985.
(25) Harding CJ, McVey FK. Interview method affects incidence of postoperative sore throat. Anaesthesia 1987 October;42(10):1104-7.
(26) Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. Am J Psychiatry 1987 June;144(6):727-35.
(27) Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. Am J Psychiatry 1987 June;144(6):718-26.
(28) Trieman N, Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. TAPS Project 44. Br J Psychiatry 2002 November; 181: 428-32.
(29) Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. Br J Psychiatry 2000 March;176:217-23.
(30) Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. TRIEMAN1999. BMJ 1999 July 3;319(7201):13-6.
(31) Leff J, Trieman N, Gooch C. Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals LEFF1996. Am J Psychiatry 1996 October;153(10):1318-24.
(32) Trieman N, Leff J. The TAPS project. 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients. Outcome one year after relocation. Team for the Assessment of Psychiatric Services TRIEMAN1996A. Br J Psychiatry 1996 September;169(3):289-92.
(33) Bigelow Da & Young Dj - Effectiveness of a case management program. Community Mental Health Journal,1991, 27: 115-123.
(34) Gélinas D, Test MA, Dell´Acqua. Le suivi communautaire 1880. Santé Mentale au Québec 1998;XXIII, 2.
(35) Leff J, Trieman N, Talbott JA, Mercier C, Wolf J y otros. Les realités de la réinsertion sociale 1871. L'Information Psychiatrique 1997;73-8.
(36) Abelha L, Desviat M, Gonçalves S et al. Evaluation of social disablement, psychiatric sympotms and autonomy in long-stay psychiatric patients/Avaliaçao do comportemento social, dos sintomas psiquiátricos e da auutonomia em pacientes psiquiátricos de longa permanência. Psiquiatría Clínica 2006;33 (1):10-7.
(37) Fagundes da Silva P. Desinstitucionaliçao da assistencia psiquiátrica. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salúde Pública; 2005.
(38) Ruiz de Velasco ME. Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco; 2006.
(39) Weingarten R. O movimiento de usuários em saúde mental nos estados Unidos. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.
(40) Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Ciencia&Saude Colectiva 2011;16(2): 15-21.

1.5.1. Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario (1)

Jaime Gofin, Itzhak Levav, Jorge J. Rodriguez

INTRODUCCIÓN

La implementación de acciones de salud mental en la comunidad se favorece -tanto en la formulación de sus contenidos como en la de sus estrategias- mediante la previa exploración activa y detallada de sus características y necesidades, especialmente las de la salud. En efecto, a las acciones de exploración de la comunidad y el análisis de la información recogida le podrán seguir intervenciones más racionales. Estas, preferiblemente, deberían estar enmarcadas en programas, cuyo propósito es dar respuestas a las necesidades identificadas y, por consiguiente, favorecer a la comunidad en su conjunto[1].

Es obvio argüir que por lo general nadie emprendería una intervención clínica significativa sin un diagnóstico previo, sea cual fuere su naturaleza. Ni el profesional clínico lo haría ni el usuario lo admitiría. Otro tanto sucede en relación a la intervención en comunidad. Así, el ¿qué hacer?, razón de ser del trabajador de salud mental (TSM), debe ser precedida por la pregunta ¿por qué hacer? Es decir, cuáles son las situaciones o condiciones en la comunidad que requieren acciones de promoción, prevención primaria, mantenimiento de la salud, recuperación de ésta o rehabilitación. Aun a riesgo de caer en la redundancia, la acción diagnóstica permitirá actuar racionalmente y justificará las erogaciones que se hicieren para modificar la situación. Ambas le otorgan transparencia a las acciones de los programa de salud mental formulados.

Por último, esas acciones se complementan con la pregunta ¿cómo hacer? es decir, como realizar el diagnóstico comunitario. Asimismo, desde que se incorporara la democratización al quehacer de la salud mental, es ahora un hecho aceptado, aunque raramente puesto en práctica, que cabe hacer una pregunta adicional, ¿con quién hacer? Es decir, cual es el colectivo que en colaboración con los TSM habrán de dar respuestas a las preguntas anteriores.

LAS DOS ETAPAS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

En el proceso diagnóstico se reconocen dos etapas. La primera consiste en el llamado "examen preliminar de la comunidad". Este es seguido por el "diagnóstico comunitario" propiamente dicho. La realización de ambas etapas permitirá al trabajador de salud mental (TSM) identificar los determinantes sociales de ciertos trastornos psiquiátricos o de la conducta (por ejemplo, el desempleo, en el caso del alcoholismo); la magnitud del trastorno en la comunidad (por medio de las tasas de incidencia y/o prevalencia y/o discapacidad); y los factores que promueven la recuperación o el mantenimiento del estado de salud (por ejemplo, solidez de las redes sociales).

Pero antes de entrar de lleno en la materia, cabe recordar que salud mental en la comunidad tiene dos acepciones complementarias. Por un lado, y esta acepción es la mas común, se refiere a la provisión de atención en la comunidad, o simplemente, a la mera localización física del lugar donde se provee atención. Es decir, por fuera de los muros del hospital mental y con características que la distinguen de éste en un conjunto de variables, tales como mayor accesibilidad y aceptación por los usuarios, y muchas otras. La otra acepción, de uso menos frecuente, salud mental comunitaria, tiene sus raíces en los principios y conceptos de la salud comunitaria.

Adaptando la definición propuesta por Gofin y Gofin[1], entendemos por salud mental comunitaria la expresión colectiva de la misma en los niveles individual y de grupos en una comunidad definida. La salud mental está determinada por la interacción de los factores personales, familiares, del ambiente socio-económico-cultural y físico, así como por los servicios de salud y de salud mental. A estos factores más inmediatos se agrega la influencia de la sociedad en general, la política nacional y el impacto de la globalización.

Por medio de este modelo se entiende la identificación de un problema de salud mental cuyos determinantes (para este modelo, por lo general socio-económico-culturales y ambientales) son abordados en su conjunto (en los niveles intra- e intersectoriales) para intentar moderarlos o eliminarlos y así disminuir o neutralizar sus impactos adversos en la población.

A este modelo se agrega un componente adicional y es que, frecuentemente, un problema de salud mental pública (sea que esté o no registrado por la Clasificación Internacional de las Enfermedades – 10 Revisión o CIE-10) no se presenta aisladamente sino que se presenta de la mano con problemas de la salud pública. Por ejemplo, los cambios demográficos que resultan en el envejecimiento de la población determinan, por un lado, un aumento de las tasas de prevalencia de las enfermedades crónicas, donde la co-morbilidad es casi la regla (por ejemplo, trastornos cerebro-vasculares que coexisten con déficits cognitivos), y por el otro, el aumento de problemas socio-sanitarios generados por la caída de los ingresos. Kark denominó "síndrome comunitario" a la agregación de problemas de salud que obedecen a un determinante social único o a determinantes compartidos[2]. Precisamente, la aproximación diagnóstica a la comunidad facilita la identificación de cual/es es/son el/los determinante/s a imputar cuando se diagnostica el problema de salud mental.

Como se señalara antes, la aproximación diagnóstica permitiría identificar la presencia de los trastornos ("las necesidades de salud") así como los recursos (personales e institucionales) con que cuenta la comunidad para hacer frente a sus problemas. Por ejemplo, la presencia en la comunidad de líderes respetados y la existencia de valores como la solidaridad con los grupos necesitados permitirá que programas de salud mental que se apoyan en la ciudadanía, v.g., los de rehabilitación, tengan más visos de éxito en su implementación que en una comunidad recelosa de sus líderes y donde las relaciones intracomunitarias estén impregnadas de conflictos. Igualmente, en una comunidad "desorganizada" donde puede predominar la indiferencia o la retracción social. A nivel institucional, la aproximación diagnóstica propuesta en este capítulo permite identificar organizaciones que tienen la capacidad de ofrecer apoyo a las acciones de mantenimiento de la salud.

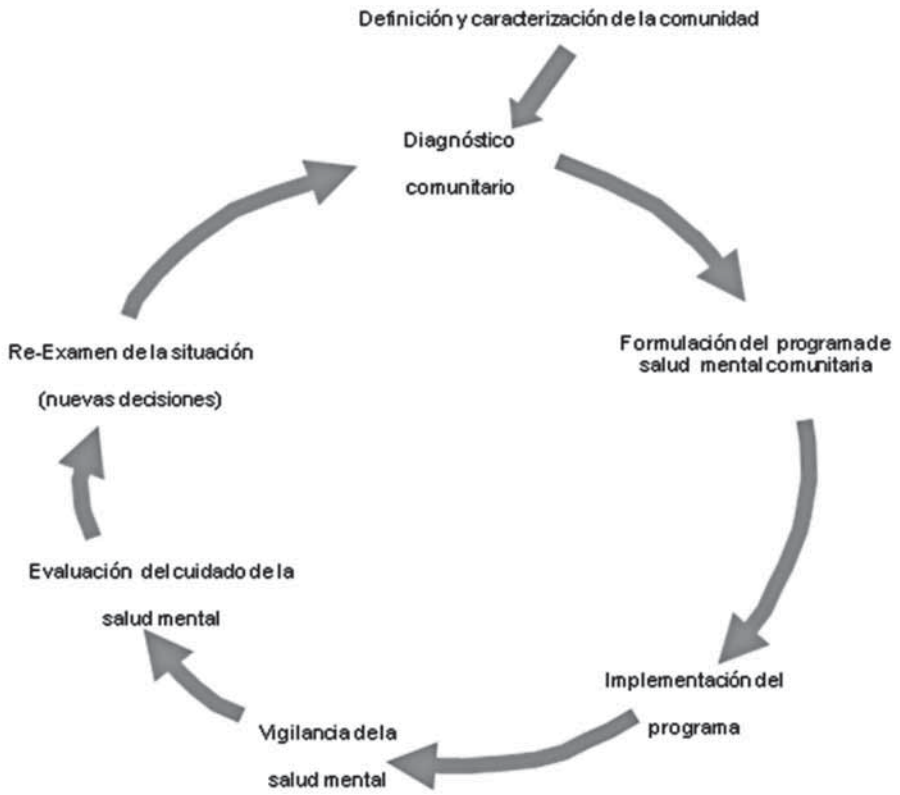
Cabe también recordar una vez más que las acciones de salud mental comunitaria se extienden a todo el espectro de la historia natural de la enfermedad, incluyendo el estado de salud, es decir a acciones que van desde la promoción de la salud a la rehabilitación psicosocial. En todas esas acciones el ambiente juega un papel crucial junto con los servicios y programas.

ETAPAS EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Las acciones de salud mental comunitaria son de dos tipos: clínicas y específicamente comunitarias. Ambas - pero sobre todo las segundas – están programadas de acuerdo con la secuencia siguiente[3] (véase el diagrama nº. 1)

a) Definición y caracterización de la comunidad. La "definición de la comunidad" se refiere al grupo poblacional por el cual el servicio y/o el programa de salud mental comunitario son responsables. La definición puede referirse a una comunidad geográficamente definida o a los miembros

Diagrama 1 Etapas en el desarrollo de programas de salud mental comunitaria



registrados en un servicio de salud o a los trabajadores de una fábrica o al alumnado de una institución educativa. Cualesquiera sea la definición, la atención es dirigida a todos los miembros y no solo a los usuarios del servicio de la atención curativa. La importancia de esta definición es no solo de interés para el equipo (saber quienes y cuantos son las personas que deben ser consideradas, así como sus características) sino también para la comunidad (por el interés natural que sus miembros tienen de saber quiénes son responsables de su atención en salud).

Esta etapa consiste en un primer reconocimiento de las necesidades de salud mental (o mejor, de salud en general) de la comunidad, en la exploración de los recursos existentes para atenderlas y en la identificación de las características demográficas, económicas, sociales y culturales de la comunidad. La denominación de esta etapa como "preliminar", implica que se trata de la fase inicial del reconocimiento de la comunidad, que será luego seguido por el diagnóstico comunitario. Nuevamente, es en esta etapa cuando el equipo debe definir cuál será la población por la cual asume responsabilidad por la atención en salud mental, desde la promoción hasta la rehabilitación.

En esta etapa se recopilan los datos necesarios y relevantes ya existentes y disponibles sobre la comunidad y se los analizan. Concomitantemente, el TSM puede comenzar a organizar el equipo de trabajo, a identificar las necesidades de capacitación de sus miembros y a relacionarse con la comunidad y con otros servicios o agentes comunitarios relevantes, con los cuales se configura el colectivo de salud mental involucrado.

La definición de la comunidad puede ser llevada a cabo por el equipo o por la organización de la cual el servicio es parte. En todo caso, la comunidad debe

ser consultada, la cual establecerá sus preferencias. En aquellos casos en que los servicios de atención dependen de la existencia de un seguro de salud, una consideración especial es tener en cuenta las personas no documentadas. En áreas urbanas o suburbanas, la definición debe tomar en cuenta la movilidad de la población, así como la presencia de las personas migrantes que pudieran estar en condición de residentes temporarios, documentadas o no.

Este examen permite identificar los problemas de salud mental prevalentes en la comunidad, seguido por un proceso de priorización y determinación de cuál es el problema que merece ser explorado en mayor detalle, por medio del:

b) Diagnóstico comunitario. En esta etapa se estudia la distribución en la comunidad de un trastorno o, mas genéricamente, de un problema (seleccionado en el proceso de priorización) y sus factores determinantes. Su control total o parcial es el objetivo central del programa de intervención.

c) Plan de acciones o programa. Una formulación acertada de la intervención permitirá lograr un máximo de impacto en las condiciones de la realidad (efectividad) con un mínimo de coste (eficiencia), asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios del programa (equidad).

d) Implementación del programa. Esta es la etapa en que se busca y ejecuta la estrategia más apropiada para poner en práctica el programa, en colaboración con la comunidad. La implementación del programa comprende, entre otros, dos componentes centrales: por un lado las actividades de intervención dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, y por el otro el registro continuo de esas actividades combinadas con la información sobre el estado de salud de la persona. El registro, frecuentemente omitido, permitirá efectuar la vigilancia y su evaluación.

e) Vigilancia del estado de salud mental de la comunidad. Es el procedimiento por el cual se lleva a cabo la observación continua durante la implementación del programa. Esta acción permite la identificación mas o menos rápida de los cambios de salud (positivos o negativos), o de la estabilidad de la condición, como resultado de la implementación del programa o de otras causas inesperadas (vg., cambios determinados por un desastre natural o la política nacional).

f) Evaluación de la atención prestada u otras acciones de salud. Los datos obtenidos en las acciones de vigilancia y evaluación ofrecen al TSM y a la comunidad una apreciación objetiva sobre el proceso y los resultados obtenidos por el programa. Además, ofrece la información necesaria para encarar el paso siguiente.

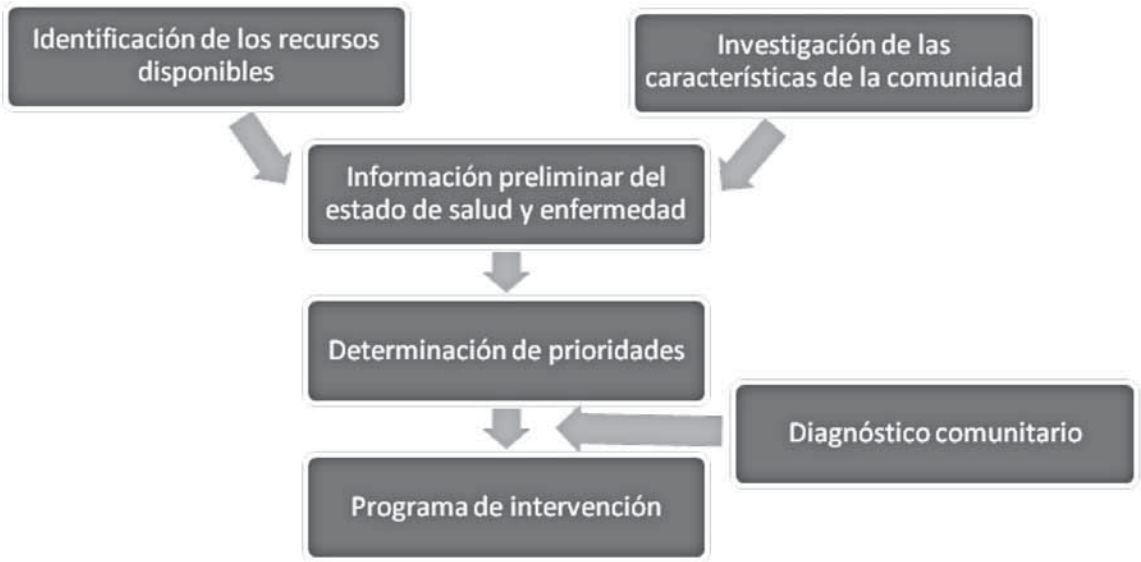
g) Reexamen de la situación de salud. Esta acción permitirá ponderar el curso y resultados del programa en ejecución, como base de decisiones para las acciones futuras y para efectuar racionalmente la selección de nuevas prioridades.

Este proceso, en forma de espiral ascendente, permite al TSM y a la comunidad cogestora ir superando en cada ciclo el estadio precedente. Aunque la experiencia muestra que el desarrollo sistemático de este proceso es útil para el equipo de salud mental, debe entendérselo desde una perspectiva de flexibilidad[4]. Esto implica, simplemente, que la experiencia del equipo de trabajo en el desarrollo de un programa puede requerir reconsiderar una etapa anterior de acciones ya implementadas o, también, que la intervención a nivel individual y/o comunitario puede empezar aun antes que el diagnóstico comunitario haya sido completado.

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

En este proceso, los elementos claves y usos de la caracterización de la comunidad son detallados en el diagrama nº.2.

Diagrama No.2 Componentes y usos de la caracterización de la comunidad



En el Cuadro n° 1 se listan las características de la comunidad que será necesario considerar. Este listado no es exhaustivo sino que constituye una guía para el TSM, destinada a asistirlo en el proceso de recolección de datos. El listado deberá limitarse o extenderse de acuerdo a las realidades locales y a los recursos humanos disponibles. (Para un reconocimiento del estado del sistema de salud mental de una unidad geográfica amplia, véase el IESM-OMS, un instrumento diseñado con ese propósito: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/). Las fuentes de información que nutren este examen pueden ser publicaciones ya existentes, trabajos locales no publicados y notas del periodismo responsable. En aquellos servicios de salud en los cuales hay acceso a información electrónica, el TSM puede obtener datos demográficos y mapas que permitan una visualización rápida de las características geográficas del distrito o área de su responsabilidad. A todo esto debe agregarse un reconocimiento del campo por medio tanto de una observación directa ("deambular alerta por las calles de la comunidad") como por encuentros con miembros claves de la comunidad.

1. Datos geográficos – ecología humana

Es necesario que el TSM conozca tanto la situación geográfica de su comunidad asi como del local o centro desde el cual debiera operar. Las condiciones geográficas pueden estar afectando de una manera más o menos directa el estado de salud mental de una población. Por ejemplo, la escasez de yodo puede generar un área bociógena, con el riesgo consecuente para el crecimiento y el desarrollo físico y mental normal de/la niño/a[5].

La ubicación del local desde donde se programa y presta la atención es importante ya que esta circunstancia tendrá un impacto en el uso que la comunidad hará de la atención que allí se preste. Su ubicación en una zona de determinadas características económicas puede afectar el uso por parte de miembros de otra comunidad, que si bien puede ser vecina en cuanto a la distancia física, puede diferir en cuanto a sus características sociales y culturales. La distancia y accesibilidad en el medio urbano, y muy especialmente en el rural, influirá sobre la conducta de los usuarios potenciales, situación que demanda, por consiguiente, soluciones apropiadas como el establecimiento de clínicas satélites o periféricas (para el medio rural, lugares alejados o de difícil acceso).

Cuadro N° 1 Información a obtenerse para caracterizar a la comunidad

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

1. Datos geográficos – ecología humana (tamaño, organización urbana, transporte, áreas de recreación)
2. Datos sociodemográficos
   - edad y género
   - composición del hogar y de la familia
   - estado civil
   - grupos étnicos, racismo
   - clase socio-económica
   - nivel educacional
   - ocupación, desempleo
   - religión/religiosidad
   - migración
   - marginalidad
   - tipos de vivienda, condiciones, hacinamiento
   - nivel de violencia
3. Características socioculturales
   - organización de la comunidad
   - valores y creencias
   - actitudes y conductas
   - redes sociales
   - servicios recreacionales, centros culturales, deportivos
4. Servicios en la comunidad
   - educacionales, de bienestar, de apoyo social
   - comerciales
   - salud (personal, sanitarios, ambiente)
5. Datos sobre salud y enfermedad
   - estadísticas vitales
   - mortalidad
   - morbilidad
   - discapacidad
   - estilos de vida (adicciones)
6. Organización política
   - características
   - líderes e instituciones
7. Recursos disponibles en la comunidad
   - Recursos oficiales y no oficiales
   - Recursos del sector salud y de fuera del sector salud

Es esencial que el TSM proyecte en un mapa el área de responsabilidad del servicio y vías de transporte público. El cuidadoso estudio del mapa le permitirá tomar una decisión más acertada con respecto a la mejor ubicación del centro de atención (en el caso de considerarse su establecimiento inicial) o, como se indicara con anterioridad, estimar el probable impacto en la accesibilidad de los servicios.

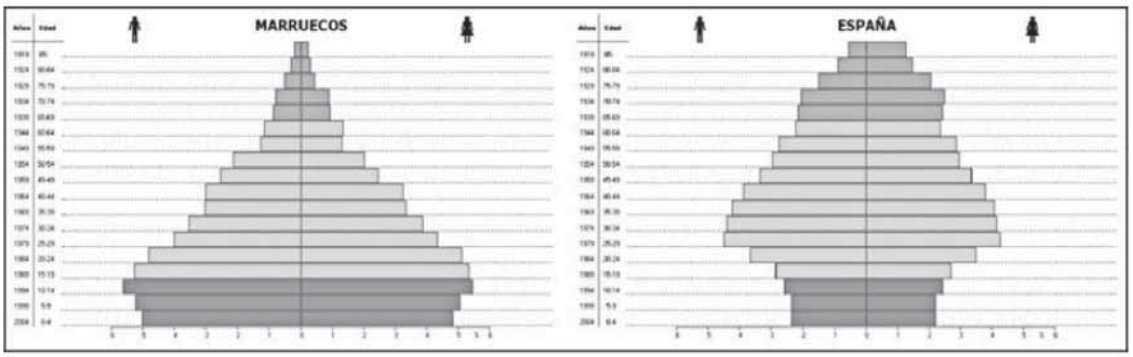
2. Datos sociodemográficos

La composición sociodemográfica de la comunidad (vg, número de habitantes, edad, género, estado civil, educación) sirve de indicador de las probables necesidades de salud al identificar grupos de alto o menor

riesgo. Por otra parte, su representación cuantitativa – los denominadores – permite calcular tasas de incidencia o de prevalencia, instrumento esencial en la aplicación de la epidemiología al trabajo comunitario. Ello podrá permitir medir cambios y establecer comparaciones en el curso del tiempo y con programas de otras comunidades.

a) Es recomendable que el TSM dibuje la pirámide de la población correspondiente ya que su mera visualización le posibilita una rápida identificación de las necesidades y el establecimiento consecuente, por ejemplo, de las prioridades en las acciones y de capacitación del personal. En el gráfico 1 podemos ver las pirámides de población por grupos de edad y género de España y Marruecos, que revelan dos estructuras demográficas muy diferentes. En Marruecos, como corresponde a un país en pleno auge poblacional, presenta una silueta piramidal casi perfecta en la que destaca un elevado contingente de población joven que apenas empieza a verse afectado por el recorte del número de nacimientos. También llama la atención la contracción de los peldaños en las edades intermedias (20-65 años) especialmente entre los hombres, lo que deja entrever la incidencia de la emigración. Frente a ello, España presenta una pirámide de forma acampanada que responde a un claro proceso de envejecimiento. En la pirámide se observan además dos muescas: la que se produce en torno a los 60-64 años, resultado de la incidencia de la Guerra Civil y la dura postguerra, y la que se aprecia en la base de la pirámide, producto del acentuado retroceso de la fecundidad protagonizado en las últimas décadas. Los contrastes etarios de ambas poblaciones quedan aún más claros si comparamos los respectivos porcentajes de población por grandes grupos de edad que ponen de manifiesto que mientras en España la proporción de jóvenes de 0 a 14 años apena supone el 14% de la población, en Marruecos supera el 31%, llegando el porcentaje de mayores de 65 años en España (16,9%) casi a cuadruplicar al del país vecino (5,5%). Ambas cifras provocan un desequilibrio entre el colectivo de adultos que en España se acerca al 69% de la población, mientras en Marruecos se sitúa en el 63,3%[6, 7].

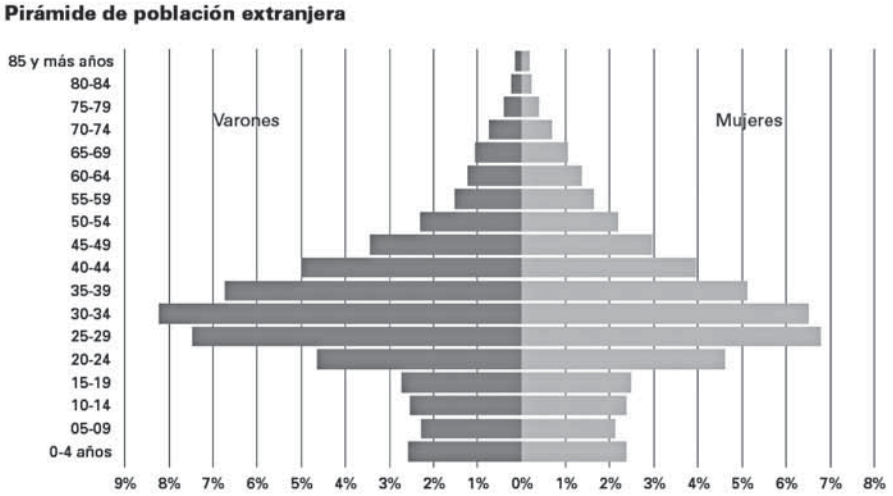
Gráfico 1. Pirámides de población de España y Marruecos en 2004 (%)



Estas representaciones gráficas nos hablan claramente de las peculiaridades del diseño de los programas a nivel nacional, que es necesario completar a nivel de región, y aún de barrio o distrito donde se trabaje. Y aún por grupos poblacionales no solo etarios; por ejemplo, en España, interesa conocer las características de los residentes extranjeros, en cuanto que suponen el 12% de la población total en 2009, proviniendo de diferentes culturas (las predominantes de Rumanía (14,2%), Marruecos (12,7%), Ecuador (7,4%), Reino Unido (6,7%) y Colombia (5,2%), con un

rápido crecimiento, y siendo un factor de rejuvenecimiento).

b) Otro dato demográfico a recoger es la composición de los hogares y del núcleo familiar. Conviene recordar que los factores de riesgo psiquiátrico y de mantenimiento de salud mental varían de acuerdo con la estructura de la familia. Por ejemplo, en varios países de la Región Europea, se observa que mientras en algunas ciudades de los países mediterráneos y de Europa central y oriental la proporción de personas que viven solas es inferior a 20%, en otras ciudades de los países nórdicos la proporción alcanza a más del 50%[8]. Un hogar unipersonal implica dos situaciones polares: o que la persona que vive sola es suficientemente hábil, y por lo tanto, el TSM se limitará a establecer un sistema de vigilancia o, por el contrario, que la persona vive en una situación de riesgo por la ausencia de un apoyo social rápidamente accesible, lo que hace necesaria la vigilancia y, eventualmente, la intervención. Asimismo un hogar unipersonal está asociado con bajos niveles de calidad de vida[9]. Sin embargo estudios muestran que los sentimientos de soledad es un factor de riesgo más grave que el de vivir solo[10]. Otra situación de riesgo se presenta en aquellos hogares donde la madre es el único adulto presente durante largos periodos del año en virtud de que los hombres trabajan en zonas distantes en su propio país o en el extranjero, como ocurre, por ejemplo, en ciertos países de la Región Europea. En estos casos la migración es una causa de disrupción del apoyo familiar con el consiguiente impacto en la salud mental.



c) El conocimiento del estado civil es de utilidad ya que el mantenimiento de la salud mental y el riesgo psiquiátrico es diferente (suicidios y trastornos afectivos, por ejemplo) de acuerdo con el estado marital: menor en los casados, y algo más elevado en los solteros por encima de la edad promedio de matrimonio en la comunidad, en los viudos y, especialmente en las personas divorciadas[11]

d) El rastreo constante de la distribución socio-demográfica de la población es de suma importancia dada su relevancia en los estudios epidemiológicos. Su determinación por clase social y nivel de educación son datos cardinales en este campo[12]. En efecto, está demostrado que existe una relación inversa entre clase social (medida habitualmente por educación y/o ocupación y/o residencia y/o ingresos) y salud mental. Por ejemplo, miembros de la clase social media tienen mejor calidad de vida que la clase social baja. En cuanto a la morbilidad psiquiátrica y la morbilidad física, a medida que baja la clase social tanto mas

alta es la prevalencia de los trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, alcoholismo, fármacodependencia, personalidad antisocial, malestar psicológico inespecífico, y depresión mayor en las mujeres)[13]. Asimismo, se ha establecido que la educación tiene un efecto significativo en las actitudes de la persona con un trastorno psiquiátrico: cuanto más elevado el nivel de educación de la persona afectada, más próximas sus actitudes, creencia y prácticas a las sustentadas por el TSM.

Nuevamente, es necesario proyectar en el mapa, sombreando con distinta intensidad, las sub-zonas de riesgo dentro del área de responsabilidad. Se obtiene así, a simple vista, las subzonas de mayor riesgo y de actitudes y prácticas comunitarias más distantes o más próximas a las del profesional. Por otra parte, la distribución de los usuarios en el mapa permitirá evaluar fácilmente la relación uso actual/necesidad potencial del servicio.

La ocupación de los miembros de la comunidad es otro importante dato a recogerse. Por una parte, puede señalar la presencia de riesgos habitualmente asociados a determinadas ocupaciones. Por otro, cabe recordar que los procesos económicos pueden afectar de manera desigual a los diferentes miembros de la comunidad. El desempleo configura un poderoso factor de riesgo para la población que puede expresarse por ejemplo, en alcoholismo o desmoralización[14, 15].

Estos datos pueden obtenerse en reparticiones estatales vinculadas con las áreas del trabajo y la economía y en los sindicatos En su defecto, la información puede obtenerse a través de encuestas; naturalmente esto acarrea una inversión de tiempo adicional y costos para el equipo de salud mental.

e) El efecto posible de la migración en la salud mental de la población ha sido demostrado; de ahí la importancia de conocer la existencia de grupos inmigrantes en la comunidad, particularmente si ellos constituyen grupos marginales. Además, hay grupos migrantes transitorios o recientes, que por su situación precaria precisan recibir atención especial. En algunas comunidades, la migración estacional de los padres para efectuar tareas laborales en otras zonas deja en estado de riesgo a los hijos, especialmente cuando los niños menores quedan al cuidado de un hermano o hermana de casi la misma edad. Asimismo, la migración es un factor de riesgo de la salud mental como resultado de la falta de apoyo social[16].

f) El ausentismo y deserción escolar (datos que se pueden solicitar en el ministerio de educación), la delincuencia juvenil y adulta (información que puede ser provista por la policía o el ministerio de justicia) y la población dependiente de la asistencia social, son datos de otros sectores, de importancia capital para el TSM para determinar grupos de alto riesgo.

g) Las condiciones y el tipo de vivienda constituyen una información que debe también requerirse y consignarse en el mapa sugerido antes. Estas variables tienen un impacto diferencial en las condiciones de salud en general, y pueden constituir un factor asociado con el estrés crónico[17]. La razón, número de personas: espacio disponible indicará el nivel de hacinamiento. Esta información se obtiene en las municipalidades o en la administración central de las comunidades autónomas. El TSM debe obtener información sobre nuevos residentes en el área para identificar cambios de vivienda que pueden también tener efectos psicosociales y por ende en la salud mental de personas mayores.

h) La religión (o el grado de religiosidad) es otro dato social de interés tanto por su presencia como por su pérdida o ausencia. La rápida secularización de la población, debido a un acelerado cambio social, constituye un factor de riesgo en la salud mental, en cuanto la comunidad no ha

llegado a constituir un cuerpo de valores alternos o grupo de pertenencia, amén de pautas sancionadas de conducta.

i) En algunas comunidades, el reconocimiento de la constitución étnica, es imprescindible por cuanto frecuentemente expresa otras variables, como la clase social o la migración. Recuérdese también el efecto manifiesto o encubierto de esta situación sobre la salud mental de grupos étnicos, más o menos abiertamente discriminados. Es importante recordar que los grupos étnicos poseen creencias y prácticas sobre la enfermedad mental y disponen de recursos autóctonos para proporcionarle solución a muchos de esos problemas.

3. Datos socioculturales

Es necesario identificar las características de la comunidad en cuanto a su grado de organización/desorganización, dado que ambos están correlacionados, respectivamente, con las tasas de prevalencia de bienestar o de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, tal como la violencia comunitaria y doméstica. De igual importancia lo constituye determinar la existencia o ausencia de redes sociales de apoyo y la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos sociales, por su efecto desigual en la salud mental, especialmente durante estados de discontinuidad o cambio. Esta información puede obtenerse directamente de los líderes comunitarios o en las reparticiones oficiales de trabajo y asistencia social.

Una acción de carácter prioritario que le corresponde llevar a cabo a los servicios de salud mental es identificar en la comunidad a las personas que están excluidas como resultado de una historia de trastorno mental severo. Tal como se ha definido, estos miembros de la comunidad no participan (por ejemplo, por discriminación) de las oportunidades que ofrece la comunidad, en cuanto a la producción, consumo, derechos de ciudadanía, o interacción social.

La formulación de acciones tendientes a reducir la exclusión así como el empoderamiento de los excluidos nace de la información generada mediante el acopio de los datos del ejercicio diagnóstico. Este precisa identificar tanto el número de personas afectadas como los factores responsables de la exclusión, a fin de modificarlos a través de acciones intersectoriales.

El TSM deberá explorar cuáles son los valores, creencias, actitudes y definiciones de salud y enfermedad tanto de los miembros de la comunidad como de sus líderes formales e informales, incluyendo pautas culturales, por ejemplo, el uso del castigo corporal en la disciplina de los niños.

Por ejemplo, en la aplicación de un programa dirigido al control del alcoholismo, éste no será reconocido como problema prioritario cuando en una comunidad el patrón de alto consumo corresponde a una norma establecida. Los hábitos de beber alcohol que existen en una comunidad pueden ser reconocidos de varias maneras; entre otras por el número de despachos de bebidas y por los patrones culturales de ingesta. Esta información puede recabarse por inspección directa, por intermedio de informantes claves (lideres, por ejemplo), por publicaciones y documentos especializados e, incluso, a través de notas periodísticas si estuvieren documentadas.

4. Datos de salud y enfermedad

El análisis de la demanda asistencial es esencial pero no suficiente, dado que expresa solamente las necesidades de la población que consulta (el "pico del iceberg"). Es necesario, por lo tanto, recurrir también a otras fuentes de información relativa a la población en estudio o a otras poblaciones que son similares en su perfil demográfico y socio-económicos y cuyos datos pueden ser igualmente útiles.

a) El TSM debe estudiar la información vinculada a las tasas y características de la mortalidad en la comunidad. Esta información puede reflejar patologías de origen psiquiátrico y psicosocial como cirrosis alcohólica, suicidio, homicidio,

accidentes, SIDA, enfermedades cerebro-vasculares y avitaminosis. La cuantificación de la mortalidad (en este caso, relacionada con componentes psicosociales/psicopatológicos) puede hacerse por tasas, por proporción del total de las muertes, y por años potenciales de vida perdidos. Estas medidas no sólo sirven para el establecimiento de prioridades sino como línea de base para la eventual evaluación del programa. Asimismo, las causas de muertes reflejan el estado general de salud de la comunidad.

Esta información se obtiene en los servicios de epidemiología, centrales o locales. Aunque las tasas no correspondan exactamente a la definición de la comunidad decidida por el TSM, ellas pueden extrapolarse y utilizarse como aproximaciones estimativas.

b) El conocimiento de la morbilidad general, basado tanto en estudios epidemiológicos que revelan las tasas de incidencia y prevalencia en la población general y datos hospitalarios y de clínicas del área de responsabilidad, expresión de la demanda satisfecha, resulta de interés por su posible asociación con trastornos emocionales y de co-morbilidad psiquiátrica. Hay aspectos de la medición del estado de salud general que pueden estar directamente asociadas con las tareas del TSM, tal como el peso y la talla de los niños, por la relación de estas variables con el desarrollo psicomotor. Estos últimos datos pueden obtenerse en los servicios materno-infantiles.

c) La determinación de la morbilidad psiquiátrica puede lograrse a partir de la demanda satisfecha tanto la prestada por los servicios ambulatorios como, más frecuentemente, por los dispositivos de internación.

Estos datos se obtienen de las autoridades municipales, distritales o nacionales, o de los hospitales psiquiátricos y generales responsables de la atención en el área del TSM. En algunas ocasiones es posible que, en una comunidad determinada o en otra (u otras) semejante, se hayan realizado estudios parciales o generales de prevalencia tratada – o, raramente de prevalencia real, es decir, tratada y no tratada – cuyos datos son susceptibles de extrapolación.

5. Datos políticos

Es necesario reconocer la estructura de la organización política de la región o distrito y de sus orientaciones ideológicas generales y en relación a salud mental (pro- o anti-Reforma) en particular, en su posible asociación con factores determinantes del estado de salud/enfermedad de la comunidad como a los efectos de obtener apoyo para los programas de intervención que estén por ejecutarse. Por otro lado, la inclusión del TSM en la comunidad como agente de cambio lo llevará – de algún modo u otro y según las circunstancias – a asociarse con líderes políticos o a entrar en conflictos con las instancias políticas vigentes.

6. Recursos disponibles en la comunidad

En la caracterización de la comunidad, la identificación de las necesidades y características de la comunidad se complementan con el reconocimiento de los recursos existentes. De hecho, el TSM no comienza a trabajar en un vacío: la comunidad posee soluciones más o menos satisfactorias para sus problemas. Además, ella misma puede contar con el potencial necesario para lograr nuevas y más adecuadas soluciones si ese potencial es adecuadamente estimulado por el TSM y por las organizaciones locales.

Los recursos pueden agruparse en cuatro categorías:

a) Recursos oficiales del sector salud

Es necesario reconocer cuáles son los servicios de salud mental que utiliza la misma comunidad; tanto los que están localizados en el área como los que están fuera de ella. El TSM debe tratar de obtener respuestas a los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los diferentes tipos de servicios ofrecidos en el nivel de la atención primaria (centro de salud, dispensario, clínica,) y en los servicios especializados (clínica de día, ambulatorio hospitalario, por ejemplo) con sus respectivos sistemas de referencias y contra- referencias?
- ¿Cuáles son sus actividades? ¿Existen programas de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular? ¿Es la atención de carácter preventivo, o sólo se ofrece atención curativa?
- ¿Cuál es la composición y la capacitación del equipo de salud general y de salud mental en cada uno de los servicios existentes?
- ¿Cuáles son las relaciones con la comunidad y con los servicios educacionales, culturales, recreativos, entre otros?
- ¿Cuáles son los hospitales (generales, psiquiátricos) que prestan servicios a la comunidad?

b) Recursos no oficiales del sector salud
- Aquí debe incluirse, por ejemplo, a todo tipo de curadores tradicionales cuya labor ha sido investigada, habiéndose reconocido la utilidad de establecer con ellos algún grado de vinculación.
- En el campo no oficial existen otros recursos inherentes a la comunidad que el TSM debe ubicar: grupos de padres y grupos de ayuda mutua como, por ejemplo, los grupos de familias de ex-usuarios psiquiátricos y el grupo más conocido, el de los Alcohólicos Anónimos; grupos recreativos, grupos culturales y deportivos.

c) Recursos oficiales fuera del sector salud
- Son todos los sectores vinculados en mayor o menor grado con las tareas del TSM, tales como escuelas (maestros y directores), reparticiones de los ministerios de bienestar social, trabajo u otros.

d) Recursos no oficiales fuera del sector salud
- El ejemplo más claro son las instituciones religiosas. En efecto, la ubicación de los líderes religiosos en los modelos de asistencia psicológica ha sido repetidamente notada. Es importante mencionar las diferentes funciones que el líder religioso desempeña en la comunidad: tales como, constituir un líder formal y visible, prestar apoyo psicológico directo, organizador de grupos de interés alrededor de la institución.
- El TSM deberá identificar tanto a los líderes formales como a los no formales. Los líderes formales de la comunidad son depositarios de la información sobre los liderados, sus necesidades, prioridades, actitudes. Debe buscarse la participación comunitaria, especialmente la de los líderes, en cuanto son los representantes netos de la población, y por ende, candidatos a participar en el consejo directivo o consultivo del servicio asistencial. Ellos serán los portavoces de los voluntarios que colaborarán con el TSM. Esto no debe impedir la identificación de líderes no formales o personas con conocimiento sobre miembros de la comunidad y que sean reconocidos por parte de la comunidad.

RESUMEN

Si bien la definición y la caracterización de la comunidad es solo la puerta de acceso al diagnóstico comunitario, no obstante su carácter preliminar puede generar vías de investigación de problemas y/o sugerir la formulación de programas de intervención. Esto último, en virtud de que, al igual que en otras actividades epidemiológicas, a través de la caracterización se puede lograr la identificación de diferenciaciones (o faltas de igualdad) en los estados de salud y enfermedad. El examen facilita no solo

la adquisición de información básica que da pie para establecer un orden de prioridades sino que también hace posible el reconocimiento y la posible aceptación de la intervención por parte de la comunidad.

Es importante señalar que, al igual que en toda actividad epidemiológica, en esta etapa es necesario evaluar la calidad de la información y la confiabilidad de las fuentes. Le corresponde, por consiguiente, al TSM tener una actitud crítica que lo lleve a verificar como fueron recolectados los datos, las definiciones empleadas, los criterios de medida usados, las fechas de los registros, la cobertura del universo investigado, el cumplimiento completo o parcial de los registros y el procesamiento de la información.

A lo largo de este capítulo se ha mencionado la necesidad de proyectar en un mapa los datos provenientes de las características y recursos de la comunidad. El TSM debe contar con un mapa ampliado de su área de responsabilidad en el que irá consignando los datos en forma continua a medida que los recoja o que vayan cambiando. Eventualmente, el mapa servirá también para proyectar la ubicación y número de los usuarios del servicio, la concentración de áreas con problemas, y todo otro dato relevante para el TSM. Para ello es posible contar en la actualidad con el método de Información Geográfica Electrónica[19] que facilita la ubicación detallada de la población atendida y por atender.

Finalmente, cabe recordar que los datos recogidos no solo constituyen un instrumento valioso para el TSM, sino que también lo son para cualquier otro trabajador de la salud, médico general, rural, o enfermera comunitaria, responsables de la salud mental de su población. En este sentido, el TSM puede llenar un papel de liderazgo y propulsor de acciones de promoción de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Annika Sweetland, Alex Cohen. Diagnostico comunitario por medio de la investigación cualitativa. Editado por Jorge J Rodriguez y cols. *Salud mental en la comunidad, 2a.* edición Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009. En este esclarecedor capitulo se discuten temas como definición de la comunidad, el uso de la etnografía para llegar a un diagnostico de la comunidad, el contexto social y otros componentes esenciales. Todos ellos complementan por medio de métodos cualitativos la aproximación cuantitativa del capítulo del presente libro.

Sweetland A, Cohen A. Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa; Capítulo 6 en Salud Mental en la Comunidad *(2a Ed) Rodríguez JJ Editor, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No. 49, Washington DC, 2009.* El conocimiento y la consideración del contexto socio-cultural de los miembros y grupos de la comunidad benefician a la Salud Mental Comunitaria complementando los aspectos metodológicos cuantitativos presentados en el Capítulo “Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario”.

BIBLIOGRAFÍA

(1) *Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health. Sudburu MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.*

(2) Kark SL, The Practice of Community Oriented Primary Care. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1981.

(3) Gofin J, Gofin R. Atención Primaria Orientada a la Comunidad – APOC: Un Modelo de Salud Pública en la Atención Primaria. Revista Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007;21 (2-3:177-184.

(4) Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) Una visión actual. En: Martin Zurro A, Cano Perez JF (Eds), Atencion Primaria –conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier (6ª ed): 2008.

(5) Peris Roig B, Atienzar Herráez N, Merchante Alfaro AA, Calvo Rigual F, Tenías Burillo JM, Selfa Moreno S, López García MJ. Endemic goiter and iodine deficiency: are still a reality in Spain. An Pediatr (Barc). 2006 Sep;65(3):234.

(6) Nieto Calamastra J, Boulifa F. La fractura demográfica del estrecho. Cuadernos Geográficos, 2008, 42 (1), 7-36.
(7) Cifras INE. Boletín Instituo Nacional de estadísticas, 5 de mayo, 2009. Disponible en: http:// www.ine.es/revistas/cifraine_0509.pdf
(8) Politica Regional, Respuestas de la política regional a los retos demográficos, Union Europea, Bruxelles, Belgium, 2007 http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/demo/demochallenge_es.pdf (access Diciembre 2011).
(9) Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Vergani C.Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. Health Soc Care Community, 2011, Jul1 (Epub ahead of print),
(10) Holwerda TJ, Beekman AT, Deej DJ, Stek ML, van Tilburg TG, Schmand B, Jonker C, Schoevers RA, Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly. Psychol Med, 2011 Sep 6:1-11. [Epub ahead of print]
(11) Reneflot A, Mamelund S-V The Association Between Marital Status and Psychological Well-being in Norway. Eur Sociol Rev First published online: January 5, 2011
(12 Marmott MG, Understanding social inequalities in health, Perspect Biol Med, 2003;46(3 Suppl):S9-23
(13) Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population cap. 13:236-284. En: Dohrenwend BP (ed) Adversity, Stress and Psychpathology. New York: Oxford University Press; 1998.
(14) Medina-Mora, M.E.; Borges, G. Lara, C. Benjet, C. Blanco, J. Fleiz, C. Villatoro, J. Rojas, E. Zambrano, J.: Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican Nacional Comorbidity Survey. Psychol Med, 2005, 35:1773-1783.
(15) Medina-Mora, M.E.; Borges, G.; Benjet, C.; Lara, C.; Berglund, P.: Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. Br J Psychiatry, 2007,190: 521-528.
(16) Miguel Á Salinero-Fort, Laura del Otero-Sanz, Carmen Martín-Madrazo, Carmen de Burgos-Lunar, Rosa M Chico-Moraleja, Berta Rodés-Soldevila, Rodrigo Jiménez-García, Paloma Gómez-Campelo, The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study, HEALTH & MIGRATION GroupBMC Fam Practice 2011, 12:46 (8 June 2011)
(17) Mari J de J, Psychiatric morbidity in three primary medical clinic in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. Social Psychiatry, 1987; 22:129-138.
(18) Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological Review, Br J Psychiatry 2007;191: 477-483.
(19) Mullan F, Phillips RL, Kinman EL, Geographic retrofitting: a method of community definition in community-oriented primary care practices. Fam Med. 2004 Jun;36(6):440-6
(20) Gofin J , Levav I, Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario de salud mental En: Salud Mental en la Comunidad (2a Ed) Rodríguez JJ Editor, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No. 49, Washington DC, DC; 2009[20].

Este capítulo y el siguiente son una versión ampliada del capítulo 5 de *Salud Mental en la Comunidad* (2a Ed) Rodríguez JJ Editor, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No. 49, Washington DC; 2009[20].

1.5.2. Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario

Jaime Gofin, Itzhak Levav, Jorge J. Rodriguez

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

a) Definición y campo

Las cinco preguntas que le corresponde responder a todo profesional de la salud comunitaria[1] son igualmente válidas para la salud mental comunitaria:

1. ¿Cuál es el estado de salud mental de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se está haciendo al respecto por parte del sector sanitario, otros sectores y por parte de la comunidad?
4. ¿Qué más se puede hacer?, ¿qué se propone hacer? y ¿cuál o cuáles son los resultados esperados?
5. ¿Qué medidas se necesitan para continuar la vigilancia de la salud mental de la comunidad y para evaluar los efectos de lo que se está haciendo?

Las dos primeras preguntas corresponden al diagnóstico comunitario, es decir, de toda la comunidad (y no sólo de las personas tratadas en la clínica) cuyas respuestas proveen una valoración detallada de la salud y sus determinantes. A las preguntas 3-5 le da respuesta el programa de intervención.

El diagnóstico comunitario consiste en un proceso activo y continuo de recolección de datos cuantitativos y cualitativos, cuyo objetivo es establecer la distribución, magnitud del impacto, y los determinantes de los trastornos psiquiátricos y psicosociales en la comunidad o en un sector definido de ella.

El diagnóstico puede complementarse con información generada por métodos de investigación cualitativa. Estos métodos son apropiados para obtener información basada en los valores, las percepciones y las actitudes de los miembros de la comunidad.

A diferencia de la caracterización de la comunidad, que se basa en la revisión crítica de la información ya existente, el diagnóstico del estado de salud/enfermedad se apoya en la recolección activa y continua de toda información relevante para el proceso de la atención comunitaria en salud mental, como lo muestra el cuadro nº. 1. Asimismo, esta etapa reclama un mayor compromiso de todos los sectores directamente relacionados con el problema de salud en estudio[2].

Cuadro n° 1: Tipos y métodos de identificación de los problemas de salud mental en la comunidad

Tipos	*Método*
Cualitativo	• Impresión subjetiva del TSM • Informantes claves, profesionales/paraprofesionales • Grupos focales
Cuantitativo	• Información existente, publicada o sin publicar (examen preliminar) • Información recogida ad-hoc (diagnóstico comunitario) a través de: – Actividad clínica (consulta demanda) – Registro de casos – Pesquisas/tamizado – Encuestas diagnósticas

Dado que la clínica es el campo más familiar para el TSM, conviene apelar a ella a fin de clarificar la ubicación del diagnóstico comunitario. En el marco de las intervenciones comunitarias, se establece un paralelo entre la práctica clínica y la intervención comunitaria[3] del cual surgen sus similitudes y diferencias. En este capitulo se propone un enfoque de integración de ambos conocimientos y habilidades.

Cuadro nº 2. Comparación de las practicas de salud mental orientadas hacia el individuo y la a comunidad[3].

PRACTICA CLINICA INDIVIDUAL	PRACTICA COMUNITARIA/EPIDEMIOLOGICA
Método examen del paciente	*Método examen de la comunidad*
Entrevista psiquiátrica, historia familiar, tests psicológicos, exámenes físicos (ej: EEG, laboratorio)	Registro psiquiátrico, encuestas. Análisis secundarios. Exámenes de indicadores socio-económicos. Observación participativa
Diagnóstico	*Diagnóstico Comunitario*
Fenomenológico, de acuerdo con taxonomías existentes (ej: ICD). Formulación psicodinámica	Salud mental de la comunidad o de grupos especiales (ej: niños). Tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad
Iniciación de la intervención	*Iniciación de la intervención*
Por solicitud del paciente, de la familia, o de otros agentes (ej: maestros)	A solicitud de líderes, agentes comunitarios, o por iniciativa de los profesionales de salud mental o miembros del equipo de salud de atención primaria
Intervención	*Intervención*
Basado en el diagnóstico, dependiendo de los recursos existentes y de las actitudes hacia ellos	Basado en el diagnóstico comunitario, en los recursos, en los conocimientos y habilidades existentes. A menudo, en coordinación y colaboración con otros sectores de atención.
Observación	*Vigilancia continua*
Observación del progreso del estado de salud del usuario	Del estado de salud mental o de las condiciones de salud mental de la comunidad
Evaluación	*Evaluación*
De la recuperación del estado de salud, completa o parcial	De la factibilidad y efectividad, de los cambios de salud mental o de los programas tendientes a modificar el estado de salud-enfermedad de la comunidad
Cese de la intervención	*Cese de la intervención*
Alta o interrupción unilateral del contacto iniciado por el episodio	No la hay. La intervención es continua
Agentes	*Agentes*
Profesionales de la salud mental, (ej: psiquiatras), de la medicina formal, agentes de la medicina popular	Profesionales y trabajadores de la salud mental, de la atención primaria, de la salud pública, de las ciencias sociales, grupos de apoyo mutuo u otros grupos naturales de la comunidad
EN RESUMEN:	EN RESUMEN:
Orientada al individuo Basada en la demanda La participación comunitaria no es frecuente	Orientada a la comunidad Basada en las necesidades identificadas a nivel comunitario Incluye la participación comunitaria

La característica cuantitativa del diagnóstico comunitario lo separa del proceso basado fundamentalmente en métodos cualitativos que, a fin de identificarlo, se denominará, a partir de aquí, diagnóstico de la comunidad. El diagnóstico comunitario permite identificar y caracterizar un síndrome o condición de salud comunitaria, mientras que en el diagnóstico de la comunidad se incluye la identificación y caracterización de la comunidad desde el punto de vista estructural y funcional. Ambos procesos, aunque asociados y complementarios, no son idénticos: el diagnóstico comunitario se apoya especialmente en la epidemiología; el diagnóstico de la comunidad, en las ciencias sociales. El primero define, principalmente un estado de salud o enfermedad; el segundo, permite identificar factores determinantes, es decir el contexto social. Por ejemplo el diagnóstico comunitario permitirá determinar la existencia de un "síndrome de deserción escolar" o de "alcoholismo", mientras que el diagnóstico de la comunidad permitirá identificar y describir una "comunidad desorganizada" o una "comunidad en transición" o el grado de su capital social.

Como se dijera más arriba, el objetivo operativo del diagnóstico comunitario consiste en establecer la distribución y los determinantes del estado de salud/enfermedad de la comunidad. Sin embargo, al emprender la tarea concreta, el TSM se enfrenta con una opción (o más bien, con un dilema): ¿efectuar un diagnóstico total o realizar un diagnóstico selectivo? Cabe entonces señalar que, si bien la primera opción incluye todos los componentes del proceso salud/enfermedad de la comunidad, esta alternativa maximalista tiene riesgos implícitos por la magnitud de la tarea: la dificultad misma de abarcar todo el campo conduce, en la mayoría de los casos, a la decisión de posponer la intervención hasta después de haberse arribado a un diagnóstico completo y la necesidad de cambiar una situación a corto plazo no lo permite. La etapa del diagnóstico se acelerará, por lo tanto, si se opta por llevar a cabo un diagnóstico selectivo, restringido a la recolección de datos de aquellas condiciones -de salud o enfermedad- a las que el TSM y los miembros de la comunidad hayan dado prioridad.

La selección de un problema de salud (en el nivel de necesidad, o de demanda) o de un grupo de condiciones relacionadas entre sí, el "síndrome comunitario"[1] requiere un proceso que asegure un máximo de objetividad, con participación de miembros de la comunidad y organizaciones formales y no formales. Se debe considerar no solo la necesidad de la intervención, sino también reconocer las mejores condiciones de una intervención apropiada, desde el punto de vista de las características propias de la comunidad específica y de los recursos humanos y materiales disponibles.

El proceso de priorización debe tomar en cuenta los siguientes elementos (criterios) en la selección de ciertos problemas de salud mental presentes en la comunidad[4]:

- la importancia relativa del problema de salud (magnitud, gravedad e impacto económico sobre la persona afectada y su grupo familiar);
- la factibilidad de una intervención (recursos, conformidad con las políticas de salud, la aceptabilidad cultural de la comunidad);
- la coste-efectividad prevista de la intervención (evidencia de la efectividad y factores locales relacionados con ella);
- el interés y grado de preocupación de la comunidad;
- la justificación de los costos (de acuerdo con cada problema de salud y considerada través de todo el proceso de priorización).

Cada criterio mencionado se desagrega en subcriterios y estos en categorías, cada una con una puntuación que permita la votación de los miembros del equipo y la comunidad, y así llegar a la condición que recibe el mayor apoyo.

De esta manera el diagnóstico comunitario genera la información necesaria para decidir qué intervención realizar en la comunidad. Permite además establecer la línea de base que se utilizará en la comparación de los cambios operados en el estado de salud de esa comunidad - a lo largo del tiempo - como resultado de la intervención y/o de otros factores diversos. Véase el cuadro n° 3.

Cuadro N° 3. Diagnóstico comunitario (del aspecto de salud seleccionado)

Información	Características generales Magnitud Impacto
Decisión	Necesidad de intervención Tipo de intervención Grupo de población
Línea de base	Medida de cambios en el tiempo Apreciación de los efectos de la intervención

TIPOS DE DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Diagnóstico descriptivo

Este tipo de diagnóstico permite determinar las tasas de prevalencia o incidencia y la distribución en la comunidad de un aspecto dado de la salud mental (por ejemplo, trastornos afectivos). El diagnóstico se traduce en términos cuantitativos como los siguientes:

a) Tasas de mortalidad. Si el objeto de estudio es el alcoholismo, una medida a aplicarse será la tasa de mortalidad por cirrosis de toda la población (tasa bruta por 100.000 habitantes) o por género y edades más vulnerables (tasas específicas por edad y género por 100.000 habitantes, por ejemplo, en hombres de 50 años o más).
b) Tasas de morbilidad (la medida más aplicada en salud mental). Definen aspectos diferentes del estado de enfermedad las:
   – tasas de hospitalización psiquiátrica;
   – tasas de incidencia;
   – tasas de prevalencia;
   – tasas de discapacidad.

Al definir el diagnóstico comunitario se ha dicho que éste constituye un proceso continuo: de ahí que las tasas se irán modificando a lo largo del tiempo en virtud de los cambios que ocurran, por ejemplo, como resultado de los programas establecidos. Las tasas de morbilidad, como se ha visto, pueden indicar estados de salud de determinados grupos comunitarios (v.g. niños, mujeres en edad fértil) se encuentren éstos o no en tratamiento en algún servicio.

Diagnóstico analítico

En este caso, el objetivo del proceso es buscar las asociaciones existentes entre las diferentes variables en estudio. Este tipo de diagnóstico permite:

a) Identificar los factores o determinantes del trastorno o problema seleccionado, (por ejemplo, síntomas de desmoralización asociada con desempleo; síndrome postraumático consecutivo a desastres).
b) Identificar a los grupos de población en mayor riesgo (por ejemplo, hijos de personalidades antisociales).
c) Medir los efectos atribuíbles a ciertos trastornos o conductas.
d) Identificar y reconocer la existencia de síndromes comunitarios.

Diagnóstico mixto
Es aquél en el que entran en juego elementos tanto descriptivos como analíticos.

COMPONENTES OPERATIVOS
DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

1) *Definición de la población donde se hará el diagnóstico para salud mental en la comunidad,*
   Esta definición es de carácter operativo y deberá incluir –con las precauciones obvias de confidencialidad y las consideraciones éticas respectivas- los nombres y las direcciones de cada miembro de la comunidad (por ejemplo, todos los alumnos de las escuelas primarias; los habitantes de un barrio; los integrantes de un grupo laboral).
2) *Formulación de los objetivos del diagnóstico*
   Por ejemplo: establecer la distribución de un trastorno –v.gr. alcoholismo- identificando los determinantes en un grupo poblacional determinado (por ejemplo, entre otros, el desempleo).
3) *Definición de los métodos que se emplean en la recolección de datos del proceso diagnóstico*
   Los métodos son varios y dependen tanto de los recursos disponibles (del sector salud u otros) como del tipo de problema a estudiar. Sin embargo, cualquiera sea el método empleado, deben detallarse los instrumentos que se utilizan, especificando cuándo se lleva a cabo y quién es el responsable por su ejecución y su análisis. Algunos aspectos a considerar son los siguientes:

a) Al TSM le cabe familiarizarse con todas las fuentes de datos, por lo menos con las mas relevantes, estén o no publicadas (censos, estadísticas hospitalarias).
b) La actividad clínica constituye generalmente una fuente valiosa de información, siempre que haya sido registrada cuidadosamente. La información obtenida será tanto más completa cuanto más hayan accedido a la atención de los miembros de la comunidad, del TSM o la del agente primario de salud (dependiendo del contexto) todos aquellos que tuvieran un trastorno psiquiátrico o un problema psicosocial.
c) En algunos lugares el Registro de Casos Psiquiátricos puede ser la fuente de datos (recoge su información de la actividad clínica), pero debe notarse que este sistema de información es costoso e infrecuente. Dos son sus características sobresalientes: es geográficamente definido y la información es cumulativa, vale decir que todo movimiento de un paciente se registra en el sistema a lo largo del tiempo; puede ser también institucional, si se consignan en él los contactos del paciente con diversas agencias. En cada una de estas opciones es necesario tener presente la salvaguarda de la confidencialidad.

Las operaciones de pesquisa o tamizado permiten separar aquellos miembros de la comunidad que están en situación de riesgo en relación con algún problema de otros que están exentos de él. La ventaja de este método reside en que se apoya en procedimientos simples, y por tanto, menos onerosos que el diagnóstico. Por ejemplo, el uso de un cuestionario con una o más escalas brinda al TSM la posibilidad de llegar a una determinación aproximada de un síndrome, que puede ser suficiente para los objetivos que se persiguen. Así, una simple escala que explore ingesta alcohólica puede lograr la identificación de una sub-población de bebedores (excesivos u otra categoría de abuso del alcohol). Naturalmente, estas escalas tienen un determinado grado de error, ya sea porque no incluyan algunos casos ("falsos negativos") o porque definan como caso a quienes no lo son ("falsos positivos"). La aplicación del instrumento a utilizar debe prever esta limitación.

Es necesario insistir en el uso crítico de los instrumentos de tamizaje en relación con parámetros diversos: por ejemplo, su adaptación cultural a la población donde será aplicado, o su calibración en distin-

tos grupos poblacionales (género, edad, valores culturales, condición del usuario).

d) Las encuestas y entrevistas diagnósticas pueden realizarse periódicamente o de manera puntual, ya sea en toda la población o, más frecuentemente, en una muestra de la población total (encuesta domiciliaria) o en un grupo (escolares, trabajadores de una planta industrial).

4. Estudio de la distribución del trastorno u otros aspectos de salud

Esta etapa comprende:

a) la definición operacional del trastorno/aspecto de salud formulada de tal manera que permita su cuantificación;
b) las tasas de frecuencia (incidencia, prevalencia). Estas tasas están compuestas por un *numerador* y un *denominador.* El numerador representa la información obtenida con respecto al problema que es objeto del diagnóstico (por ejemplo, número total de personas con trastornos alcohólicos en un barrio) y el denominador, la población de la cual se construye el numerador.

El denominador. Está constituido por toda la población (ver numeral 1) en la cual se ha determinado el trastorno (v.gr. alcoholismo; dislexia) u otro aspecto de salud. El denominador es una representación numérica que habitualmente se obtiene a través de censos o registros. Así, por ejemplo, si en el numerador se determinaron los trastornos de conducta en la escuela, el denominador representa a todos los alumnos de esa escuela (o sólo a los varones, si es el género en mayor riesgo). El TSM debe procurar la información correspondiente al denominador en igual medida que la información del numerador, ya que es la relación –o proporción– entre ambos la que permite la cuantificación diagnóstica.

5. Medidas o parámetros adicionales con respecto al componente de salud/enfermedad seleccionado

Los principales parámetros a tener en cuenta son los siguientes:

a) *Tiempo:* su especificación es fundamental para medir tanto la variación de incidencia en diferentes períodos del año (por ejemplo, nuevos casos de trastornos afectivos o suicidios en una población determinada en un período definido, por lo general un año) como de prevalencia por ejemplo, todos los usuarios con procesos activos de esquizofrenia en una población determinada en un período definido, por lo general un año.
b) *Lugar:* la variación de un lugar geográfico a otro en la frecuencia de un trastorno o una característica de la conducta puede indicar la presencia de ciertos determinantes y, eventualmente, la necesidad de proponer diferentes estrategias de intervención.
c) *Características de las personas:* la edad, el género, el nivel educacional, la ocupación, el empleo, y el estado civil son importantes tanto en el diagnóstico descriptivo (por ejemplo, una mayor tasa de trastornos afectivos en las personas divorciadas) como en el analítico (por ejemplo, la búsqueda de elementos de riesgo que expliquen la asociación entre esos trastornos y el estado civil).
d) *Servicios de salud:* la cobertura, el grado de utilización y la actitud de los diferentes actores frente a su uso son factores que deben incluirse en un diagnóstico comunitario. Es necesario, además, conocer la distribución diferencial de la condición de salud en cuestión, en relación con el diferente grado de acceso o de utilización del servicio.

6. Estudio de los determinantes

En esta etapa se analizan las asociaciones existentes entre las variables en estudio, identificando aquellas que pueden considerarse responsables de la distribución del trastorno. Las asociaciones entre variables se relacionan con el concepto de "síndrome comunitario" (ver antes). Kark (1981) defino así a un grupo de trastornos o características de salud relacionadas entre sí (v.g. alco-

holismo /desmoralización/ bajo rendimiento escolar) y que suelen ser expresiones diversas de determinantes comunes[1].

Una vez realizados los pasos anteriores, comienza el proceso de *planificación de la intervención* más apropiada para modificar, suprimir o aliviar el impacto del trastorno sobre la población.

RESUMEN

Cabe recordar una vez más que el diagnóstico comunitario es un proceso iniciado con la información recogida en la caracterización de la comunidad, información que alertó al TSM sobre los problemas que afectan a la comunidad. La decisión con respecto a cuál es el "problema-objetivo" del diagnóstico estará, por lo tanto, no sólo basada en las aproximaciones logradas a través de esa información, sino también en un juicio de valor de la comunidad y sus líderes, y de los profesionales y recursos de que se dispone para darles solución.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Gofin J, Gofin R. Atencion Primaria Orientada a la Comunidad – APOC: Un Modelo de Salud Publica en Atencion Primaria, Revista Panamericana de la Salud/Pan American Journal of Public Health(PAHO/WHO), 2007;21(2-3):177-184.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Kark SL, The Practice of Community Oriented Primary Care. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1981.

(2) Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) Una visión actual. En: Martin Zurro A, Cano Perez JF (Eds), Atencion Primaria –conceptos, organización y práctica clínica, 6a Edición, Elsevier, Madrid, 2008.

(3) Gofin J , Levav I, Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario de salud mental En: Salud Mental en la Comunidad (2a Ed) Rodríguez JJ Editor, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No. 49, Washington DC, 2009.

(4) Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health, Jones and Bartlett Learning, Sudbury, MA, 2011.

Este capítulo y el anterior son una versión ampliada del capítulo 5 de *Salud Mental en la Comunidad* (2ª Ed) Rodríguez JJ Editor, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No. 49, Washington DC; 2009.

1.6 La epidemiología psiquiátrica al servicio de los programas de salud mental comunitaria

Rosa Gofin, Jaime Gofin, Itzhak Levav

Hace varias décadas, el primer libro de epidemiología psiquiátrica señalaba que ésta hace tres contribuciones: el estudio de la distribución de los riesgos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; el delineamiento de síndromes; y la provisión de datos para la formulación de programas[1]. Más recientemente, Jenkins completaba las funciones que cumple la epidemiología, a saber, la evaluación de la eficacia (o efectividad) y el coste-eficiencia de las intervenciones[2].

Probablemente en décadas pasadas la práctica habitual de la salud mental comunitaria no requería de la epidemiología, como sucede en la actualidad. En efecto, la salud mental comunitaria otrora se apoyaba más en la ideología que en la ciencia, en cambio en la actualidad esta última complementa a la primera. De ahí que se espera que todo trabajador/a de la salud mental comunitaria tenga en su mapa cognitivo y en sus herramientas prácticas un mínimo de conocimientos sobre las técnicas y aplicación de la epidemiología y sobre la literatura existente basada en los hallazgos de las investigaciones.

Este capítulo, por fuerza, tiene un espectro limitado dado el propósito esencial enunciado en el titulo. En efecto, solo intenta introducir el tema, que deberá ampliarse por medio de los numerosos textos que están ahora disponibles (ver Tsuang[3], entre otros) y de los estudios de investigación disponibles (ver, por ejemplo, Kessler[4]). Dado ese propósito, los temas que serán cubiertos son:

Sección 1: ¿Cuáles son los elementos básicos de la epidemiología psiquiátrica, en especial las definiciones de los términos de uso frecuente?

Sección 2. ¿Qué datos es posible extraer de una limitada y selectiva muestra de las investigaciones existentes, por ejemplo, en cuanto a la clase socioeconómica de la población adulta, a fin de contar con información de utilidad para formular programas que den respuesta a esos hallazgos epidemiológicos? y

Sección 3. ¿Cómo aplicar la epidemiología para evaluar los programas de acción, por ejemplo, en un programa para disminuir el castigo corporal en los niños/as?

SECCIÓN 1. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Definición de términos esenciales: Para mejor comprender los temas antes mencionados es necesario hacer una breve introducción técnica. Frecuentemente se hace referencia a dos tipos de estudios epidemiológicos, los de carácter descriptivo y los de carácter analítico. Mientras que el primer tipo se refiere a estudios que proveen una mera descripción de una situación (o condición), por ejemplo, que en un barrio hay una mayor frecuencia de problemas de abuso de sustancias (estudio que pudiera haber sido sugerido por medio de la información trasmitida por la policía y los servicios sociales al trabajador de salud mental (TSM). Por su parte, en el estudio de tipo analítico se buscan los determinantes que pudieran explicar esa mayor frecuencia, por ejemplo como resultado del aumento del paro con motivo del cierre de un establecimiento fabril de mas de 1500 obreros, causa que fuera amplificada por la ausencia de redes sociales y por el bajo capital social de esa población. En cuanto a los/as TSM, sea que tenga acceso a la identificación de los factores imputables sea que no los conozca, ambas situaciones requieren intervención. En efecto, de la mera descripción primera habrán de pasar a con-

tinuación a la búsqueda de la/s causa/s y a la formulación de una intervención. En el segundo caso podrán pasar sin más a la formulación de una intervención. Los TSM, si bien no podrán ofrecer alternativas de fuentes de trabajo, habrán de trabajar con otros sectores para lograr ese propósito, así como también actuarán sobre el impacto psicosocial de la desocupación, que pueden convertirse en obstáculo (por ejemplo, por el aumento del uso del alcohol) para revertir la situación individual o del grupo.

Cabe distinguir también la diferencia entre tipos de estudios:

- *El de corte transversal:* Este estudio es como tomar una fotografía de la situación en un momento dado y en un lugar definido. En este tipo de estudios se puede obtener información sobre la prevalencia de trastornos, como la esquizofrenia o la depresión, y cuáles son los factores asociados a estas condiciones. Sin embargo, en este tipo de estudio hay dificultad en decidir cuál es la dirección de esa asociación. Por ejemplo, si se encontrara una relación entre el nivel socio-económico y la esquizofrenia, no será posible elucidar por medio de este estudio si es el nivel socio-económico uno de los determinantes de la condición, o, por el contrario, el nivel socio-económico de los las personas afectadas ha disminuido como resultado de la discapacidad generada por el trastorno psicótico, o por una interacción entre ambos procesos.
- *El estudio longitudinal:* En este se identifica una cohorte de personas y se la sigue (se la observa) durante un cierto tiempo. Por medio de este tipo de estudio los/as TSM conoce cuál es la situación de base de las condiciones que afectan o protegen a las personas. Esto permite determinar cuáles son los factores que se desarrollaran durante el periodo de observación. La asociación causal en estos estudios es por lo tanto más fácil de determinar.
- *Estudio de casos y controles:* En este tipo de estudio se seleccionan los casos (personas con depresión, por ejemplo) y los controles (personas sanas o sin la condición seleccionada). Se estudian entonces en forma retrospectiva los factores que difieren entre uno y otro grupo.

¿Cómo se obtiene la información epidemiológica?

Son varias las fuentes de información, dependiendo de los datos que se quiera obtener (v.g., mortalidad; morbilidad psiquiátrica). Los datos de mortalidad se encuentran disponibles en el nivel nacional o en el de la comunidad autónoma, ya que forman parte de los datos que se obtienen de forma rutinaria por los ministerios de salud o las oficinas nacionales de estadística. Los casos de suicidio, por ejemplo, se pueden identificar por medio de códigos especiales registrados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10. En cuanto a la información sobre morbilidad psiquiátrica, las fuentes incluyen los registros de enfermedades psiquiátricas basadas en los datos de las hospitalizaciones o de los servicios ambulatorios. Si esto hubiera sido hecho, se puede pasar al análisis e interpretación de los datos recogidos. Esta fuente, sin embargo, no está exenta de problemas. La literatura ha mostrado que las personas que acuden a los servicios no son todas las que necesitan ayuda[5]. Eso es resultado de distintos motivos que inhiben la consulta, por ejemplo, el estigma, para evitar la rotulación de los/as usuarios/as de un servicio psiquiátrico[6]. No obstante la limitación, esa información es de utilidad en cuanto muestra, por ejemplo, las características de quienes acuden a los servicios, especialmente si se los/las compara con los/as usuarios/as de la población general del distrito o del área de responsabilidad del servicio de salud mental comunitario.

Una tercera fuente incluye a las instituciones del sector de salud general (como, los servicios de la atención primaria de la salud), del sector educación (como las escuelas, los jardines de infantes), del servicio social y otros. Es decir, las instituciones con

las cuales el TSM colabora actualmente o deberá colaborar, sea por propia iniciativa o por iniciativa proveniente del otro sector.

Una cuarta fuente se refiere a los estudios comunitarios (por ejemplo, encuestas llevadas a cabo en los hogares), que han avanzado a lo largo del tiempo en cuanto a sus métodos, sea porque se cuenta con instrumentos de cribado y diagnóstico para una variedad grande de trastornos en todas las edades, sea porque ha habido progresos en los métodos de manejo de los datos de muestras grandes y en el análisis estadístico. Estos avances se reflejan en la cantidad y calidad de los estudios que se han hecho en muchos países del mundo, incluido España y otros de habla hispana, cuyo caudal bibliográfico ha aumentado considerablemente en años recientes.

A los cuatro anteriores, cabe agregar una variedad de fuente de información, ya no original (o primaria) pero aun de gran utilidad. Esta se refiere a los datos recogidos y publicados que pueden ser reanalizados según las necesidades específicas de los/as TSM y que pueden ser extrapolados a los fines locales como guías de acción; y a los estudios meta-analíticos que indican las evidencias epidemiológicas más sólidas según emanan del análisis de los resultados combinados de muchos estudios. Esta última fuente es sobre todo importante para el análisis de la efectividad de intervenciones.

Los/as TSM tienen, entonces, un amplio repertorio de datos provenientes de diversas fuentes, cada una con ventajas distintas que necesitan ser sopesadas según las necesidades de los servicios y programas, el área representada por los datos, los recursos y los tiempos.

Las tasas, medida estadística que sintetiza una situación/condición

Existen, como es seguramente del conocimiento general, unas medidas que son de uso corriente. Estas son las tasas, que en síntesis constituyen una relación numérica entre un "numerador" (el número de personas afectadas por un trastorno) dividido por el "denominador" (el número total de la población de personas del cual las personas afectadas han sido identificadas como portadoras del trastorno o de una condición dada). Cuando esta relación se refiere a personas que se afectarán por primera vez en una unidad de tiempo (por ejemplo, en los últimos 12 meses) la tasa se conoce como de "incidencia". Cuando esta relación se refiere a todas las personas afectadas (por primera vez en la unidad de tiempo o que se encontrarán afectadas no importa cuando el trastorno diera comienzo o concluye) esa relación se conoce como tasa de "prevalencia". Nuevamente, ambas tasas se refieren a una población (o muestra) determinada a la cual pertenecen tanto las personas del numerador y denominador en una unidad de tiempo, sea, habitualmente, un mes, sea un año o durante toda la vida (este último se usa para la prevalencia durante toda la vida, es decir si en algún momento dado en la vida la persona sufrió de la condición estudiada).

En la sección 2 que sigue las fuentes de los datos son los estudios realizados en la comunidad. En este contexto solo se tiene como objetivo ilustrar el uso de la epidemiología en cuanto permite construir las "bases para la acción" y la eventual programación de la atención comunitaria.

SECCIÓN 2. LA COMUNIDAD COMO FUENTE DE DATOS EN RELACIÓN A DOS TRASTORNOS, LA DEPRESIÓN MAYOR Y LA ESQUIZOFRENIA

¿Qué deben saber los/as TSM con referencia a la clase social como factor de riesgo o como indicador de riesgo a fin de localizar los grupos poblaciones que requieren atención prioritaria? Si la distribución de esos dos trastornos fuera al azar, la tarea de los/as TSM sería más difícil. Dado que no es así y que los grupos poblacionales tienen mayores -o menores- probabilidades de poseer riesgos, mejor se pueden dirigir los esfuerzos, frecuentemente limitados por presupuestos reducidos. Por otra parte, si

se pudieran dirigir los esfuerzos no solo a proveer atención al individuo sino a modificar las situaciones que causan riesgos (que aumentan la incidencia o que mantienen la prevalencia) la intervención seguramente sería más efectiva.

Veamos que evidencias existen que muestran que la depresión mayor está asociada con la clase socioeconómica más baja. Una revisión de estudios comunitarios a nivel mundial mostraron que la mediana de las tasas de prevalencia de 12 meses de la depresión mayor de la clase socioeconómica baja en relación a las de la clase alta era 2.4 veces mayor[7]. Esos hallazgos no estaban limitados a los países industrializados. También en países de África y Asia se encontró que factores asociados a la clase socio-económica constituían un factor de riesgo[7]; hallazgos que fueron confirmados en parte recientemente. En efecto, Bromet y cols.[8], en los marcos de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS y la Universidad de Harvard, en la cual participa España, encontró que los encuestados con los menores ingresos en Francia, Alemania, Nueva Zelanda y los EE UU tenían el doble de riesgo de sufrir un episodio de depresión mayor comparado con los encuestados con los más altos ingresos. Los autores no encontraron esa asociación en los países de bajos ingresos. En suma, en los países de altos ingresos la asociación entre ingresos y el episodio depresivo mayor era estadísticamente significativa ($P < 0.001$). Las tasas de incidencia constituyen una fuente complementaria de información, ya que como se señalara antes, las tasas de prevalencia, amén de depender de la incidencia también dependen del mantenimiento del trastorno. Lorant y cols.[9] encontraron que el riesgo del mantenimiento de la depresión era de una magnitud de 2.1veces mayor en las clases más bajas, probablemente porque ese grupo busca menos atención y/o los servicios no son igualmente disponibles y/o accesibles También en los EEUU, Bruce y cols.[10] mostraron un riesgo de una magnitud de 2.5 (95% IC 1.3-4.8). Un meta-análisis basado en investigaciones comunitarias es de la mayor utilidad para reforzar las "bases para la acción" y para precisar mejor los hallazgos anteriores producto de estudios singulares[9]. Las investigaciones incluidas en el meta-análisis, que se cita a continuación, sumaron 51 estudios de prevalencia, cinco de incidencia, y cuatro referidos al mantenimiento de la condición depresiva. La definición de clase social (quizás objetable o insatisfactoria para muchos lectores) se apoyó en tres indicadores: educación, ingresos y ocupación, aplicados individualmente o en combinación. Los hallazgos informados por los autores son muy pertinentes para los/as TSM en cuanto les revela el grado por el cual la clase socio-económica afecta el riesgo de depresión. Véase: por cada año adicional de educación el riesgo de la depresión se redujo en 3%.

El examen del meta-análisis mostró que la clase socio-económica baja se asocia con mayor morbilidad física y/o, discapacidad, y con la demora en la búsqueda de la atención curativa. Los factores que se han imputado son varios, tales como mayor riesgo de estar afectados por factores estresantes y de poseer menos recursos para hacerles frentes. En India[11], se encontró en usuarios/as de la atención primaria de salud que la dificultad de adquirir alimentos por falta de dinero estaba asociada con tasas más altas de ansiedad y depresión. Lorent y cols. analizaron los mecanismos imputables y el/la lector/a interesado/a encontrará una interesante discusión sobre el tema[9].

Veamos ahora las evidencias en cuanto a los trastornos esquizofrénicos. Estudios comunitarios diversos han encontrado una relación inversa entre clase socio-económica y las tasas de prevalencia de los trastornos esquizofrénicos. La razón de las tasas de prevalencia de un año entre clase socioeconómica baja y alta era de 3.4[7]. Esta relación inversa se encontró tanto en mujeres como hombres. Cabe señalar, lo cual agrega consistencia a los estudios, que ese

hallazgo se hizo usando diferentes métodos de identificación de las personas afectadas y una variedad de instrumentos diagnósticos. Para los/as TSM podría bastar esa información. Sin embargo, también puede ganar mayor comprensión del hallazgo de hacerse una nueva pregunta. Estimulados/as por la pregunta intentarán responder no solo dónde se encuentran las personas con esquizofrenia sino ¿por qué esa inversión entre la tasa de prevalencia y la clase socioeconómica? La literatura ha propuesto dos explicaciones: o que las condiciones adversas de la vida en la clase socio-económica baja generan más situaciones y condiciones que causan esquizofrenia o que, en rigor, es el resultado de la enfermedad, dada la discapacidad que genera el trastorno y como resultado la persona afectada desciende en la clase social. El artículo de Kohn y cols.[7] antes citado, analiza de qué manera la epidemiología ha enfrentado el problema. En un estudio de cohortes, Dohrenwend y cols., por medio de un ingenioso diseño, pudieron demostrar que el peso de la evidencia estaba en el descenso social por causa del trastorno[12]. Sea como fuere, y tal como arguyen Saraceno y Barbui[13], las intervenciones curativas y de rehabilitación deben tomar en cuenta las condiciones de pobreza que afectan a la persona con el trastorno.

SECCIÓN 3. INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN

La epidemiología es esencial en estas dos etapas de la salud mental comunitaria.

La intervención requiere una definición de la población-diana y el tipo de servicio o institución que la llevará a cabo, por ejemplo, adolescentes de 14-17 años en una escuela. Si bien la selección de la población puede estar determinada por el lugar o el servicio en los cuales se encuentra el/la TSM, como en el ejemplo anterior, cabe explorar posibles sitios para la intervención, basados en estudios previos, que muestran la posibilidad de mayor efectividad de las intervenciones, como, en los lugares de trabajo[14] o en las clínicas de atención primaria[15].

Cabe considerar dos opciones: a) la intervención será dedicada a modificar/disminuir/eliminar un problema específico, o b) el problema es parte de un síndrome comunitario de salud mental, es decir que se considerarán también aquellos problemas que están asociados en forma causal, o que tienen causas comunes (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos de conducta y desmoralización).

Para la intervención, es coste-eficiente tomar en cuenta las experiencias que otros profesionales de la salud mental han tenido en el diseño de intervenciones. Es así que debe examinarse la efectividad de programas existentes, no solo en el sentido de los cambios que se han logrado a través de las intervenciones, sino que también es importante estimar cuan adecuados son los métodos de intervención en relación a los recursos existentes y las características de la población, incluyendo la cultura local.

El análisis de las posibles intervenciones se hace a través de una búsqueda de la literatura de salud mental pertinente. Actualmente se pueden encontrar sitios en Internet que informan sobre el análisis de las intervenciones y sintetizados sus hallazgos a través de grados de evidencia, siendo los más confiables aquellos que están basados en intervenciones que se han hecho a través de ensayos aleatorios en los cuales dos grupos son elegidos al azar, uno que recibe la intervención, mientras que el otro recibe la intervención habitual y se lo toma como grupo control[16,17], obedeciendo a criterios éticos estrictos.

La clara definición de los objetivos del programa, en términos mensurables, expresando el tiempo en que aquellos deben lograrse, es esencial para la ulterior evaluación. Por ejemplo, reducir la prevalencia o incidencia de alcoholismo en 20% en un periodo de dos años. Tanto el porcentaje que se decide disminuir, como el tiempo en que se llevará a cabo, serán determinados

por la literatura existente y atendiendo a las características locales. Las actividades que serán llevadas a cabo en el programa deben ser claramente definidas. Esto servirá de base para la monitorización del programa, es decir a fin de comprobar si las actividades se están ejecutando tal como fueron programadas. La evaluación del programa puede considerarse con respecto a la obtención de resultados logrados, de acuerdo a los objetivos, o sea la medición de los resultados. Otro tipo de medición es la del proceso del programa, o sea, si las actividades han sido llevadas a cabo de acuerdo al plan trazado. Además, se puede medir la estructura del programa, o sea, si el equipo y los materiales han sido adecuados y utilizados en forma correcta.

Existen dos tipos de evaluaciones: una, denominada revisión del programa, que observa los cambios que han sucedido luego de la aplicación del programa. Para ello es necesario comparar los datos antes y después del programa. Un programa para la prevención de suicidio de jóvenes fue realizado en escuelas del nivel secundario en la ciudad de Cincinatti, en los EEUU. Los alumnos contestaron un cuestionario antes del programa, a su culminación y luego de tres meses. A los tres meses, los alumnos fueron menos propensos a considerar el suicidio y dejar de hacer actividades debido a sus sentimientos de tristeza o desesperanza[18].

El otro tipo de evaluación, es un programa de ensayo, en el cual se compara no solo antes y después de la intervención, sino que estos resultados son comparados con un grupo control que no ha recibido la intervención. Un ejemplo es el programa realizado en Chicago, en los EEUU, para padres (Chicago Parent Program) de niños afro-americanos y de ascendencia latina de 2-4 años en jardín de infantes. Los jardines fueron distribuidos en forma aleatoria en aquellos que recibieron la intervención, y otros como control un año después. Luego de un año se halló que los padres beneficiarios de la intervención usaron menos castigo corporal, hubo menos problemas de comportamiento que en los controles, practicaban la disciplina más consistentemente y demostraban más calidez[19].

RESUMEN

La epidemiología es una metodología que se aplica en todas las fases de los programas de salud mental, desde el estudio del problema y sus determinantes, la selección de intervenciones adecuadas y su monitoreo, así como también para la evaluación de sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Cochrane reviews.htpp//: www.cochrane.org/cochrane_reviews. Los “Cochrane Reviews” son revisiones sistemáticas de investigaciones en salud, incluso salud mental, que tienen reconocimiento internacional en cuanto a la atención preventiva, curativa y de rehabilitación basada en la evidencia. Se publican online en idioma inglés.

Gross D, Garvey C, Julion W, Fogg L, Tucker S, Mokros H. Efficacy of the Chicago parent program with low-income African American and Latino parents of young children. Preventive Science 2009 10; :54-65.Item 20. Este artículo informa sobre una intervención comunitaria cuyo impacto fuera evaluado, demostrando claramente la aplicación de la epidemiología.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Cooper B, Morgan HG: Epidemiological Psychiatry. Charles C Thomas: Springfield, 1973.
(2) Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001: 103: 2- 14.
(3) Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP: Textbook in psychiatric epidemiology New York: Wiley, 1995.
(4) Kessler R C, Ustun TB: The WHO world mental health survey. Global perspectives on the epidemiology of (mental disorders. Cambridge: New York, 2008.

(5) Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B:.The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization, 2004; 82, 858-866.
(6) Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH: Challenging the stigma of mental illness. New York: Wiley; 2011.
(7) Saraceno B, Levav I, Kohn R: The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. World Psychiatry. 2005 4:181-185.
(8) Bromet E et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC 9: 90, 2011. Publicado en línea 26/7/2011.
(9) Lorant V, Deliège D, Eaton WW, Robert A, Philippot P, Ansseau M Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis American Journal of Epidemiology. 2003; 157: 98-112.
(10) Bruce ML, Hoff RA: Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29:165-71.
(11) Shidhaye R, Patel V: First published online: October 29, 2010. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. International Journal of Epidemiology 2010; 39: 1510-1521.
(12) Dohrenwend BP, Levav I., Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue: Science 1992; 255, 946-952.
(13) Saraceno B, Barbui C: Poverty and mental illness. Canadian Journal of Psychiatry ,1997. 42: 285-290.
(14) Czabała C, Charzy ska K, Mroziak B. Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. Helth Promotion International 2011 Suppl 1: i70-i84.
(15) Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J A Randomized controlled trial of a brief intervention for ilicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in clients recruited from primary health care settings in four countries. Addiction. 2011 Nov 30. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x. [Epub ahead of print].
(16) US Preventive services task force. http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm Accedido Febrero 2012.
(17) Cochrane reviews. http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html#http://www.thecochranelibrary.com/view/0/browse.html Accedido febrero 2012.
(18) King KA, Strunk CM, Sorter MT. Preliminary effectiveness of surviving the teens (®) suicide prevention an depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. Journal of School Health. 2011 81 : 581-590.
(19) Gross D, Garvey C, Julion W, Fogg L, Tucker S, Mokros H. Efficacy of the Chicago parent program with low-income African American and Latino parents of young children. Preventive Science 2009; 10: 54-65.

1.7. Factores adversos y grupos de riesgo

Beatriz García Moratalla, Iñaki Markez Alonso

> El hombre es lo que él hace de sí mismo. Y el valor de ser como uno mismo es el valor de hacer de uno mismo lo que uno quiere ser.
>
> *Paul Tillich.* El coraje de existir (Laia, Barcelona1973).

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los profesionales que nos dedicamos a la salud mental hemos sido protagonistas de un escenario sanitario que se ha ido complicando de manera progresiva con una complejidad cada vez mayor de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica diaria que supone un nuevo estilo en el ejercicio de la salud mental. Han acontecido una serie de factores asistenciales, culturales, políticos y socioeconómicos que han modificado las necesidades y las demandas de la población general en nuestras consultas. Además de los enfermos mentales "clásicos" que se han atendido habitualmente, cada vez nos llegan más demandas de la población en relación a la sociedad en la que estamos instalados; demandas de "apoyo psicológico" para las dificultades en la convivencia con los otros, demandas en torno al malestar relacionado con avatares de la vida cotidiana (problemas de pareja, laborales, problemas económicos,…), síntomas somáticos variados sin causa orgánica que los justifique, las más diversas formas de angustia en las que se usan medios inadecuados de alivio como las adicciones, los atracones, las agresiones, etc.

Uno de los principales debates que tiene hoy la salud mental es determinar el límite de sus prestaciones, qué es susceptible de ser atendido en los servicios de salud mental, hasta dónde estamos utilizando bien los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de que disponemos. La cuestión es central para planificar la asistencia sanitaria. Es indispensable la negociación de la población, los gestores, políticos y profesionales para planificar y asignar los recursos disponibles, para que la acción social, sanitaria y comunitaria se adecúe a la morbilidad existente y a las posibilidades reales de atenderla[1].

Para poder entender el panorama asistencial que hoy en día nos caracteriza, sería interesante analizar los factores influyentes en el último siglo tanto en el contexto asistencial, socioeconómico, político y cultural; factores que analizaremos por separado, pero sin olvidar que interactúan entre sí definiendo la sociedad actual en la que estamos inmersos, donde los trastornos mentales no solo son una consecuencia de condiciones adversas, sean medioambientales o del propio cuerpo[2]. También las violencias, la pobreza, la falta de relaciones adecuadas en la infancia, la inseguridad, las vivencias traumáticas, las pérdidas y ausencias, etc. Tienen influjos en la vulnerabilidad de las personas a padecer enfermedades mentales más prevalentes (depresiones, abuso de sustancias,...) que orientan a pensar en estilos de vida poco saludables.

CONTEXTO POLÍTICO-ECONÓMICO

En 1945, tras la crisis generalizada producto de la Gran Depresión que culmina tras la 2ª Guerra Mundial, en el clima de crecimiento económico y de producción acontecido en las 3 décadas siguientes, se consolida el Estado de Bienestar, modelo general del

Estado y de la organización social según la cual el Estado provee de ciertos servicios o garantías sociales a la población, como la educación y la salud. Los beneficios son dobles: por un lado, la generación de un consenso social que permite que el sistema funcione de forma armónica y eficiente, y por otro lado, una creación y reforzamiento de valores éticos fundamentales a la existencia de estabilidad de las relaciones sociales llevando así a una creciente integración social. La salud se convertía así en un bien social y en un derecho conquistado que necesitaba una nueva organización asistencial dentro del aparato burocrático del estado moderno: los sistemas públicos de atención médica, cuyo máximo exponente es el sistema nacional de salud[3, 4, 5].

Sin embargo, con la crisis económica de finales de los 70 se colapsa el capitalismo de producción y se cuestiona la viabilidad de las políticas del estado de bienestar. En años sucesivos se impone un modelo económico ultraliberal respaldado por los gobiernos neoliberales cuya política económica pone énfasis tecnocrático y macroeconómico con el fin de reducir al mínimo la intervención estatal en materia económica y social, defendiendo el libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio constitucional y el crecimiento económico del país[6]. Con dos referentes éticos diferenciados. La ética de los países desarrollados, de los ricos (la de la libertad, autonomía, información, riesgos compartidos, mayores exigencias asumidas) frente a la ética de los excluidos, la de la supervivencia y la defensa de los derechos fundamentales de las personas. Y cada referente con sus patologías. En ámbitos cercanos al nuestro, el Estado se retira casi completamente del mercado que queda en manos de la iniciativa privada. Se reducen al máximo las tareas de beneficencia y de bienestar a cargo de servicios sociales que también se privatizan, se toma como centro económico el monetarismo y la lucha contra la inflación, todo lo que, de manera inevitable, fomenta la competencia entre las empresas y la necesidad de un mayor reconocimiento con el objetivo de triunfar y ganar más, donde se busca intensificar el consumo para intensificar la producción. Las personas quedan así totalmente supeditadas a la economía del mercado. La salud y la atención sanitaria también se convierten en un mercado más que debe abrirse a los capitales privados. Las nuevas empresas sanitarias y la industria farmacéutica son los principales beneficiarios de convertir la salud en un producto de consumo. Y una de las estrategias que han empleado es el cambio de la oferta ampliando la asistencia a la enfermedad a la asistencia a la salud, prestigio que nos lleva a consumir cada vez más servicios médicos[7]. Dentro de la ampliación de la oferta asistencial y la creación de nueva demanda, la salud mental supone un campo rentable a mercantilizar con potenciales clientes ávidos de psicofármacos y psicoterapias[8]. Y no sólo en la lucha contra el malestar sino también en la búsqueda de la felicidad. Hemos pasado a la felicidad como derecho imperativo; nos debemos a nosotros mismos la felicidad tanto como nos la deben los demás y, consecuentemente, se produce una demanda ilimitada a los servicios médicos para obtener esa satisfacción[9].

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

La postmodernidad se refiere sobre todo al agotamiento -que no final- de la modernidad. Supone un cambio de rumbo histórico de los objetivos y modalidades de la socialización. Se reconocen los límites de la ciencia moderna en cuanto a la generación de conocimiento verdadero; se produce un cambio en el orden económico capitalista pasando de una economía de producción hacia una economía de consumo; a ello, le sumamos una desacralización de la política, una desmitificación de los líderes y un cuestionamiento de la religión.

La postmodernidad está relacionada con una conmoción de la sociedad, de sus costumbres, un paisaje industrial trastoca-

do, con su producción móvil y flexible, el desmoronamiento de las jerarquías del conocimiento, la alteración de la estructura ocupacional, en el que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación no sólo permiten nuevos métodos de producción sino también formas diferentes de relacionarse socialmente. Ello conlleva un aislamiento y fragmentación social, los valores y creencias se han perdido sumiendo al individuo en un estado de nihilismo, existe una profundización de las desigualdades sociales y económicas, gran potencial para el control social, la centralización y dispersión del poder, la pérdida de la intimidad, la falta de relaciones humanas sostenidas y de propósitos duraderos, la ruptura de los lazos tradicionales de la familia y la comunidad sustituidos por la incertidumbre, la pérdida de dirección y la sensación de soledad del individuo. La modernidad nos ha legado un mundo escindido en segmentos sociales, cada uno de los cuales está gobernado por sus propias reglas; el mundo individualizado, privado, incierto con mayores riesgos y mayor necesidad de vigilancia. La heterogeneidad es el (des)orden del día. El individualismo se convierte en el valor hegemónico; el objetivo principal la gestión óptima de uno mismo. El individuo descontextualizado aparece así como el único responsable de su situación[5, 10-14].

En su libro *Vida líquida*, Z. Bauman[10] habla de la "sociedad moderna líquida" como aquella en que las condiciones de actuación de sus miembros cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en unos hábitos y en unas rutinas determinadas. La define como una sociedad de "valores volátiles, despreocupados ante el futuro, egoístas y hedonistas". Se sirve para sobrevivir y para obtener satisfacción. No se deja margen para preocuparse por ninguna otra cosa que por lo que puede ser consumido y disfrutado en el acto: aquí y ahora. La tolerancia actual es superficial y de corto alcance; hay una pérdida de la ambición personal de autosuperación y de la valoración del esfuerzo así como la pérdida de personalización individual, la búsqueda de la felicidad es el motivo primordial de la vida individual; el cuerpo se presenta en primer plano como lo esencial de la persona, el equivalente del yo. Según G. Lipovetsky en su libro *La era del vacío*[12], se produce un proceso de personalización con una nueva significación de la autonomía: el deseo a ser íntegramente uno mismo, a disfrutar al máximo de la vida.

Si la postmodernidad significa algo, es la sociedad de consumidores. La sociedad de consumo justifica su existencia con la promesa de satisfacer los deseos humanos pero esa promesa de satisfacción solo puede resultar seductora en la medida en que el deseo permanece insatisfecho con la creencia de que puede ser mejorable. Se produce así una frustración reiterada de los deseos y la incitación del deseo de deseos siempre nuevos, lo que conduce a su vez a la progresión de una búsqueda constante. "Hay que modernizarse o morir". El consumo se convierte en una fuente de placer al que dedicamos tiempo y esfuerzos. Las posibilidades son infinitas. Se trata de una novedad continua, una exaltación de la rapidez, el exceso y el derroche. La presión por gastar se origina en la rivalidad simbólica y en la necesidad de construir el yo -la imagen propia- mediante la adquisición de lo distintivo y lo diferente. Y esta cultura consumista genera una extensión de pautas de consumo que abarcan todos los aspectos y las actividades de la vida diaria, produciéndose una "mercantilización" de los procesos vitales: al otorgar a cada cosa su valor de mercado, acabamos buscando en el mercado la respuesta sobre lo que es valioso. Los mercados de consumo se nutren de la ansiedad de los consumidores potenciales, una ansiedad que esos mismos mercados avivan y se encargan por todos los medios de intensificar.

Y en esta línea la medicina también se ve afectada, y en concreto la salud mental es protagonista de un entusiasmo sin precedente por el conocimiento y la realización

personal, como lo atestigua la proliferación de los organismos *psi*: técnicas de comunicación y expresión, meditación, psicoanálisis, gestalt-terapia, terapia reichiana, ...; dichas terapias ganan terreno enfatizando la subjetivación de la enfermedad, la asunción "holística" de la salud por el propio sujeto, la exploración mental del cuerpo[12, 14].

CONTEXTO ASISTENCIAL

La Ley General de Sanidad de 1986 da cumplimiento al mandato de la Constitución Española de 1978 al universalizar el derecho a la protección de la salud. La principal directriz sobre la que descansa esta Ley es la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) cuyas bases del funcionamiento son la universalización del derecho a la asistencia sanitaria y la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. Consecuentemente se presta una atención integrada a la salud, comprensiva, tanto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y de la rehabilitación. En este marco normativo se ha producido también la reforma psiquiátrica en España, cuyas directrices fueron la integración de todos los recursos sanitarios públicos, la zonificación y la integración en el aparato sanitario general y la implantación de un modelo comunitario de atención basado en el desarrollo de los servicios de salud mental, en coordinación con los equipos de atención primaria como puerta de entrada del sistema, la desaparición o reconversión de los hospitales psiquiátricos y la creación de las unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales[4, 5]. Se crea así un modelo comunitario de salud mental que desestigmatiza el trastorno mental y produce un acercamiento de la salud mental a la población general. Consecuentemente, el espacio de observación cambia y surgen nuevas categorías diagnósticas y nuevos problemas de salud mental que tienen que ver con el modelo y que responden también a las expectativas, compromisos y valores de los agentes sociales implicados. Se ha producido así una ampliación del objeto de la atención en salud mental.

MODELO DE ENFERMEDAD MENTAL VIGENTE

En las últimas décadas, una determinada corriente de la psiquiatría autodenominada biológica parece haberse convertido en hegemónica. Puede ser entendida como el intento hacia la objetivación cuantitativa de los fenómenos biológicos subyacentes a la enfermedad mental reduciéndolos a datos cuya elaboración en forma de pruebas avalan los mecanismos etiopatogénicos válidos y fiables. Gran parte de esta corriente influenciada por el avance científico-tecnológico en la psiquiatría asume un concepto de lo biológico reducible a lo fisicoquímico. Busca anclar nuevamente la psiquiatría entre las ciencias médicas revitalizando la investigación y asumiendo la tradición empirista del mundo anglosajón donde se deja a un lado el pensamiento teórico, aquel que entiende al hombre en cuanto a humano[15].

Una de las principales características de la psiquiatría biológica es su finalidad reduccionista al aplicar el papel central al efecto disruptivo de las anormalidades bioquímicas y neuroendocrinas en el funcionamiento psicológico y atribuir escasa importancia al nivel descriptivo psicopatológico. Otro aspecto esencial de esta corriente es el énfasis en la clasificación y el diagnóstico sistematizado a través de clasificaciones estándares de los trastornos mentales[16]. A principios de la década de los 70 el campo psiquiátrico se encontraba dividido en una babel de escuelas y clasificaciones; la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA) lo resolvió con la publicación de un sistema clasificatorio ecléctico y ajeno a cualquier escuela, que se impuso apenas sin discusión; pretendía ser una clasificación "ateórica y basada en la evidencia". La idea fundamental es que el sistema de clasificación y diagnóstico debería producir datos interpretables que fuesen congruentes con el propio sistema. Sin embargo, la mayoría

de los criterios de inclusión en las categorías diagnósticas se tratan de variables dicotómicas y unidimensionales, además de que están mal definidos, son vagos e imprecisos, no cuantificados y muy heterogéneos, y apenas contemplan métodos de objetivización para determinar su ausencia o presencia. Surgen así los falsos positivos cuya magnitud todavía se desconoce y la proliferación indefinida de "nuevas patologías". Además parece claro que dichas clasificaciones no favorecen tampoco un tipo de investigación aceptable desde el punto de vista metodológico. La psiquiatría biológica concibe los trastornos mentales como epifenómenos conductuales de determinados cambios moleculares y piensa que, una vez identificados los genes responsables, tendrá la clasificación natural de los trastornos mentales. Sin embargo, los cambios moleculares no son los trastornos mentales pues éstos son constructos complejos que incluyen códigos psicosociales que hay que integrar[1, 17, 18].

MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general son muy variadas en los estudios comunitarios, si bien se señala que mayoritariamente oscilan mayoritariamente del 15 al 20%. Trastornos depresivos y de ansiedad son los más frecuentes si bien la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los consumos de alcohol y otras sustancias, demencia y deterioros cognitivos presentan una importancia social considerable.

Identificar e investigar las variables asociadas a la enfermedad mental es objetivo básico de la epidemiología, de ahí la importancia de los factores sociodemográficos: género, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, origen social, situación familiar, apoyo social, acontecimientos vitales,.. El impacto de las enfermedades mentales no se limita al aumento de riesgo de muerte, también presenta muchos resultados de diferentes enfermedades (morbilidad) sin fallecimiento. La proyección de la OMS para el año 2020 señala que los trastornos mentales llegarán al 15% de la carga mundial, debido a la mayor expectativa de vida de la población y la reducción del efecto de las enfermedades infecciosas. Con varias patologías (depresión mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar) entre las 20 primeras en la actualidad y en las previsiones para la próxima década.

Una parte de quienes padecen trastornos psiquiátricos, acuden a las consultas en los dispositivos, sean de atención primaria o especializada, buscando ayuda profesional. Esto ya fue ampliamente descrito por Goldberg y Huxley en 1992[19]. Comprender los factores asociados puede ayudar para acercarnos a la epidemiología de los trastornos mentales y conocer mejor a quienes lo padecen. Encontraremos variables que dependen de la persona y su trastorno, -las conductas de enfermedad-, otras que dependen de su entorno y finalmente, otras asociadas al sistema sanitario.

En la salud de las personas como proceso evolutivo y dinámico, conocemos que actúan no pocos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar otros síntomas, quizá más graves y más prolongados. Condicionada por la existencia de factores que serán hereditarios o ligados al desarrollo neurobiológico, o asociados a los elementos medioambientales, educación familiar o escolar incluidas, el grado de satisfacción relacional o laboral, en suma, el posible equilibrio (o desestabilización) entre lo relativo a la persona en sí misma y las demandas sociales. Que la autoestima esté baja, los abusos en conductas de riesgo, las dificultades de inserción social, la falta de destrezas sociales o de pertenencia al grupo, la discriminación, la exclusión misma, sin duda facilitan las condiciones para enfermar.

Claro que existen también factores predisponentes, medidas por ausencia de conducta de riesgo o las expectativas de futuro, donde los vínculos y redes de apoyo social, la familia y otros entornos, son me-

dios contenedores de ciertos procesos patológicos. Los factores protectores no son la expresión antagónica de los de riesgo, más bien son elementos favorables hacia la promoción de conductas positivas en nuestro día a día.

La consulta depende de la consideración de la gravedad de los síntomas, las alteraciones que ocasionan y las ideas de las personas sobre lo que representan estos síntomas. La decisión podrá ir en la búsqueda de ayuda se ve determinada por factores sociodemográficos, por ejemplo con diferencias de género en la búsqueda de ayuda. O con el estrés ocupando un rol múltiple en la aparición de dolencias somáticas que, si se cronifican, hará aumentar la frecuentación de consultas[20].

Así mismo, hay muchas personas con problemas en su salud mental que no consultan y se automedican, y otras con trastornos menores que demandan recibir tratamiento en atención primaria. Unas y otras configuran las grandes poblaciones de eso que hemos llamado la medicalización de la vida cotidiana, con pretendidas búsquedas de solución inmediata para algunos problemas psiquiátricos y para multitud de acontecimientos vitales que ocasionan sufrimiento. Esto ha ocasionado una elevada demanda de atención en salud mental que difícilmente podrá ser atendida por el sistema sanitario en la pretensión de cubrir unas necesidades y aliviar insatisfacciones que anteriormente cubría el entorno familiar y los vínculos sociales. De este modo, el fármaco no va orientado a tratar enfermedades sino a mejorar aspectos de calidad de vida.

GRUPOS DE RIESGO VS PATOLOGÍAS EMERGENTES

Nos encontraremos con unos u otros grupos de riesgo, según entablemos relación con cuestiones culturales, sociales, asistenciales, económicas, etc. El acceso a la educación, sanidad, trabajo, vivienda o alimentación son derechos pero no son igualmente repartidos en esta sociedad de la inequidad. Quienes están desfavorecidos presentarán actitudes muy diferentes hacia el acceso a los servicios de salud mental. Un acceso a una atención adecuada es importante cuando la desigualdad está presente.

La epidemiología nos muestra que además de los trastornos de ansiedad, depresión y abuso y dependencias de alcohol, han aparecido en escena otros síntomas producto de los cambios sociales y también por la realización de una mejor evaluación psiquiátrica. Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés post-traumático, hiperfrecuentación por problemática psicosocial, adiciones sin sustancias y problemas de salud mental asociados a la exclusión.

- Trastornos por estrés post-traumático tras padecer experiencias traumáticas, con vivencias repetidas y síntomas disociativos. Pensemos en las muchas víctimas diarias de accidentes, catástrofes o la violencia colectiva.
- Trastornos en la conducta alimentaria, frecuentes en población adolescente y mujeres jóvenes, con importantes factores de riesgo personales (carácter obsesivo o perfeccionista, trastornos premórbidos), vivir en familias o entornos disfuncionales, etc.
- Las poblaciones en situación de exclusión, relacionados estos sobre todo con la inmigración, el desempleo y la pobreza, donde se presupone mayor morbilidad, y conocemos que es seguro su mayor sufrimiento.
- Trastornos adictivos sin sustancias de entidad relacionados con la tecnología y con el consumismo, que vienen a sumarse a las tradicionales adicciones a alcohol y otras drogas.
- Hiperfrecuentadores por problemas psicosociales vinculados a factores sociodemográficos, creencias sobre la enfermedad y la salud, débil soporte social o conflictividad en el marco familiar, siempre en la creencia o en la percepción de ser más vulnerables a la enfermedad.

MEDICALIZACIÓN

Como hemos mencionado anteriormente, la terminación de la 2ª Guerra Mundial generó toda una serie de expectativas y de propuestas de cambio en las concepciones de lo que debían ser los componentes del bienestar social. La primera consecuencia fue la definición misma de la OMS en 1946 que introdujo el concepto positivo de salud y lo ligó a la idea de bienestar "físico, mental y social". Dicho pensamiento promete, en una primera fase, la erradicación del sufrimiento y el retraso indefinido de la muerte, y en una segunda, afirma simplemente el derecho a la felicidad como una posibilidad alcanzable por la vía del perfeccionamiento científico-técnico. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata en 1978 se declaró que la salud, concebida como bienestar, es un derecho humano fundamental y dicho derecho sólo es posible alcanzarlo si los gobiernos, que tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos, toman las medidas sanitarias y sociales adecuadas. Consecuentemente, por una parte se ligaba de forma indisoluble salud y bienestar y, por otra parte, se prometía como posible un objetivo mundial de consecución de dicho bienestar para toda la humanidad minando el esfuerzo social para mejorar la salud y el bienestar creando una ilusión de que nosotros podemos como individuos controlar nuestra propia existencia y dirigirla a mejorar nuestra salud[21]. Se genera así con estas propuestas un pensamiento salubrista que se podría definir como la preocupación hacia la salud personal como el foco principal para la definición y realización del bienestar; una meta por la cual se atenta en la modificación de estilos de vida con o sin ayuda terapéutica. Lógicamente, la nueva conciencia de salud supone una expansión de la medicina que ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y que se conoce con el nombre de medicalización. La crítica a la medicalización se basa fundamentalmente en cómo se descontextualizan problemas sociales colectivos y, colateralmente, los pone bajo control médico, pero dicha crítica tienen visiones muy distintas e interpretaciones divergentes.

En las sociedades desarrolladas, la salud se convierte en un valor social predominante y, por tanto, se entiende que la protección del mismo es una acción prioritaria. Los individuos realizan cambios hacia la satisfacción de sus necesidades y deseos como construcción de su propia individualidad e identidad. Pero, en la medida que la preservación y el cuidado de la salud se formulan como derechos, es necesario establecer también a quién corresponde dicha función. La posición del individuo frente al cuidado y preservación de su propia salud ha ido convirtiéndose desde un protagonismo activo y responsable en la búsqueda de modos de conservar la salud y evitar la enfermedad a una demanda de protección prácticamente ilimitada, generada por una conciencia de derecho, pero también por una progresiva vivencia de la indefensión ante la enfermedad y esto conlleva en último término el desarrollo de conductas que reflejan valores y creencias sociales acerca de la ilimitada capacidad de la medicina para resolver cualquier problema. En el campo de la salud mental el fenómeno es similar[5, 16, 22-24]. En esta nueva expansión de la práctica de la medicina, el enfermo y la enfermedad es buscado activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia. Se establece así una medicina basada en la prevención y promoción de la salud en el que el peligro de que se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas.

En el proceso de medicalización las interacciones y sinergias son múltiples. Los médicos como investigadores o prescriptores, solos o unidos a sociedades científicas a veces recorren su camino profesional de la mano de la industria, la cual a su vez se dirige cada vez más al consumidor con

campañas de concienciación de enfermedad y creación de necesidades que promueven nuevos fármacos y, a veces, incluye introducir una nueva condición a un público más amplio. Una reciente investigación en Inglaterra señala que la combinación de fármacos comunes para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, depresión y alergia, se asociaban a consecuencias graves para la salud, incluso con riesgo de deterioro de la función cerebral y muerte. A los pacientes ancianos polimedicados se les retiraba la medicación considerada innecesaria y la mayoría mejoraban[25]. El consumo excesivo de medicamentos y al tiempo los posibles efectos adversos de los fármacos son una causa principal de gasto sanitario innecesario. Es imprescindible tomar medidas orientadas a reducir ese gasto, innecesario y perjudicial para las personas enfermas. No hay que olvidar que la mayor parte d elos medicamentos son consumidos por personas mayores de 65 años, estimándose que la medicación inapropiada se sitúa en torno al 30% en esa franja de edad ocasionando iatrogenia y creciente consumo de más fármacos.

Y no debería olvidarse que las empresas sanitarias aprovechan cualquier posibilidad de trasladar la atención desde los problemas derivados del entorno social hacia la solución individual inhibiendo respuestas sociales y políticas.

Los intentos de ampliar las cotas de poder e influencia de la psiquiatría, la búsqueda de nuevos campos y de "patologías infradiagnosticadas", el optimismo profesional que indujo la oferta de solucionar casi cualquier tipo de conflicto social y la difusión de nuevas indicaciones para nuevos padecimientos gracias a los umbrales arbitrarios de normalidad y anormalidad han podido ser elementos que han potenciado este tipo de demandas basada en necesidades y ha conllevado una psiquiatrización de los problemas de la existencia humana, lo cual precisaría una revisión profunda de esta cuestión. Como consecuencia, se ha generado y ampliado todo un comercio que se plantea alrededor de lo "sano" dando una falsa imagen de posibilidades ilimitadas y promocionando la idea de que todo tiene remedio técnico[7, 26-29].

RESUMEN
Cada época escenifica sus enfermedades. Abordamos los condicionantes de la sociedad actual a diversos niveles según contextos (político-económico, socio-cultural, asistencial,...) que han determinado los modelos de atención a la salud, y con ellos los procesos de medicalización de la vida cotidiana que han influido en la demanda que nos llega hoy en día a las consultas de los profesionales de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Common Mental Disorders. A Bio-Social Model. De David P. Goldberg y Peter Huxley. London and New York, Tavistock/Routledge, 1992. Libro de los autores de *Mental Illness in the Community* (1980) que actualiza las implicaciones del modelo epidemiológico y de caminos asistenciales anteriormente propuestos. Con una propuesta de modelo dimensional de enfermedad para los trastornos psiquiátricos más comunes, frente al modelo categorial clásico, aportando ventajas e inconvenientes de ambos modelos.

Enrique Baca y José Lázaro (Eds.)*Hechos y valores en psiquiatría*. Editorial Triacastela. Colección: Psiquiatría general. 2003. 582 pp. Libro que reúne a un heterogéneo grupo de profesionales de la psiquiatría española actual, con opiniones y orientaciones que conviven en la psiquiatría. Reflexionan colectivamente sobre la relación entre hechos objetivos y valores subjetivos en la teoría y en la clínica psiquiátrica. La Medicina, a través del método científico-experimental, trata de elaborar una ciencia de las enfermedades cada vez más fiable, contrastable, rigurosa y objetiva. Busca el conocimiento

científico de los hechos que constituye la Patología. La práctica clínica, en cambio, trata de manejar las peculiaridades concretas de cada enfermo: sus creencias, su ideología, sus criterios éticos, sus intereses económicos, sus preferencias estéticas, en definitiva, su biografía, sus vivencias y su personalidad. Todo lo que se agrupa bajo el término valores. En el ámbito psiquiátrico es particularmente marcada la dicotomía actual entre una medicina basada en pruebas y una clínica basada en los relatos verbales y comportamentales de las personas. Análisis de los hechos científicos, los valores económicos y los éticos, para terminar apuntando hacia las grandes cuestiones teóricas de la psiquiatría actual.

BIBLIOGRAFIA

(1) Desviat M. Prólogo. En: Retolaza A (coordinador). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. AEN (estudios 41): Madrid, 2009. pp 9-12.
(2) Ortiz Lobo A., de la Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Átopos, 2004, 2 (1): 15-22. (www.atopos.es/ pdf-3/ yaesprimavera.pdf).
(3) Desviat M. Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. En:Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 215-230.
(4) Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2004.
(5) Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. Las consultas sin patología en salud mental. En: Retolaza A (coordinador). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. AEN (estudios 41): Madrid, 2009. 97-108.
(6) Guinsberg E. La salud mental en el neoliberalismo. México: Plaza y Valdés. 2005.
(7) Ortiz Lobo A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos, 2008, 7: 26-34. (www.atopos.es/ pdf-7/ los-profesionales-de-salud-mental.pdf).
(8) Lázaro J. Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. En: Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 117-142.
(9) Bruckner P. La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz. España: Tusquets. 2ª edición, 2002.
(10) Bauman Zygmunt. Vida líquida. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.
(11) Lyon D. Postmodernidad. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
(12) Lipovetsky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama 5ª ed; 2001.
(13) Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. 5ª edición; 2001.
(14) Verdú V. El estilo del mundo. Barcelona: Anagrama; 2003.
(15) Gastó C. Descriptivismo y operacionalismo en la psiquiatría contemporánea. En: Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 423-432.
(16) Soria J. La salud como valor en psiquiatría. En: Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 97-115.
(17) Rendueles G. DSM-III. Una clasificación psiquiátrica posmoderna. En: Rendueles G. Egolatría. Oviedo: KRK; 2004. pp 13-32.
(18) Villagrán J. Hacia una psiquiatría biológica no reduccionista: los modelos interdisciplinares. En: Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 485-528.
(19) Goldberg D., Huxley PO. Common Mental Disorders. A Bio-Social Model. London and New York, Tavistock/Routledge, 1992.
(20) Haro JM, Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero, JL (ed.): Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 2007.
(21) Baca E. Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad. En: Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 529-564.
(22) García Moratalla B. Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2008.
(23) Ramos García J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. Rev Asoc Esp Neurop, 2004, vol. 91, 99-113.
(24) Rodríguez López A. Problemas éticos de la prevención primaria en psiquiatría. En:Baca, E., y Lázaro, J. (eds.) Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. pp 413-422.
(25) Garginkel D., Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of múltiple medications in older adults. Addressing polypharmacy Arch Intern Med 2010; 170: 1648.
(26) Marquez S., Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria, 2003, vol. 5, 47-53.

(27) Moncrieff J. Psychiatric imperialism: the medicalization of modern living. Critial Psychiaty Netwok, 1-5. 2004.
(28) Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. British Journal of Psychiatry, 2006, vol. 188, 301-302.
(29) Moynihan R., Heath I., Henry D. Too much medicine? British Medical Journal, 2002, vol. 324, 859-860.

1.8. El suicidio y su prevención

José Manuel Bertolote

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] ocurren en el mundo alrededor de 900.000 decesos debidos al suicidio todos los años - lo que es más que todas las muertes debidas a guerras y homicidios juntos; además, según el lugar, hay de 10 a 40 veces más intentos de suicidio, o sea, de 9 a 36 millones en todo el mundo por año, o sea, una muerte cada 45 segundos y un intento cada 2-5 segundos. Eso hace que el suicidio se encuentre entre las 10 principales causas de defunción entre las personas con más de 5 años de edad en todos los países en donde hay informaciones fidedignas sobre causas de muerte y entre las 3 principales causas de defunción de personas entre 15 y 34 años en la mayoría de los países. Sin embargo, es ampliamente aceptado que hay, en general, un importante sub-registro de las conductas suicidas debido a distintas razones (culturales, religiosas, económicas, legales, políticas y otras), lo que resulta en que, en la realidad, los comportamientos suicidas pueden ser mucho más frecuentes de lo que se conoce o estima[2].

CONCEPTOS

Los comportamientos suicidas comprenden una serie de fenómenos asociados al proceso suicida, que va desde una vaga idea de darse la muerte, planes y tentativas de suicidio, hasta la muerte consecuente a un acto de auto-agresión. Por supuesto, para la clínica y para la Salud Pública, los intentos de suicidio (morbilidad) y los decesos debidos a un acto auto-destructivo (mortalidad) son los más relevantes.

Los comportamientos suicidas, en si mismos, no constituyen una enfermedad mental, aunque, en la mayoría de los casos estén asociados a diversos trastornos mentales, que siempre deben de ser investigados. Las asociaciones más frecuentes con los suicidios son los trastornos del humor (particularmente la depresión), los trastornos por uso de substancias psicoactivas (mayoritariamente la dependencia y el uso nocivo de alcohol), la esquizofrenia y los trastornos de personalidad[3]. Además de eso, ciertas enfermedades físicas también están asociadas a los comportamientos suicidas, entre las cuales están, el síndrome de dolor crónico, algunas enfermedades neurológicas (cómo la epilepsia, lesiones neurológicas centrales y medulares, y las secuela de los accidentes cerebrovasculares), la infección por el virus del SIDA y determinadas neoplasias[4]. Todos los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas mencionadas arriba representan un riesgo potencial en relación a los comportamientos suicidas, pero eso no significa que todos esos enfermos son suicidas potenciales. Al igual al que se observa en la población general, el acto suicida habitualmente resulta de la combinación nefasta de factores de predisposición (o distales, como las enfermedades arriba señaladas) y de factores precipitantes (o proximales), entre los cuales están pérdidas reales o simbólicas, y crisis de elevada ansiedad; esta combinación puede, eventualmente, ser bloqueada o reducida por los factores de protección, cómo se verá a continuación.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El suicidio es un fenómeno caracterizado por la multicausalidad, y en su génesis inter-

vienen factores genéticos, socio-demográficos, clínicos y ambientales. Son diversas las teorías propuestas, pero el hecho importante es que la asociación entre suicidio y trastornos mentales permanece como una de las más fuertes: en el mundo occidental, del 90% al 98% de las personas que se suicidaron tenía un diagnóstico de un trastorno mental grave. Por otra parte, uno de los factores de predicción más importante de un suicidio consumado es una tentativa previa[5].

Los principales factores de riesgo para los comportamientos suicidas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1- Factores de riesgo (predisposición y precipitantes) de los comportamientos suicidas

Factores de predisposición	Factores precipitantes
Sexo (masculino: suicidio; femenino: tentativas)	Separación conyugal
Edad (jóvenes: tentativa; ancianos: suicidio)	Ruptura de relación amorosa
Historia familiar de comportamientos suicidas, Alcoholismo o otros trastornos mentales	Rechazo afectivo y/o social
Tentativa(s) previa(s)	Alta reciente de una hospitalización psiquiátrica
Presencia de trastornos mentales	Graves disfunciones familiares
Presencia de enfermedades físicas	Pérdida del empleo
Desesperanza	Cambio de la situación económica o financiera
Estado civil divorciado, viudo o soltero	Embarazo indeseado (principalmente para solteras)
Abuso físico, emocional o sexual en la niñez	Vergüenza acentuada
Estar desempleado o jubilado	Temor de ser descubierto (por algo socialmente indeseable)
Aislamiento social	
Pertenecer a una minoría étnica	
Pertenecer a una minoría sexual (homosexuales y transexuales)	

Un hecho notable es que la mayoría de las estrategias preventivas del suicidio actuales se basan en la identificación de riesgos, pues hay una gran escasez de datos referentes a los factores de protección. Sin embargo, se considera que -en términos individuales y personales- la resiliencia emocional, la capacidad para resolver problemas y adaptarse a nuevas situaciones y -en términos sociales- la existencia de una efectiva red de apoyo social pueden reducir el impacto de factores intra-psíquicos y ambientales adversos, contrabalanceando el peso de ciertos factores de riesgo. Entre los factores propuestos cómo protectores en relación al suicidio encontramos ausencia de trastornos mentales, embarazo, presencia de niños en la familia (sobre todo para las mujeres), sentimiento de responsabilidad para con la familia, apoyo social efectivo, religiosidad, estar empleado, alto grado de satisfacción para con la vida y una relación terapéutica positiva.

Los principales factores de protección contra los comportamientos suicidas se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Algunos factores considerados cómo protectores contra los comportamientos suicidas

Estilo cognitivo y personalidad	Funcionamiento familiar	Factores culturales y sociales	Factores ambientales
Sentimiento de valor personal Confianza en si mismo Disposición para buscar ayuda cuando lo necesita Disposición para pedir consejo delante decisiones importantes Apertura a las experiencias ajenas Disposición para adquirir nuevos conocimientos Habilidad para comunicarse	Buenas relaciones intra familiares Apoyo de parte de la familia Padres dedicados y consistentes	Adhesión a valores, normas y tradiciones positivas Buenas relaciones con amigos, colegas y vecinos Apoyo de personas relevantes Amigos que no utilizan drogas Integración social en el trabajo, en alguna iglesia, en actividades deportivas, clubs, etc. Objetivos en la vida	Buena alimentación Bueno sueño Luz solar Actividades físicas Ambiente libre de humo y de drogas

Sin embargo, es importante señalar que ningún de esos factores aislado (que sea de riesgo o de protección) tienen fuerza suficiente para provocar o para prevenir un comportamiento suicida, y que, en la realidad, es una combinación particular de ellos lo que conlleva a la crisis que puede resultar en ese comportamiento[6]. En la mayoría de los sujetos predispuestos al suicidio hay una coexistencia de deseos y actitudes antagónicas que resultan en una ambivalencia con respecto a la vida; muchos suicidas desean morir y, al mismo tiempo, ser rescatados y salvados. En una considerable cantidad de casos de tentativas de suicidio, la intencionalidad de darse la muerte es baja; la mayoría de los casos dice que más que morir, deseaba dormir, alejarse del problema, cambiar una situación de mala adaptación y sufrimiento, lo que ha sido descrito cómo un "grito de socorro".

LA PREVENCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Los registros más antiguos disponibles de esfuerzos sistemáticos para la prevención del suicidio son del inicio del siglo XX. Coincidiendo en el tiempo, en 1906, el Ejército de la Salvación, en Londres, y la Liga Nacional "Salve una vida", en Nueva York, empezaron, independientemente, sus programas de prevención del suicidio. Reflejando el concepto de suicidio de entonces, esas iniciativas pioneras estaban inspiradas por principios religiosos, humanitarios y filantrópicos, sin una conexión directa con los servicios de salud. Al mismo tiempo, representaban acciones de grupos de la sociedad civil, no de organismos gubernamentales. Sólo después de estas iniciativas, surgieron algunas actividades para la prevención del suicidio inspirada en modelos clínicos, en la mayoría de los casos abordajes individua-

les, de inspiración metafísica e ideológica, que no siempre reflejaban las bases científicas de la época.

Desde un punto de vista filantrópico y humanitario, esos abordajes son muy meritorios. Sin embargo, en el momento en que se acercaron a la Salud Pública, desvelaron sus fragilidades metodológicas y, sobre todo, las de sus resultados, cuando fueron comparadas a otras, con bases científicas más sólidas, que resultaban en resultados más satisfactorios. Eso llevó a algunos suicidólogos, epidemiólogos y otros científicos a cuestionar la cientificidad y, por ende, los resultados de los programas de prevención del suicidio de manera general, ya sea en términos de eficacia, ya sea en términos de la relación coste-beneficio.

Por ejemplo, Gunnel y Frankel, en un notable artículo publicado en 1994, revisaron de manera sistemática la literatura pertinente publicada entre 1975 y 1994[7]. Examinaron docenas de programas (prácticamente todos los que habían sido publicados en ese período) que se auto intitulaban de prevención del suicidio. Después de eliminar los programas descritos de manera tan somera y superficial que no permitían una evaluación cuidadosa, identificaron 19 asequibles a una evaluación. De estos, tan sólo dos habían seguido todos los criterios de un ensayo clínico controlado -el tipo de estudio actualmente considerado como el de más alto nivel científico para ese tipo de evaluación. El resultado de sus análisis indicó que la deficiencia más importante de la mayoría de esos programas era la ausencia de una clara definición de sus objetivos, o sea, no quedaba claro si pretendían reducir la mortalidad (suicidios consumados), los intentos de suicidio o ambos. Otra importante limitación de los programas evaluados era la no identificación de su público-diana: toda la población, ancianos, jóvenes, varones, mujeres, etc. Otra limitación encontrada fue el número limitado de sujetos incluidos, lo que resultaba en un tamaño final de la muestra insuficiente para permitir los análisis estadísticos necesarios. Esto puede parece raro, pues se ha dicho que hay un número impresionante de casos de suicidios todos los años. Lo que ocurre es que aunque el número total sea impresionante, cuando se tiene en cuenta su distribución geográfica no siempre se tiene el número suficiente para los sofisticados análisis estadísticos necesarios. Tomemos la situación de España cómo ejemplo. Hay, años más, años menos, cerca de 3.500 suicidios por año (menos de unos 300 al mes), con importantes desigualdades regionales. De ello resulta que la mayor parte de las intervenciones preventivas, que dependen de las autonomías o de otras autoridades locales, afectan a un número relativamente reducido de individuos en riesgo, cuyo impacto en las estadísticas nacionales es difícil de estimarse.

Finalmente, otra crítica hecha a menudo a diversos programas de prevención del suicidio se refiere a la descripción inadecuada e insuficiente de los elementos operativos de las intervenciones. Expresiones y términos cómo “actividades grupales”, “charlas”, “campañas de esclarecimiento” no permiten identificar elementos cruciales (por ejemplo, población diana, contenidos y características específicos etc.) para una buena evaluación de la eficacia y de la eficiencia de todo programa preventivo.

Los hallazgos de Gunnel y Frankel no permanecieron aislados, y otros autores como Crawford et al[8] lo confirmaron posteriormente y llegaron casi a las mismas conclusiones.

En resumen, se pude decir que aún hoy día muchos de los programas de prevención del suicidio continúan inspirados por los mismos principios filantrópicos de los programas pioneros de hace más de un siglo y no son planificados con la intención y mucho menos la finalidad específica de ser evaluados.

Fue a partir de la preocupación de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y

de los gobiernos de ciertos países con la eficiencia, el coste y la relación coste-beneficio de los programas de salud pública, incorporada por muchos responsables de los programas de prevención del suicidio, incluso hasta algunos de la iniciativa filantrópica, cuando hubo una consolidación del empleo preferencial de intervenciones que habían tenido su eficiencia comprobada. La preocupación de los organismos internacionales fue expresada inicialmente en el documento publicado en 1996, por el Consejo para Temas Económicos y Sociales de la ONU *Prevención del Suicidio: Guía para la Formulación e Implementación de Estrategias Nacionales*[9]. En seguida, la OMS publicó en 1998 *Primary Prevention of Mental Neurological and Psychosocial Disorders*[10], en el cual identificaba las intervenciones con eficacia comprobada para la prevención del suicidio, desde la perspectiva de la Salud Pública.

INTERVENCIONES CON EFICACIA COMPROBADA

Entre 1996 y 1998 la OMS condujo una serie de consultas con expertos de distintas partes del mundo con la finalidad de revisar la literatura pertinente y recoger experiencias clínicas relevantes y significativas para la prevención del suicidio. De la evidencia disponible en aquel entonces, resultó la identificación de tres áreas prioritarias para el desarrollo de actividades preventivas de los comportamientos suicidas y que son las siguientes:

1. Tratamiento de las personas aquejadas de trastornos mentales;
2. Restricción del acceso a medios y métodos empleados en comportamientos suicidas; y
3. Moderación de los medios de comunicación en la información y comunicación acerca de comportamientos suicidas.

En 2004, un grupo de expertos provenientes de 15 países de todos los continentes, reunidos en Salzburgo, Austria, por *Suicide Prevention International*, trabajó en una revisión sistemática de la evidencia científica sobre la eficacia de prácticamente todas las intervenciones y estrategias ya propuestas para la prevención del suicidio. La conclusión de esa reunión fue, de una parte, confirmar la eficacia de las estrategias propuestas por la OMS en 1998, y, de otras partes, añadir dos estrategias más[4]:

4. Programas educativos y de información para escuelas, profesionales de salud y de servicio social y para el público en general; y
5. Búsqueda activa y seguimiento de personas con alto riesgo de suicidio.

INTERVENCIONES EN LA CLÍNICA

En la práctica clínica, hay cuatro situaciones principales en las cuales el profesional de la salud se enfrenta con el problema del suicidio:

1. En los servicios de urgencia/emergencia: personas que hicieron una tentativa de suicidio.
2. En las unidades de psiquiatría: personas que hicieron una tentativa de suicidio (graves, en general), y que fueron identificadas como aquejadas de trastornos mentales.
3. En los servicios ambulatorios: personas con ideación suicida.
4. En los servicios ambulatorios: familiares de personas con riesgo de suicidio o que ya lo intentaron o consumaron.

En todos los casos, las principales funciones del personal de salud son: (i) identificar el riesgo, (ii) proteger al sujeto, (iii) alejar o tratar los factores de riesgo y (iv) proporcionar apoyo y tratamiento necesario.

Según la OMS[11] el riesgo de suicidio debe de ser investigado activamente en toda persona con 10 años o más que sea padezca depresión o trastorno bipolar, uso nocivo o dependencia de alcohol y otras drogas, psicosis, epilepsia, demencia o dolor crónico, o que, además, esté pasando por una crisis emocional asociada a conflictos interpersonales actuales, o que

haya tenido pérdidas importantes recientes o otros graves problemas. En todos esos casos, se debe investigar pensamientos, planes o actos auto-destructivos tanto en la evaluación inicial, cómo en las siguientes; esto es particularmente recomendable en los servicios de urgencia, que lo deberían hacer de rutina en todos los casos. Sin embargo, es importante que eso sea hecho después que se estableció un contacto razonable con el paciente. Al contrario de lo que se dice, preguntar acerca de comportamientos suicidas no provoca el suicidio; en la mayoría de las veces, reduce la ansiedad asociada a los pensamientos auto-destructivos y ayuda a la persona a sentirse comprendida y apoyada.

No siempre es fácil abordar las posibilidades y los riesgos de suicidio en una persona, sobre todo si no recibió ninguna formación específica para eso. Como regla general, es útil abordar el tema gradualmente, establecer una buena relación y empatía con el paciente y tratar de que se sienta lo más cómodo/a para expresar sus sentimientos y luego preguntar:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de suicidarse?

Después de la confirmación de la presencia de ideas de suicidio, es importante evaluar su frecuencia y intensidad, y saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer suicidio. Si el paciente ha planeado un método y posee los medios (p.ej.: píldoras, pesticidas, armas de fuego), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean exigentes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida, mostrando la empatía del médico hacia el paciente, cómo por ejemplo:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder [píldoras / armas / otros medios]?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

Sin duda, se puede hacer un trabajo muy útil en Atención Primaria, pero hay casos en que la gravedad o ausencia de apoyo social hace necesaria la derivación al especialista. Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten:

- Trastorno psiquiátrico;
- Historia de intento de suicidio previo;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico;
- Mala salud física;
- Ausencia de apoyo social.

Lamentablemente, ninguna de las escalas de evaluación del riesgo suicida demostró eficacia plena para su detección, y una buena entrevista clínica sigue siendo la mejor manera de evaluar el riesgo de los comportamientos suicidas[12].

Sin embargo, y en ese sentido, la OMS, basándose en la práctica de muchos profesionales en servicios de alta calidad, ha mostrado que se puede, de manera sencilla y rápida, tener una idea del nivel del riesgo de un paciente dado. Obviamente, estos procedimientos no son más que una guía, que sólo adquiere valor cuando son empleados en el contexto de una intervención clínica que permite no sólo recoger los datos indicados en la tabla, sino además otros elementos que ayudan a valorarlos. En la Tabla 3 se muestra las acciones más adecuadas para cada nivel de riesgo.

LA ATENCIÓN EN LA CRISIS SUICIDA

Una vez identificada la crisis suicida, su manejo adecuado depende de algunos elementos básicos de la buena práctica clínica, y que son:

- *Escuchar*: En general, es necesario escuchar mucho, pues el paciente necesita "desahogarse". Sin embargo, en algunas situaciones el profesional tiene que mantener un papel más activo e incentivar el diálogo en búsqueda de soluciones, o to-

Tabla 3. Valoración y manejo del paciente tras la sospecha o identificación de un riesgo de suicidio

Riesgo de suicidio	*Síntomas*	*Evaluación*	*Acción*
0	No hay señales de riesgo	–	–
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar planes y métodos.	Explorar posibilidades reales. Identificar posibilidades de apoyo.
4	Ideas suicidas, pero *sin* trastorno psiquiátrico	Valorar planes y métodos.	Explorar posibilidades reales. Identificar posibilidades de apoyo.
5	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes	Valorar planes y métodos. Hacer un contrato.	Remitir al psiquiatra.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes; o con agitación y intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Hospitalizar y mantener bajo vigila estricta y permanente.

Fuente: WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization

mar él mismo decisiones de emergencia que pueden salvar una vida.

- *Aceptar sus propios sentimientos.* Eso puede incluir una cierta tolerancia a la ambivalencia del enfermo, con el fin de aliarse a la parte en él que desea sobrevivir.
- *Seguimiento adecuado*. El éxito terapéutico puede deber mucho al correcto encaminamiento y seguimiento del paciente. El profesional de salud que ve a un paciente suicida necesita tener acceso -y buen contacto- con los servicios de salud mental, para que estos puedan intervenir rápidamente y proporcionar un seguimiento adecuado, creando una red de apoyo emocional y psico-social. Esto es particularmente importante en los casos de personas que salen de una tentativa de suicidio, como bien lo demostró un estudio multicéntrico de la OMS[13].

LOS FAMILIARES Y AMIGOS

Cuando se considera a los familiares, los amigos, colegas de trabajo, vecinos y otros miembros allegados de la comunidad, cada suicidio o intento de suicidio afecta un promedio de 5 a 10 personas. Cada una de esas personas (que se autodenominan supervivientes), sufren de una manera específica y diferente, con un dolor que tiene menos probabilidad de manifestarse que en personas afligidas por pérdidas debidas a causas naturales. En general, y a menudo, los supervivientes presentan sentimientos de responsabilidad por la muerte, y de rechazo y abandono del que se fue, y emplean parte de su tiempo preguntándose ¿por qué? y ¿dónde fallé? Con gran frecuencia se encuentran estigma y vergüenza asociados a las conductas suicidas, lo que coloca aparte a aquellos que sufren y que, por lo tanto, no tienen mucha oportunidad de hablar sobre su dolor; la falta de comunicación puede retrasar el proceso de recuperación. En este sentido, un grupo de apoyo puede ser de gran utilidad.

La experiencia de muchas personas, en muchas partes del mundo ha demostrado que la organización de grupos de auto-ayuda, compuesto por personas supervivientes de un acto suicida, puede proporcionarles la oportunidad de estar con otras personas que realmente los entienden, porque han vivido la misma experiencia, e intercambiar fortaleza y comprensión dentro del grupo.

RESUMEN

El comportamiento suicida constituye un importante problema de salud pública y representa un enorme sufrimiento para individuos, familias y comunidades. A pesar de no ser plenamente conocida su etiología, algo se sabe sobre sus factores de predisposición y precipitantes, así como de algunos factores de protección, lo que ha llevado a identificar una serie de estrategias e intervenciones efectivas para su prevención. Entre esos factores se encuentran la identificación y tratamiento de los trastornos mentales (en particular, la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia), la restricción al acceso a medios y métodos preferenciales de los comportamientos suicidas, y la moderación de los medios de comunicación al abordar el tema de los comportamientos suicida. Además, en la práctica clínica, el seguimiento adecuado de las personas que intentaron el suicidio resulta ser de buena relación coste-beneficio. Hay amplia evidencia de que esas intervenciones y estrategias mencionadas arriba pueden ser aplicadas por personas no especializadas, con un mínimo de capacitación específica.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Suicide prevention: a resource series.Una serie de pequeños manuales dirigidos a distintos grupos profesionales (médicos, trabajadores en la atención básica, maestros, periodistas, agentes carcelarios, paramédicos de urgencias, consejeros, sobrevivientes, en el trabajo) con información y orientación sobre cómo prevenir los comportamientos suicidas en su ámbito de trabajo. Los volúmenes están disponibles en diversos idiomas (incluso el castellano) y los interesados consultar ese material en el link www.who.int/mental_health/resources/suicide.

Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Wasserman & Wasserman, eds. Oxford, Oxford University Press, 2009. Obra muy completa y extensa, que cubre desde los aspectos culturales a los genéticos del suicidio y, en lo que se refiere y a su prevención, desde programas de salud pública internacionales y locales hasta los aspectos clínicos del manejo de casos individuales.

Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. La OMS lanzó recientemente el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) dirigido a los países con ingresos bajos y medios-bajos con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Esta Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) ha sido elaborada para facilitar la aplicación de intervenciones relacionadas con el mhGAP basadas en pruebas en entornos de atención de salud no especializada. Aunque la GI-mhGAP va a ser implementada principalmente por personal no especializado, los especialistas también pueden encontrarla de utilidad para su trabajo. Aunque la GI-mhGAP está principalmente enfocada en las intervenciones y el tratamiento clínico, constituye también una oportunidad para que los proveedores de atención sanitaria apliquen intervenciones basadas en la evidencia para prevenir los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en la comunidad. Entre los módulos incluidos en el mhGAP-IG se encuentra uno específico sobre "Auto-agresión / Suicidio", y, aunque el mhGAP-IG esté focalizado en atención clínica, hay secciones especiales sobre Prevención. El link para su libre acceso es http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf

BIBLIOGRAFÍA

(1) www.who.int/mental_health/suicide. Última consulta: 31.01.2012
(2) Bertolote JM, Fleischman A. A global perspective of the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman & Wasserman (Eds.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009.
(3) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wassserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? British Journal of Psychiatry, 2003. 183: 382-383.
(4) Bertolote JM, Tarsitani L, Paula-Ramos FL. La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. Atopos, 2003. 7:56–60.
(5) Roy A (1985). Suicide: a multi-determined act. Psychiatr Clin North Am, 8:243-50.
(6) Mann JJ, Arango V, et al . Integration of neurobiology and psychopathology in a unifi ed model of suicidal behavior. Journal of Clinical Psychopharmacology,1992. 12: 2S-7S.
(7) Gunnel D, Frankel, S.. Prevention of suicide: aspiration and evidence. British Medical Journal, 1994. 308: 1227-1233.
(8) Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaia, E. Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. British Journal of Psychiatry, 2007. 190, 11-17.
(9) United Nations Prevention of Suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. (Doc.: ST/ESA/245). New York, United Nations; 1996.
(10) WHO . Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization; 1998.
(11) WHO. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
(12) Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. (no prelo). Suicídio e os serviços de emergência psiquiátrica: detecção do risco de suicídio. Rev. Bras. Psiq.
(13) Fleischmann A, Bertolote JM et al. Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: a randomized controlled trial in Brazil, China, India, the Islamic Republic of Iran, and Sri Lanka. Bulletin of the World Health Organization, 2008. 86:703–709.

1.9. Planificación y programación en salud mental

Rafael Sepúlveda, Alberto Minoletti

INTRODUCCIÓN

Una planificación coherente en salud mental requiere la existencia de una política pública, oficialmente legitimada por el Estado, que exprese el acuerdo social al respecto y que oriente los planes y programas. La Organización Mundial de la Salud describe la política de salud mental como un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales[1].

Las políticas de salud mental son el fundamento para el desarrollo de planes y programas. La OMS define al plan como un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, valores, principios y objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente estrategias, plazos, recursos necesarios, objetivos, indicadores y actividades[2].

Las concepciones de política y plan son muy generales y pueden aplicarse con distintos modelos de atención en salud mental. Nosotros nos referiremos a la política, el plan y los programas en el marco del modelo comunitario de atención en salud mental, modelo recomendable desde la salud pública porque: (i) la evidencia disponible en la actualidad respecto a los servicios de salud mental muestra que el modelo de base comunitaria ha obtenido resultados significativamente superiores a los del modelo centrado en el hospital psiquiátrico [3-6] y (ii) el modelo comunitario se caracteriza por su integralidad y accesibilidad, con incorporación de la salud mental en la atención primaria, participación de la población mediante agrupaciones de autoayuda y de defensa de derechos y utilización de estrategias promocionales y preventivas [7,8].

La elaboración de una política y su aprobación e implementación constituyen un largo y complejo proceso, en el que requiere superar numerosas dificultades. En el mundo, el 40,2% de los países carece de una política de salud mental, y en muchos que la ha formulado su implementación es incompleta[9].

SOBRE LA GENERACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Las ciencias políticas caracterizan la generación de políticas públicas mediante un complejo sistema de interacciones entre distintos elementos[10] tales como:

- *El régimen político*, integrado por los poderes del estado y su entramado institucional y legal.
- Los actores sociales, entre los que se cuentan los partidos políticos, los grupos de presión y los movimientos sociales.
- *La cultura social y política*, en la que se consideran especialmente los valores de los individuos y grupos sociales que componen la sociedad.
- *Y el escenario internacional*, el cual influye mediante la interacción de los sistemas políticos de los países y de organismos internacionales.

Elementos que están en un proceso dinámico y continuo de interacciones, sin una

jerarquía establecida entre ellos, cuyas variaciones pueden llegar a efectuar la totalidad del sistema[11].

Sólo algunas de las demandas y situaciones problemáticas en un país llegan a ser consideradas por el Gobierno o el Congreso como posible objeto de una política oficial. Se conoce habitualmente como agenda política[12] a la primera selección de problemas. Se ha planteado que tienen mayores probabilidades para entrar en la agenda las que corresponden a situaciones de crisis, tienen un componente altamente emotivo de "interés humano", están relacionadas con cuestiones de poder y legitimidad en la sociedad, y afectan un número alto de personas. La agenda política se determina, además por la movilización de demandas y presiones de los distintos actores sociales[13].

Finalmente, las políticas públicas son las respuestas que da el Gobierno a los problemas nacionales y a las diversas demandas de la sociedad, decididas de acuerdo con el balance de fuerzas entre los distintos elementos interactuantes. Para que una política pueda ser considerada como pública tiene que haber sido "generada", o la menos procesada hasta cierto punto, en el marco de los procedimientos, instituciones y organizaciones gubernamentales[14].

FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

La salud mental comunitaria no es una prioridad en las políticas de la mayoría de los países. En muchos los recursos destinados a salud mental son inferiores a los requeridos de acuerdo con la proporción de la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales y a la disponibilidad actual de intervenciones costo-efectivas[15]. Existen diversas barreras que se oponen al desarrollo de servicios comunitarios y a la reforma institucional de los hospitales psiquiátricos[16, 17]. El proceso de elaboración de políticas públicas de salud mental comunitaria requiere tomar en cuenta esas dificultades y barreras en una dinámica permanente de transformaciones, las cuales pueden producir en algunos momentos condiciones favorables para el desarrollo de políticas en este campo.

La escasa relevancia asignada a la salud mental comunitaria en la agenda politico-social de la mayoría de los países ha llevado a que surjan movimientos y organizaciones que denuncian esa discriminación y promueven la defensa del valor intrínseco de la salud mental. Se le ha dado especial importancia a temas relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales, la garantía de los derechos humanos de las personas que los padecen y la habilitación de servicios para el tratamiento y rehabilitación[18-20]. Estos movimientos y organizaciones han tenido éxito en la introducción de temas de salud mental en la agenda política de Estados Unidos de América y Canadá, y también en las de algunos países de menores recursos.

Al analizar los procesos de generación de políticas públicas de salud mental en España sobresale el papel jugado por las Asociaciones Profesionales, en particular la AEN[21] y posteriormente por la FEAFES[22]. En la Región de las Américas, sobresale el papel desempeñado por los actores sociales y en, particular, por los grupos de presión. Dignos de mención son los movimientos de profesionales de salud mental, organismos no gubernamentales (ONG), usuarios y familiares en la provincia de Río Negro en Argentina, Brasil, Chile y México[23]. Allí ha sido central el rol favorecedor de políticas en salud mental comunitaria jugando por La Declaración de Caracas (1990) y el apoyo técnico brindado a los ministerios de salud por la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud[24, 25], que ha convocado a profesionales, técnicos, personas con enfermedades mentales y sus familiares y a representantes de los gobiernos a que formulen políticas públicas que favorezcan un sistema de atención en salud mental comunitaria basado en la atención primaria, la reintegración de las personas

con enfermedad mental a sus comunidades de origen y el pleno respeto a sus derechos humanos[26].

La inclusión de la salud mental comunitaria en la agenda política se puede promover mediante el acopio de información pertinente, algunos de cuyos tipos se enumeran a continuación:

- *Análisis Epidemiológico*: Este tipo de estudio ha demostrado que los trastornos mentales son una causa importante de discapacidad y mortalidad. La OMS estimó en el 2005 que el 31,7% de los años vividos con discapacidad eran consecuencia de condiciones neuropsiquiátricas; las cinco principales causas fueron depresión unipolar (11,8%), trastornos por uso de alcohol (3,3%), esquizofrenia (2,8%), depresión bipolar(2,4%) y demencia (1,6%). Los trastornos neuropsiquiátricos son causa de 1,2 millones de muertes cada año, lo cual representa 1,4% del total de años de vida perdidos. Además cada año alrededor de 800.000 personas, de las cuales 86% son de países de ingresos bajos uy medios, se suicidan en el mundo. A pesar de cifras tan impactantes, es probable que la carga de enfermedad de los trastornos mentales haya sido subestimada al no considerar que ellos también aumentan el riesgo tanto para enfermedades transmisibles como no transmisibles y contribuyen a accidentes violencia[27].
- *Datos sociales y económicos*. La salud pública y las ciencias sociales han reconocido en los últimos años el valor intrínseco que conlleva la salud mental para las comunidades[28]. Por una parte la salud mental se concibe cada vez más como un aspecto fundamental para la salud física y la calidad de vida, que debe ser abordada en la agenda política de salud y bienestar de la población. Por otra parte, existe la evidencia sobre la interrelación entre nivel de salud mental y logros educacionales, productividad laboral, desarrollo de relaciones personales positivas en las familias y en las comunidades, reducción de criminalidad y daño asociado al consumo de alcohol y drogas [29]. Las personas con enfermedad metal pueden ser capaces de desarrollar interacciones sociales constructivas y asumir roles productivos siempre que vivan en comunidades con menos estresares psicosociales, reciban apoyo social y psicólogico, y tengan acceso a tratamiento y rehabilitación. A su vez, las personas "sanas" pueden mejorar su capacidad de recuperación y sus competencias sociales siempre que participen en actividades de promoción de la salud mental. En síntesis puede decirse que una salud mental positiva puede contribuir a la construcción de capita social, humano y económico de las sociedades[30].
- *Opiniones de actores sociales*: Los grupos de afectados por trastornos mentales, representados por organizaciones de usuarios y sus familiares y los organismos científicos y gremiales interesados en la salud mental, pueden poner que relieve algunos de los problemas más sobresalientes en este campo y expresar sus demandas, contribuyendo así a su inclusión en la agenda política.
- *Medios de Comunicación*. La función que corresponde a los medios en la denuncia de situaciones problemáticas, divulgación de noticias y reportajes y como portavoces de las demandas de la sociedad, les confiere un importante papel en la génesis de las políticas públicas en salud metal. Sin embargo, en muchas ocasiones los medios tiene un efecto adverso, por ejemplo, cuando refuerzan el estigma hacia las personas con enfermedad mental al presentarlas como incapaces, impredecibles, peligrosas y violentas[31, 32].
- *Evaluación de políticas en marcha.* El análisis de las políticas vigentes es una fuente de información utilizable en su mejoría. La agenda se enfoca muchas veces a modificaciones de políticas existentes y en menor medida a la solución de problemáticas nuevas. En el caso de la salud mental, este tipo de solución puede servir para mos-

trar brechas que con frecuencia existen en este campo. El otro tipo de evaluación utilizable para promover la inclusión de la salud mental comunitaria en la agenda política es el basado en la determinación de la eficacia y costo- efectividad de las intervenciones. Existen evidencias sobre los resultados positivos de los programas de prevención y tratamiento de los trastornos mentales que producen las mayores cargas de enfermedad, incluso en países de bajos y medianos ingresos [33-35].

¿CÓMO SE EXPRESA LA VOLUNTAD POLÍTICA A FAVOR DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA?

Sólo en contadas ocasiones se ha logrado que la salud mental en su conjunto sea incluida en la agenda política de un gobierno. Con mayor frecuencia, las políticas públicas se concentran en el tratamiento de personas con trastornos mentales, en especial en situaciones de crisis, cuando la reforma de los Servicios de psiquiatría y la garantía de los derechos de los usuarios son tema de evidente interés público. En muchas ocasiones, la única alternativa para que estos aspectos de salud mental sean considerados en la agenda política es que se presenten junto con otros temas de mayor prioridad para la sociedad, como la violencia interpersonal, el abuso de drogas, la insatisfacción con los Servicios de Salud asociados con el VIH/SIDA y los derechos de las personas con discapacidad[36].

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ADOPCIÓN DE UNA APOLÍTICA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Tanto en la etapa de sensibilización y discusión de temas de salud mental dirigida a lograr su inclusión en la agenda político-social, como en el paso siguiente, de análisis de los elementos que podrían conformarla, se requiere la puesta en marcha de un proceso de participación social; en el que intervenga una amplia variedad de individuos, organizaciones y comunidades, siendo posible que se produzcan numerosas interacciones, conflictos y negociaciones.

Para que la formulación de una política de salud mental culmine con éxito, los conductores del proceso deben promover desde su inicio la participación de la población, cuyos representantes han de tener la oportunidad del diálogo. Si una política se construye desde arriba, sin el apoyo de las partes implicadas, será difícil implementarla después. No obstante la importancia conceptual de la participación social en la formulación e implementación de políticas de salud mental, no siempre es fácil de lograr.

Cuadro 1. Ejemplos de partes claves que pueden participar en la consulta sobre políticas de salud mental.

- Usuarios y grupos de familiares
- Organizaciones comunitarias
- Trabajadores de salud general y salud mental
- Proveedores de servicios
- Representantes de ministerios
- Universidades y otras instituciones formadoras
- Asociaciones de profesionales y técnicos
- Organismos no gubernamentales
- Participantes de medicina tradicional
- Organizaciones religiosas
- Organizaciones que representen intereses especiales (Ej. Pueblos nativos)

En general se han formulado políticas públicas en salud con insuficiente participación de la ciudadanía y, en consecuencia, con frecuentes inadecuaciones a las realidades locales. Se incurre en este error a pesar de que el concepto de participación social es del dominio público desde las décadas de los años cincuenta y sesenta, cuando fue discutido en las diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud, manteniéndose desde entonces en el discurso de los procesos de reforma sanitaria.

La participación social no sólo busca la detección de las necesidades de salud de los usuarios y la complementación de la financiación suficiente con trabajo voluntario y movilización de recursos locales; también apunta a la trasmisión de conocimientos y capacidades a la población para que esta se transforme en una agente activo de promoción y protección de la salud. La participación ha llegado a ser un fin en sí misma, que permite reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos, con derecho a influir en las decisiones que afectan su salud y ante las cuales el sistema sanitario debe rendir cuentas de la oportunidad y calidad de los servicios y del uso eficiente de los recursos[37, 38].

En la formulación de políticas en salud mental comunitaria, la participación social tiene una significación aún mayor que la que tiene en salud mental general. Uno de los pilares centrales de los modelos comunitarios en salud mental es el *empoderamiento* de individuo, familias, grupos y comunidades para que desempeñen un papel activo en el cuidado de salud mental; y por otra parte, la participación social es reconocida como un factor protector de la salud mental de individuos, familias, grupos y comunidades.

Generalmente la participación social no ocurre en forma espontánea, sino que requiere el estímulo de los gobiernos; éste generalmente se manifiesta por medio de la difusión de información sobre los mecanismos de participación, la creación de espacios para el intercambio de ideas; la recepción de opiniones sobre los contenidos de la política y el comportamiento del poder en la toma de decisiones.

MODELO PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Se ha descrito tres modelos principales para la elaboración de políticas públicas[39]:

1 Modelo Racional: Establece tres etapas: (i) Identificación de los problemas de mayor magnitud e impacto social mediante la recolección sistemática de la información pertinente; (ii) Definición de las alternativas posibles para enfrentar cada uno de los problemas priorizados; y (iii) Análisis exhaustivo de las alternativas para la acción, sus consecuencias favorables y desfavorables, y los costos y beneficios involucrados, para llegar a decisiones concretas sobre su incorporación en las políticas públicas. Este es el modelo que se recomienda predominantemente la OMS.

Las críticas que se hacen desde las ciencias políticas al modelo racional, tienen que ver con el contraste de éste con la realidad de los sistemas políticos, donde raramente el proceso de formulación de políticas se produce de manera tan lógica, planificada y coherente; y donde tampoco es frecuente que la elaboración de una política se inicié totalmente desde cero.

2 Modelo de incrementos Progresivos. Pretende resolver alguna de las dificultades que presenta el modelo racional planteando que la formulación de políticas públicas tenga como punto de partida la situación existente y a partir de allí se realicen modificaciones en forma gradual. Se consideran para el análisis sólo un número limitado de alternativas, las cuales incorporan cambios no trascendentales respecto a la situación procedente. Los objetivos se tienden a ajustar a los recursos y oportunidades disponibles y quienes toman las decisiones intentan solucionar en primer término los problemas más apremiantes en vez de diseñar una política con una visión ideal a largo plazo. Este modelo tiene la

ventaja de generar procesos de aprendizaje progresivo que disminuyen los márgenes de error en aquellos problemas en la experiencia existente es aún insuficiente. Otra posible ventaja que se ha destacado para este modelo, es su concepción "pluralista" de las relaciones entre los distintos actores en los procesos de toma de decisiones y de la distribución del poder en la sociedad; ya que considera que las decisiones se deben producir a través de "ajuste mutuo entre las partes", sin que exista un centro poderosos de planificación y coordinación. Desde las ciencias sociales también se hacen críticas al modelo de incrementos progresivos. Una de ellas se refiere a la falta casi absoluta de criterios para la conducción del proceso de elaboración de políticas en mediano y largo plazo. Otra Crítica tiene que ver con la gradualidad de este modo, que no permite proponer políticas con innovaciones profundas para enfrentar los problemas mayores que enfrenta la sociedad actual. Además se le ha criticado que el proceso de "ajuste mutuo" favorecería a los actores mejor organizados y con más recursos de poder, en detrimento de los menos poderosos.

3 Modelo Mixto. Considerando las ventaja y desventajas de los modelos previos, algunos autores han planteado un modelo que convine las virtudes de ambos. El modelo mixto comprende tanto "decisiones fundamentales" como "decisiones incrementales" se realizan para plazos cortos, con un análisis de menor profundidad, partiendo del desarrollo alcanzado por las políticas públicas hasta ese momento y considerando un número menor de alternativas; se concentra más en acciones factibles, contempladas en los lineamientos de las "decisiones fundamentales".

El proceso de toma de "decisiones fundamentales" sobre políticas de salud mental formuladas para plazos largos (5 a 10 años) y debiera incluir los siguientes elementos.

- *Visión***.** Representa la imagen general del futuro. Por ejemplo, que los servicios sean accesibles y estén basados en la comunidad.
- *Valores y principios*. Son la base sobre la que los gobiernos definen objetivos y metas. Por ejemplo, el valor de la participación comunitaria asociado al principio de que las personas con trastornos mentales deben estar involucradas en la planificación, prestación y evaluación de los servicios.
- *Objetivos*. Generalmente se agrupan en tres categorías: Mejorar la salud de la población, dar respuesta a las expectativas de las personas, y proporcionar protección financiera para los costes de atención. Un ejemplo de objetivo de la segunda categoría es "promover los derechos humanos de las personas con discapacidad mental".
- *Áreas de acción***.** Para ser efectiva una política de salud mental debe considerar el desarrollo simultáneo de varias áreas para la acción. Un listado de las áreas de acción comúnmente utilizadas en políticas de diferentes países en los últimos 20 años es mostrado en el cuadro 2. Por ejemplo, en el área Nº7 (apoyo y defensa de los usuarios), la política de un país podría establecer que el Ministerio de salud desarrolle acciones de defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Cuadro 2. Principales áreas de actuación en una política de salud mental

- Financiamiento
- Legislación y derechos humanos
- Organización de servicios
- Recursos humanos
- Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
- Provisión de medicamentos
- Apoyo y defensa de los usuarios
- Mejora de la calidad
- Sistemas de información
- Investigación y evaluación de políticas
- Colaboración intersectorial

ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES ACTORES.

Los actores son muy diversos y entre ellos se cuentan los diferentes sectores del Estado, instituciones académicas, asociaciones de profesionales, trabajadores de salud y de salud mental, grupo de usuarios y familiares, proveedores, ONG y practicantes de la medicina tradicional.

La OMS prescribe cuatro pasos en el desarrollo de un plan de salud mental [40]:

Paso 1: Establecimiento de las estrategias y los plazos. Permite definir las estrategias mediante un análisis FODA realizado por los principales actores involucrados en el proceso. Cada estrategia requiere a su vez ajustarse a un cronograma. Por ejemplo, en la implementación de políticas en el área de la organización de servicios, el plan podría establecer como estrategia que "la mayoría de las personas con trastornos mentales serán atendidas en el ámbito de la atención primaria" y que "los especialistas en salud mental se reunirán al menos una vez al mes con los equipos de atención primaria".

Paso 2: Determinación de indicadores y metas. Es recomendable que cada estrategia tenga al menos una meta cuantitativa con su respectivo indicador. Por ejemplo, frente a la estrategia "la mayoría de las personas con mentales serán atendidas en el ámbito de la atención primaria", la meta podría ser "la derivación a especialistas será inferior a 10%".

Paso 3: Determinación de cuáles son las actividades principales. Cada estrategia necesita pormenorizar las actividades necesarias para su ejecución, las características de los responsables y los plazos y dificultades potenciales que se anticipan. Algunas actividades podrían ser: "reforzar los recursos de atención primaria". A "capacitar a equipos de atención primaria de salud en salud mental", distribuir guías de atención a dichos equipos", etcétera.

Paso 4: Determinación de costos, recursos disponibles y presupuestos. Esto implica cálculos tanto para inversiones de capital (edificios, equipos y vehículos) como para gastos regulares o de operación.

EVALUACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y COMUNITARIA

Los gobiernos tienen la responsabilidad de evaluar sí las políticas y planes que se ponen en práctica tienen los efectos que se pretenden. La OMS recomienda: i) evaluar las virtudes de la política y el plan; ii) monitorear y evaluar la implementación del plan, y iii) evaluar en que medida se han alcanzado los objetivos de la política[41].

EVALUACIÓN DE LAS VIRTUDES DE LA POLÍTICA Y DEL PLAN

La evaluación de una política, tanto desde las perspectiva del proceso como de su contenido, puede determinar su valor, factibilidad y probabilidades de éxito. Una política exitosa se general habitualmente gracias a un proceso, donde el contenido está de acuerdo con los principios de buenas prácticas y la política está claramente definida y es apropiada a las necesidades y condiciones locales.

El listado de la OMS para evaluar una política de salud mental[41] puede ser útil para el análisis. Desde la perspectiva del proceso, el listado ayuda a comprender hasta qué punto se ha realizado una consulta exhaustiva, con la participación de todas las partes involucradas, en especial los usuarios de servicios de salud mental y sus familias. Desde el punto de vista del *contenido,* su examen ayuda a valorar en qué grado la política está basada en información relevante sobre las necesidades de salud mental de la población, y se respeta y promueve los derechos humanos de los pacientes Otros elementos claves que son evaluados cunado se utiliza el módulo de la OMS son los que indagan si se tiene una idea clara del futuro y si los valores y principios que fundamentan las políticas y los planes son firmes, explícitos, objetivos, claros y realistas.

El plan de salud mental, al igual que en política que lo sustenta, debe ser valorado tanto en términos de proceso como de contenido. Por ejemplo, la formulación de un plan requiere, al igual que la política, la consulta con las partes involucradas más significativas, condición primordial para su exitosa implementación.

De acuerdo con el listado de la OMS, hay algunos aspectos críticos adicionales que es menester evaluar en el plan de salud mental, entre ellos:

- Coherencia del plan con los valores, principios y objetivos especificados en la política.
- Claridad y relevancia de las estrategias delineadas para las áreas de actuación determinadas en la política.
- Claridad y relevancia de las actividades especificadas para cada una de sus estrategias.
- Productos definidos específicos y medibles de cada actividad.
- Metas e indicadores definidos para medir los logros de las estrategias.
- Monitoreo y evaluación de la implementación del plan.

El monitoreo del plan es fundamental para el proceso de evaluación, con el fin de asegurar que está siendo implementado tal como fue previsto. Se requiere un estrecho seguimiento para saber sí las actividades señaladas en el plan han sido completadas dentro de los plazos requeridos, sí los insumos y los productos de las actividades han sido entregados y si se han alcanzado las metas para estrategias.

Sí las metas no han sido cumplidas, es importante realizar una evaluación adicional sobre las razones que expliquen este hecho. Por ejemplo, si la meta fu aumentar el número de personas tratadas en la comunidad a 50%, pero el monitoreo demuestra que el incremento solo fue de 10%, está indicado realizar una evaluación para comprender las razones por las cuales la meta no está siendo alcanzada. En este ejemplo específico, lo más probable es que se requiera una evaluación basada en datos cualitativos aportados por lo equipos de salud mental, los usuarios y las familias.

EVALUACIÓN DE LA EXTENSIÓN EN QUE LOS OBJETIVOS DE LA POLÍTICA HAN SIDO CUMPLIDOS.

Esta evaluación requiere más que un simple monitoreo y, con toda probabilidad una investigación adicional en mayor profundidad que demuestre si las metas y los objetivos del plan han sido alcanzados. Su expresión rigurosa en el plan y sus cuidadoso monitoreo facilitan enormemente la evaluación final.

RESUMEN

- Una política pública de salud mental constituye una herramienta útil para mejorar la calidad de vida, la convivencia social y el desarrollo humano.
- Un número reducido de problemas de salud mental llega a ser incluido en la agenda política. Esta inclusión se favorece si los problemas alcanzan proporciones de crisis, tiene un componente altamente emotivo, tiene relación con cuestiones de poder o afectan a un elevado número de personas.
- La salud mental comunitaria aún no es prioritaria en la mayoría de los países, sin embargo, las frecuentes transformaciones del sistema político pueden generar en algunos momentos condiciones favorables para el desarrollo de políticas públicas en este campo.
- Se han identificado barreras para el desarrollo de servicios comunitarios y para la transformación de los hospitales psiquiátricos en este tipo de servicios; la evidencia disponible y el consenso de expertos, abre la posibilidad de desarrollo de políticas dirigidas a alcanzar los cambios correspondientes.

- La influencia en el sistema político a favor de la salud mental comunitaria puede iniciarse en diversos entornos.
- En muchas circunstancias, la única alternativa para el aspecto de salud mental sean considerados en la agenda política es que el tema se asocie a otros de mayor prioridad para la sociedad.
- Para que la formulación de una política de salud mental sea exitosa, los conductores del proceso deben promover desde su inicio un proceso participativo con las bases sociales.
- En la formulación de políticas en salud mental comunitaria, la participación social tiene una significación singular, tanto como medio para su desarrollo como un fin para la promoción de salud mental.
- El proceso de toma de "decisiones fundamentales" sobre políticas de salud mental podría facilitarse con la utilización del esquema propuesto en el módulo sobre este tema.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de evaluar sí las políticas y planes de salud mental que se ponen en práctica tienen los efectos que se pretenden.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, OMS, 2006. Guía basada en la evidencia para el desarrollo y puesta en práctica de políticas, planes y programas de salud mental. Las experiencias de varios países son utilizadas como ejemplos prácticos para la preparación de políticas de salud mental y su puesta en práctica mediante planes y programas.
Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf

*Monitoring and evaluation of mental health policies and plans***.** WHO mental health policy and service guidance package - module 14. World Health Organization. Geneva, 2007. Guía que examina los aspectos clave de monitoreo y evaluación de la política de salud mental y el plan. Ppresenta un proceso de cinco pasos para llevar a cabo evaluaciones y explica cómo los resultados de una evaluación se pueden utilizar para mejorar las políticas y planes. Disponible en inglés en:
http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/index.html

BIBLIOGRAFÍA

(1) Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental. Ginebra: OMS. 2006. Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf.
(2) Organización Mundial de la Salud (2006). Op. cit.
(3) Leff J , editor. Care in the Community: Illusion or Reality ?. West Sussex, England: Wiley, 1997.
(4) World Health Organization . Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service. Guidance Package.Ginebra: OMS; 2003.
(5) Caldas de Almeida JM y Torres F, editores. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington: OPS; 2005.
(6) Leff J y Warner R. Social Inclussion of People with Mental Ilness. Cambridge.United Kindom: Cambridge University Press; 2006.
(7) Madariaga C. Psiquiatría Comunitaria. Apuntes para una conceptualización. Rev GPU (Chile) 2005:1-3: 307-312.
(8) Desviat M y Fernández Liria A. Salud Mental Comunitaria como estrategia o como utopía. Rev. Psiquiatría Pública 2000;12 (1):7-8.
(9) World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Geneva: WHO, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
(10) Alcántara M. Gobernabilidad, crisis y cambios. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
(11) Alcántara M. Op. Cit.
(12) Pallares F. Las políticas públicas: el sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos.Nueva época (Madrid) 1998; 62: 141-62.

(13) Pallares F. Op. Cit.
(14) Pallares F. Op. Cit.
(15) Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet (2007) 370: 859-77
(16) López M, Laviana M y García-Cubillana P .Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Perez F (Coord.). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN; 2006. pp 239-273.
(17) Saraceno B, Van Omeren M, Batniji el al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet (2007) 370:1164-74.
(18. World Health Organization. Advocacy for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package . Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf
(19) Funk M, Minoletti A, Drew N. Taylor J and Saraceno B. Advocay for mental health: roles for consumer and family organizations and governments. Health Promotion Int. (2006) 21 (1): 70-75. Disponible en : http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/1/70.full
(20) Lancet global mental health group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet (2007) 370: 1241-52.
(21) González de Chávez M (Ed). .La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: AEN; 1980.
(22) Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2012 Ene 16] ; 85(5): 427-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es.
(23) Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en la comunidad. Segunda edición. Washington DC: OPS; 2009.
(24) Organización Panamericana de la Salud. Restructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington DC: OPS; 1991.
(25) Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. Journal of Public Health Policy (1994); Spring: 71-85.
(26) Minoletti A . Cumplir con la Declaración de Caracas…asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental. En: Organización Panamericana de la Salud . La Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: OPS; 2007. pp 121-40. Disponible en : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20sald%20mental.pdf
(27) Prince M, Patel V, Saxena S, et al. (2007). Op. Cit.
(28) Lehtinen V,Ozamiz a, Underwood L y Weiss M. Chapter 4. The intrinsic value of mental health. In World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2005. Disponible en : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
(29) Herrman H, Saxena S, Moodie R y Walker I. Chapter 1. Promoting mental health as a public health priority. In World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, WHO, 2005.
(30) Whiteford H, Cullen M y Baingana F. Chapter 6. Social capital and mental health. In World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2005.
(31) Wolff G. Attitudes of the media and the public. In Leff J ed. Care in the community: illusion or reality?. West Sussex, England: Wiley;1997.
(32) Miller G. Mental health and the mass media: room for improvement. In The lancet, global mental health. London. The Lancet 370, 2007: 11,12.
(33) World Health Organization. Assesment instrument for mental health systems (WHO-AIMS). Geneva: WHO; 2008.
(34) World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO; 2007. Disponible en : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547154_eng.pdf
(35) Patel, V, Araya R, Chatterjee S el al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet, 2007; 370:991-1005.
(36) Freeman M. Using all opportunities for improving mental health –examples from South Africa. Bulletin of the World Health Organization, (2000) 78(4): 508-10. Disponible en : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560725/pdf/10885175.pdf
(37) Celedón C y Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. Rev. Panam. Salud P{ublica, (2000) 8(21/2): 99-104. Disponible en : http://bvs.insp.mx/articulos/6/20/020601.pdf
(38) Vásquez ML, Siqueira E, Kruze y Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac. Sanitaria (2002) 16(1): 30-8. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/gs/v16n1/v16n1a03.pdf
(39) Pallares F. (1998). Op cit.

(40) Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental. Ginebra: OMS; 2006.
(41) World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO; 2007.

1.10. La gestión de la sanidad

José Ramón Repullo Labrador

1- GESTIONAR ES COORDINAR Y MOTIVAR: ¿MISIÓN IMPOSIBLE EN LA SANIDAD PÚBLICA?

La definición más sencilla de la polisémica "gestión" es coordinar (la producción) y motivar (a los que están involucrados en la misma). Es fácil de entender que nos referimos a actividades donde muchos individuos colaboran en un proceso de producción y donde existe un cierto nivel de interdependencia. ¿Cabría predicar la gestión para actividades más artesanales y de desempeño esencialmente individual? Quizás, pero en este caso se suele hablar más bien de ejercer o practicar una tarea, oficio o profesión. Podemos elaborar un bizcocho, pero si montamos una pastelería, tendremos que ponernos a gestionar.

Cuando son pocos los que colaboran en una actividad productiva, y su contribución y esfuerzo es observable, quizás un sistema cooperativo y de ajuste mutuo sea suficiente. Varios agricultores recogiendo fruta juntos son capaces de coordinarse y motivarse de forma inmediata y concurrente. Según aumenta el número de participantes y/o se va perdiendo visibilidad mutua, las conductas de reducción del tiempo o energía dedicada al trabajo común empiezan a ser tentadoras: tienen bajos costes (es difícil pillar al "vago") y altos rendimientos (sale más a cuenta cuando hay más individuos laboriosos por cada oportunista). Y si el trabajo se va especializando (división de tareas) se reduce el conocimiento mutuo de la contribución de cada uno con lo que se extreman las posibilidades de "escaquearse" sin ser descubiertos.

Esta tendencia es tan contagiosa, que a partir de un momento decae la producción, y el grupo debe replantearse su cooperación: pagar entre todos a alguien que asuma la organización de las tareas y la vigilancia del desempeño es una opción que puede ser muy rentable, ya que restaura la confianza mutua y repone los niveles de productividad; esta sería una posible génesis de la función gestora, en su forma más primitiva de la "supervisión".

La revolución industrial (paso de la producción artesanal y doméstica medieval)[1] supone un salto cualitativo en el número de trabajadores y en los mecanismos de coordinación y motivación. En su primera etapa (máquina herramienta y utilización más eficiente de energías fósiles y naturales) la ingeniería es capaz de estandarizar los procesos y a través de las cadenas de montaje para producir miles de bienes homogéneos a precios mucho más bajos que los de la producción artesanal.

Este salto en la productividad exigía que el trabajador se adaptara a la máquina (al estilo de Charlot en *Tiempos Modernos*); además de ser la protagonista, la máquina era el componente más caro y escaso, y su propiedad era del empresario y/o del socio capitalista; a diferencia del modelo artesanal, el trabajador quedaba alienado de sus medios de producción; el conocimiento estaba incorporado a la máquina y al proceso, y por ello el trabajador podía adaptarse rápidamente al puesto, al no exigirse destrezas especiales (mano de obra no especializada); y, por último, pasaba a ser contratado por su salario que sólo pretendía mantener su subsistencia personal y familiar (la "prole" era el único seguro para su vejez y el infortunio, de ahí el término "proletario"). Por lo tanto, la coordinación era de inventores e ingenieros (diseñaban máquinas y procesos) y supervisores (capataces que vigilaban el

desempeño); la motivación del trabajador era inexistente u hostil: no es de extrañar que los que más se esforzaban fueran considerados malos compañeros (alteraban los tiempos de cálculo de tareas y primas por destajos), o que las innovaciones en la producción que ahorraban puestos de trabajo fueran tomadas como amenazas.

La contribución de Taylor en cambiar este modelo fue muy meritoria. Frederick Winslow Taylor (1856-1915) desarrolla entre 1890 y 1930 un movimiento llamado "Gestión Científica" que planteaba determinar objetiva y empíricamente los mejores métodos para desarrollar cada tarea y para seleccionar, entrenar y motivar a los trabajadores[2]. En esencia se trataba de coordinar racionalmente la producción y compartir los beneficios de las mejoras con los trabajadores (bonos, primas, etc.) para que éstos tuvieran interés en promover y desarrollar cambios.

La siguiente revolución del mundo de la gestión empresarial se sitúa en los años 1940, y parte de los experimentos de psicología industrial desarrollados por Elton Mayo (1880-1949) en la factoría de Hawthorne de la empresa Western Electric (auténtico laboratorio de psicología industrial desde 1924 hasta 1932). Se buscaba ver el mejor grado de iluminación de las naves de la fábrica, y se encontró que la productividad variaba en los trabajadores cuando sabían que eran parte de un experimento. La escuela del factor humano, continuada por Maslow y otros, pone al trabajador y su motivación como verdadero reto de la mejora en el rendimiento industrial (ahora se trataba de adaptar la máquina al hombre).

Tras la Segunda Guerra Mundial, se busca un marco teórico integrador de las teorías de la gestión. Un autor clásico como Harold Koontz[3], intenta trazar la ruta hacia una teoría general, planteándose la universalidad y "transferibilidad" del conocimiento o experiencias gestoras, como substrato de una disciplina científica. Pero la naturaleza contextual de la gestión plantea problemas para construir un saber unificado (el sector productivo, la tradición del país, el entorno público o privado, la regulación y cultura institucional…).

Lo que ocurre es que en vez de una convergencia hay un florecimiento de escuelas de pensamiento. Algunos como Ansoff y su grupo de Harvard buscan métodos sofisticados de planificación que capturen los cambios del entorno (oportunidades o amenazas) y los relacionen con fortalezas y debilidades de la propia organización; otros exploran las empresas de éxito para buscar los determinantes del mismo[4]; hay estudios empíricos sobre el trabajo de los directores ejecutivos[5]; o se profundiza en las teorías y modelos de motivación del comportamiento, como la conocida pirámide de Maslow, o los trabajos de Herberg y McGregor.

Los siguientes desafíos para la gestión, se producen en el último tercio del Siglo XX; la producción de bienes industriales se concentra en pocas empresas y se globaliza; además, otros bienes que clásicamente no eran industriales (sino de producción y distribución local) se van incorporando a modelos centralizados y tecnificados: por ejemplo, la industria alimentaria. Y, en la misma línea, los servicios empiezan a mimetizar a los bienes en esta evolución para-industrial.

Bienes y servicios son muy diferentes: un bolígrafo es físicamente tangible y almacenable (entre su producción- y venta-consumo); un corte de pelo es intangible (aunque podamos tocar al peluquero y a su material), y no almacenable (ya que producción y consumo están acoplados y el peluquero no puede producir hoy los cortes de pelo de los clientes que vendrán mañana). Hay otra gran diferencia: las cualidades y calidad del bien físico son observables (por su tangibilidad) e independientes del lugar y condiciones donde fue elaborado; pero los servicios implican interacción, y buena parte de lo cualitativo se realiza en el momento de su producción y en función de la actitud del empleado que presta el servicio. Para que finalmente compremos un par de zapatos,

importa la calidad industrial, pero la amabilidad y persuasión del dependiente pueden ser decisivos. Los servicios son menos estandarizables, y en ellos la motivación del trabajador juega un papel central.

¿Necesitan otra teoría de gestión los servicios? Por el gran prestigio del mundo industrial, lo que se pretendió a finales del Siglo XX fue mimetizar en lo posible la estandarización industrial: cadenas hoteleras y de restauración, franquicias en comercios de todo tipo, protocolización de todo tipo de procesos… La variabilidad pasa a ser inaceptable; una hamburguesa de una determinada cadena debe asegurar a sus fieles clientes que tiene igual sabor en cualquier lugar del mundo: calidad como estabilización y predictibilidad (pensemos en el contraste con la alta cocina, donde calidad es singularidad y variación positiva sobre lo esperado).

Si nos percatamos en nuestro ámbito, el cambio de la secular medicina liberal a los sistemas sanitarios nucleados por el hospital general, la organización de industrial de las especialidades médicas, la estandarización de protocolos y guías, y la entronización del mando gerencial siguiendo un estilo productivista Tayloriano, nos muestra en qué medida hemos seguido el paradigma de organización dominante. Y eso es particularmente sorprendente, en la medida en la que buena parte de la actividad médica (salvo la cirugía electiva o programada y las alteraciones funcionales delimitadas en un órgano o sistema) es esencialmente compleja, que el producto lo define cada cliente en la propia relación de servicio (no hay diabetes sino diabéticos), y que buena parte de los trastornos son crónicos y exigen la interacción múltiple y continuada de niveles asistenciales, servicios de especialidad y dispositivos sociales; como plantea Morton y Cornwell, el hospital es diferente de una industria por su variabilidad inevitable y la ambigüedad de tareas, por la imposibilidad de automatización del juicio y la decisión clínica (por eso existen los profesionales), y por el ajuste en cada caso a las circunstancias y preferencias del paciente[6].

Pero progresivamente va naciendo una nueva corriente en el mundo de la gestión. Las teorías de la complejidad y el caos han abierto los ojos a una comprensión mayor de procesos productivos de tipo "profesional", donde la efectividad y calidad de un producto-servicio no son el resultado de un diseño científico o tecnológico, sino de una adecuada capacitación, participación, protagonismo y motivación de los que prestan el servicio; en otros términos: la máquina deja de ser el activo esencial, y pasa a serlo el conocimiento, custodiado por los individuos que forman la organización, y articulado en la interacción a través de la cultura organizativa.

Algunos emergentes de este cambio serían: los círculos de calidad en el mundo empresarial, los modelos más horizontales de organización, el enriquecimiento y ampliación de tareas en el puesto de trabajo, los estilos directivos más participativos, la delegación de poder y autoridad a unidades menores, la formación y gestión del conocimiento como función central de la empresa, la innovación como función creativa basada en la experiencia de empleados y clientes…

En nuestro ámbito, el movimiento de Gestión Clínica, inicialmente se sesgó de componentes de estandarización industrial: aversión a cualquier variabilidad y fantasía de convertir la "MBE" (Medicina Basada en la Evidencia) en "MLC" (Medicina de Libro de Cocina). Afortunadamente, el pensamiento de gobierno clínico ha ido progresivamente incorporando nuevos elementos del mundo de la calidad, la bioética, el profesionalismo, la evaluación de las tecnologías, la gestión del conocimiento, el uso compartido de las TICs (tecnologías de información y comunicación) y la seguridad del paciente, para componer un esquema más abierto y participativo, centrado en reorganizar los microsistemas clínicos de forma orientada al pacientes y abierta a la cooperación con otros dispositivos sanitarios y sociales.

Gestionar es coordinar y motivar, también en organizaciones profesionales, de conocimiento y de servicio, como es el caso de la sanidad. Se puede, aunque es más complejo y precisa de instrumentos diferentes de la clásica gestión de empresas industriales de producción de bienes.

2- LA GESTIÓN EN ENTORNOS PÚBLICOS: FINANCIACIÓN-ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS. RAZONES PARA EL INTERVENCIONISMO ESTATAL.

A pesar de las posturas liberales que predican la reducción del tamaño del sector público, estamos acostumbrados a que el Estado sea responsable de la financiación, organización y prestación de una serie amplia de servicios a los ciudadanos. Pero esto es algo muy reciente en la historia humana. El papel de los gobiernos ha sido mucho más limitado: seguridad interna y exterior, administración de justicia, infraestructuras colectivas, regulación… Especialmente tras la Segunda Guerra Mundial el Estado se hace más intervencionista, y asume una mayor responsabilidad del bienestar de los ciudadanos y en el fomento del progreso económico, cultural, social y científico.

La mayor o menor intervención pública en la vida social, o el modo de intervención tienen que ver con preferencias ideológicas y tradiciones históricas. Desde el punto de vista de la economía política, se acepta que la intervención del Estado debe producirse cuando existen "fallos de mercado"; es decir, cuando el juego de competición de agentes económicos en el mercado, no puede aportar eficiencia social o equidad. Esto ocurre cuando el consumidor no tiene la información o el poder para guiar las decisiones, cuando hay monopolio de un proveedor, o cuando la relación entre empresas y clientes afecta a terceros (las llamadas "externalidades" como la contaminación). Estos fallos de mercado son muy marcados en los "bienes públicos" (por ejemplo la protección de la salud y el control de epidemias) y relevantes en los "bienes tutelares o de mérito" (como la asistencia sanitaria a los enfermos)[7]. Ambos son bienes o servicios socialmente muy apreciados; la diferencia es que en los primeros no hay rivalidad en el consumo, ni capacidad de excluir al que no contribuye en su financiación (fumigación de mosquitos para controlar el paludismo), mientras que en los segundos sí que existe (intervención quirúrgica); el Estado suele actuar de proveedor de bienes públicos (defensa, justicia, policía, salubridad, etc.), pero en bienes tutelares puede contratar la provisión, centrando su papel en la financiación y el aseguramiento.

Los sistemas públicos de salud no tienen en sentido estricto, más de 70 años de historia. Son el resultado de un cambio en el paradigma clásico: los poderes públicos pasaron de preocuparse tan sólo de los problemas de salud colectiva (epidemias, riesgos ambientales, infraestructuras de saneamiento), a incluir dentro de su ámbito de responsabilidad a los problemas de salud de los individuos.

En la sanidad, los modelos integrados (países nórdicos y del sur de Europa, también llamados "modelo Beveridge"), han optado por organizar y producir servicios sanitarios, y tienen redes sanitarias públicas. Sin embargo, incluso éstos servicios utilizan o contratan servicios sanitarios privados; y los sistemas de la Europa continental (los llamados "modelo Bismarck"), utilizan una gran diversidad de proveedores privados y públicos de servicios sanitarios, teniendo toda la prestación extra-hospitalaria privada, a través de sistemas de reembolso a los médicos o de pago por acto.

Podría decirse que hay un amplio consenso sobre la eficiencia social de los sistemas de aseguramiento colectivo de la gran mayoría de la población, organizados por el Estado o bajo su tutela (Seguros Sociales Sanitarios obligatorios). El contraste de Canadá y Europa Occidental con Estados Unidos es un experimento natural muy clarificador, que los recientes debates de la "reforma Obama" se han encargado de di-

fundir. Sin embargo, no hay similar consenso sobre si la provisión debe ser pública o privada (sin o con ánimo de lucro).

En la historia del sistema sanitario español, el subsector de la Seguridad Social desarrolló una red propia de centros sanitarios y un modelo cuasi-funcionarial (estatutario) de vinculación de sus empleados (incluidos médicos y enfermeras); al extenderse la acción protectora de la Seguridad Social, vía INSALUD, integrando de hecho en su red al conjunto de establecimientos públicos, este modelo se consolidó como el patrón de referencia; las transferencias sanitarias a las Comunidades Autonomas (CCAA) no supusieron una alteración fundamental de esta senda histórica (salvo Navarra con la funcionarización de su personal, y Cataluña con su reforzamiento y fomento de la red vinculada de centros públicos y privados para la utilización pública).

Por este dominio del modelo de la red pública integrada basada en empleados públicos, el referente en gestión ha sido el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS -*National Health Service*-), y en menor medida el hospital de los países nórdicos (Suecia y Noruega). Y los debates de reforma de estos países han tenido una gran repercusión e influencia.

Según se expande el conocimiento, la tecnología, los costes y la complejidad de la organización sanitaria, se evidencian problemas de funcionamiento: en la sanidad privada se produce la tendencia al uso excesivo e inapropiado (pago por acto, procedimiento o intervención) y a la fragmentación asistencial (evidente en pacientes pluripatológicos o en enfermedades que exigen alta interacción clínica como las oncológicas): en los centros sanitarios públicos los problemas son diferentes, y tienen que ver con los llamados "fallos del Estado", que comentaremos brevemente por ser parte esencial del debate de gestión en nuestro país.

Podría hablarse de al menos cinco grandes tipos de fallos del Estado, tomando como referencia a Lipsey[8]:

1. *Rigidez de la respuesta pública*: las regulaciones y servicios públicos presentan inercias y son difíciles de modificar; y esto interfiere en sectores donde los cambios económicos, sociales y tecnológicos son muy acusados. Siempre es fácil crecer y hacer más cosas nuevas, pero cualquier disminución se gestiona de forma muy conflictiva, por ineficiente que se haya convertido un establecimiento o servicio (como ocurrió con los centros monográficos anti-tuberculosos españoles que sobrevivieron ampliamente al ocaso de esta epidemia).
2. *Elección de medios ineficientes*: los mecanismos de decisión pública no son tan estrictos como los de mercado a la hora de elegir los medios más económicos para obtener un fin (por el hecho de que los costes se reparten y diluyen en toda la sociedad). La exageración de esta tendencia lleva al *faraonismo político* (grandes obras que queden para la posteridad y recuerden para siempre al político que las encargó o inauguró).
3. *Segmentación administrativa basada en la especialización funcional*: la manera en la cual se estructuran las burocracias (en el sentido *weberiano* de organización funcionalmente especializada) lleva a adquirir muchas competencias en áreas muy segmentadas, perdiendo la perspectiva de conjunto, y añadiendo rigidez ante cambios en los modelos de desarrollo social. La hiper-especialización clínica que domina en la actualidad es claramente reflejo de esta tendencia (por la mañana en el práctica pública es así, mientras que por la tarde en la privada muchos hiper-especialistas retornan a un enfoque más amplio de la especialidad, donde quepan más clientes).
4. *Interferencia política:* proveniente de las particularidades de los mecanismos democráticos de elección de representantes y gobiernos, que se concreta tanto en decisiones guiadas para maximizar el voto (y no el bienestar general), como en

actividades de influencia (lobby) de grupos afectados por decisiones que utilizan su poder económico o mediático para cambiar decisiones desde el interés general hacia el interés particular. Pasada una tenue barrera hablaríamos de corrupción política (que suele iniciarse ayudando a los partidos, para abarcar luego a los propios políticos).

5. *Interferencia burocrática*: los funcionarios y altos cargos de la administración pública introducen sus propias utilidades (carreras, sueldos, honores, competencias, presupuestos, plantillas...) y sus propias visiones (prejuicios, cultura...) en los procesos de decisión, aprovechando la posición que permite influir tempranamente en la concepción técnica de los problemas y los proyectos. Pueden incluirse también las burocracias profesionales (magistrados, médicos, arquitectos...), las cuales reinterpretan en su beneficio los aspectos técnicos para mejorar sus rentas o posición. Aquí también hay un gradiente hacia la corrupción administrativa, por la cual los favores administrativos o técnicos pueden suponer una fuente de ingresos y ventajas muy importantes (es el caso de los conocidos "pagos bajo cuerda" en la sanidad de los países de centro y este de Europa).

Estos elementos, en mayor o menor medida, se dan en los centros públicos de los sistemas de salud. Buena parte del debate de gestión y de buen gobierno, ha venido condicionado por las sucesivas reformas para modificar estos fallos; en el punto siguiente revisaremos brevemente los patrones de reforma que se refieren al ámbito de la gestión, y alguna anotación sobre el debate de provisión pública o privada.

3- LOS PROBLEMAS DE COORDINACIÓN Y MOTIVACIÓN EN EL ENTORNO PÚBLICO Y EL SECTOR SANITARIO.

Desde mediada la década de los 70, con la crisis económica ("del petróleo") se objetivan con creciente claridad los desajustes entre las estructuras sanitarias que se han desarrollado en las décadas anteriores y las nuevas necesidades, expectativas y demandas.

Los patrones de reforma se fueron introduciendo con cierta secuenciación: en los años 70 y primeros 80 *la contención de costes* fue una respuesta pragmática para limitar el crecimiento del gasto sanitario**;** *el racionalismo planificador* fue una respuesta técnica que pretendía establecer mecanismos de decisión y priorización basados en estudios amplios de necesidades, así como construir redes basadas en la atención primaria (en esta época también se generalizan las experiencias de las reformas psiquiátricas); en los años 80 *la gerencialización* pretendía incorporar métodos y técnicas empresariales en la gestión de centros sanitarios (especialmente, los hospitales); *los elementos de mercado* añaden a lo anterior la necesidad de crear un entorno competitivo donde puedan efectivamente transferirse riesgos (e incentivos) desde el asegurador a los proveedores; la necesidad de buscar una mayor efectividad en las intervenciones sanitarias, lleva a plantearse en torno a la idea de la *gestión clínica* una nueva alianza con los profesionales para la mejora de la gestión y las decisiones clínicas, y finalmente la *integración asistencial* se configura como el patrón emergente más importantes para enfrentar la cronicidad y la inter-dependencia de red. Como se ve, el foco va cambiando de la "marco-gestión" (sistemas) a la "meso-gestión (gerencia de centros) y, finalmente, a la "micro-gestión" (los llamados micro-sistemas clínicos donde se produce la interacción de profesionales y pacientes).

También estos patrones de cambio y reforma, pueden ser analizados como respuesta a los fallos del Estado antes mencionados:

- La rigidez en la estructura, organización y funcionamiento de las instituciones públicas está llevando a concebir *nuevas formas de gestión*, decisión y gobierno, que

siendo públicas en su patrimonio, dependencia y control, incorporan mecanismos de derecho privado en su funcionamiento y contratación. En algún caso (Servicio Vasco de Salud – Osakidetza-) es el conjunto de la red el que ha asumido capacidades amplias de gestión; en otros casos han sido los nuevos centros, fundamentalmente hospitales (fundaciones, empresas públicas o consorcios), lo que ha ido creando una dicotomía en la organización de las redes autonómicas, de compleja articulación[9].

- La búsqueda de medios eficientes está llevando a la *gestión contractual (contratos programa o contratos de gestión entre financiador y proveedor público)* para transferir riesgos y beneficios en función del cumplimiento de objetivos y del nivel de desempeño; se trata de que haya algo que ganar y algo que perder en función del grado de compromiso y de obtención de resultados por parte de hospitales y otros centros y servicios. Es difícil en la lógica igualitarista del empleo público el plantear la necesidad de discriminación e incentivos, pero el escenario actual tiende precisamente a incentivar negativamente a aquellos que más se responsabilizan y se esfuerzan.
- La excesiva segmentación funcional está en el centro de la preocupación de la moderna medicina: la hiper-especialización de los médicos, la cronicidad de las afecciones de los pacientes, y la pluripatología (múltiples patologías en el mismo paciente expresadas como comorbilidad de difícil manejo), hace cada vez más difícil la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales (hospital y atención primaria), y obliga a buscar nuevos mecanismos de trabajo por procesos (enfermedades y casos), *de integración clínica e institucional*, y de búsqueda de nuevos modelos e incentivos para el trabajo orientado al paciente y para la adaptabilidad de la estructura organizativa.
- La interferencia política, condiciona decisiones "clientelares" y tiende a convertir todos los puestos directivos de gestión de las instituciones en puestos de confianza políticos, lo cual lleva a una inestabilidad y un estilo acomodaticio que estanca la contribución de la función directiva a la mejora de la gestión de los servicios; por eso, se plantea la necesidad de una *modernización en la función de gobierno*, basada en esquemas de mayor transparencia, poder repartido y rendición de cuentas. La participación comunitaria en unos órganos colegiados de gobierno puede paradójicamente apoyar la necesaria profesionalización y estabilización de la función gerencial y directiva pública, ya que haría más visibles y trasparentes las decisiones fundamentales (entre ellas nombramientos y ceses directivos), y facilitaría el colocar la continuidad directiva en términos menos caprichosos o ideológicos, y más próximos a la evaluación objetiva de desempeños[a]
- Y las interferencia burocráticas (y en particular las burocracias profesionales, como la llamada "clase médica"), se concretan en una tendencia excesiva al gremialismo, a la defensa mutua frente a amenazas externas (incluidos los pacientes) y a la inercia y reacción ante cualquier cambio que pueda suponer una alteración o cuestionamiento del status quo. No obstante, desde fuera y desde dentro de las profesiones sanitarias se está impulsando un nuevo movimiento de *profesionalismo*, basado en revitalizar el compromiso con los pacientes y con la sostenibilidad del sistema público de salud[b].

---

[a] Ver http://www.cgcom.org/noticias/2005/03/05_03_16_lain_entralgo el interesante decálogo del 2005 de los colegios de médicos y las sociedades de gestión y salud púbica promoviendo el buen gobierno y la profesionalización de la función directiva. Iniciativas en similar línea se han llevado en el Consejo de Europa, y en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

[b] En Julio de 2011 el nuevo Código de Deontología Médica muestra una clara evolución positiva del concepto moderno de profesionalismo: http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Las reformas en el gobierno y gestión pública condicionarán la agenda privatizadora de manera paradójica. En efecto, si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado.[10] Sólo un servicio público emprendedor puede evitar a medio plazo la privatización de la provisión.

De aquí que en la agenda política y social cada vez tenga más sentido replantear el contrato social que los distintos agentes (políticos, sindicales, gremiales, profesionales y sociales) formalizan para el funcionamiento del sector público de la economía.[11] En este contexto la nueva gestión del servicio público debería ser el centro de un nuevo consenso, donde se deberían aceptar un conjunto de valores y principios renovados tales como: eficiencia, calidad, profesionalismo, transparencia, ética de servicio público, empresarialismo público, descentralización responsable, y transferencia de riesgos, evaluación de resultados y discriminación en función de desempeños.

4- CONCLUSIONES; GOBIERNO Y GESTIÓN DE LA SANIDAD; ¿Y LA SALUD MENTAL COMO ENCAJA?

Los debates sobre organización y gestión de la sanidad seguirán siendo vivos y controvertidos; hay preferencias ideológicas, enormes intereses en juego, la evidencia es débil, y los expertos suelen tener divergencias muy amplias. Pero algunos conceptos pueden extraerse con razonable validez y aplicabilidad general:

1- Entre la jerarquía burocrática y la competición de mercado existen otros esquemas de gestión pública, que aportan un fuerte componente integrado, que estimulen el "profesionalismo" de médicos y demás trabajadores sanitarios, que permiten un alto grado de autonomía y descentralización de las unidades clínicas, y que consiguen a través de la gestión contractual y la rendición de cuentas, que ésta autonomía sea responsable y esté alineada con los intereses de la sociedad.

2- Si revisamos los mecanismos de vinculación de centros sanitarios, y de profesionales (particularmente médicos) en países europeos con sistemas integrados, veremos que hay una amplia variedad de fórmulas de empresarialismo público y profesional, que no están reñidas con la naturaleza pública del servicio y que facilitan el funcionamiento cotidiano, aumentan los grados de libertad del nivel operativo y mejoran la capacidad de resolver problemas localmente. (ver libro de Repullo y Freire recomendado al final).

3- Para descentralizar la gestión, es necesario reducir drásticamente la interferencia política partidaria en el funcionamiento de los centros y servicios sanitarios; la reconstrucción de órganos colegiados de gobierno, de códigos y normas de conducta, de trasparencia, de profesionalización de los gestores, y de otras normas planteadas por los nuevos esquemas de "Buen Gobierno" son claves para que la mayor autonomía local esté alineada con el interés general. [12]

4- Pero, también, para que la gestión clínica funcione, se necesita de un liderazgo profesional claro; si no están alineados los intereses de los médicos y otros profesionales, con los de pacientes y sistema sanitario, la mayor autonomía organizativa local (no nos referimos a la autonomía clínica de la que ya disfrutan en grado muy alto), el modelo no funcionará. Sin profesionalismo, sin compromiso ético, y sin reducir ampliamente las presiones y conflictos de interés que hoy se ejercen sobre los médicos, la gestión clínica no podrá pasar de un nuevo esquema de departamentalización asistencial. El sistema y la propia profesión deben conseguir que esté facilitado el comportamiento virtuoso y comprometido con el interés general (o al menos que no esté tan dificultado por incentivos de agentes externos).

5- La gestión contractual es el elemento clave para dar conectividad al sistema, asegurar la comparación inteligente de los desempeños, y promover la rendición de cuentas ante la sociedad; la tendencia en Europa occidental ha sido generalizar modelos de contratos programa o contratos de gestión con los centros sanitarios (a veces con penalizaciones y bonificaciones por resultados nada despreciables), y extenderlos al ámbito de la micro-gestión a través de modelos diversos de acuerdos de gestión clínica.
6- Los cambios en la gestión tienen un enorme reto: un sistema pensado para episodios de hospitalización agudos y bien acotados, estructurados por especialidades anatómicas o sistémicas, que ahora se ve desbordado y sobrepasado por la cronicidad, pluripatología y complejidad. Y que ante la expansión del saber y la tecnología, persevera en el mismo modelo a través de la hiper-especialización y la transmutación de profesional a "tecnologista"[13]. Las soluciones no son fáciles; el rediseño del hospital parece que señala como conveniente la organización racional del "terciarismo" y alta especialización, la cesión de un mayor papel a la atención primaria como directora de orquesta de los problemas de salud (y en particular los pacientes crónicos , pluripatológicos y frágiles), y fomentar su función de enlace socio-sanitario. Para ello parecería ser útil una organización de red local asistencial basada en la atención primaria (donde se podría usar modelos de asignación finaciera capitativa ajustada a necesidad y modulada en función de la evolución histórica), y otro ámbito de organización territorial sub-regional y de alta especialización para hacer compatible el binomio de atención integral y de especialización.

Por lo tanto, toca más y mejor planificación, no menos. Compatible con amplios márgenes de libertad de elección del paciente; y consustancial: se organiza la oferta para facilitar la elección de la demanda; como ocurre con la planificación de las redes viales: planificamos carreteras en función de necesidades y demandas agregadas; pero no decimos a las personas donde debe ir. Donde no hay planificación, sino sólo demanda y mercado, los centros de las grandes ciudades se llenan de recursos solapados e ineficientes, y amplias zonas se quedan con una accesibilidad inaceptable. La renuncia a planificar poblacionalmente la oferta de servicios sanitarios (como ha hecho la Comunidad de Madrid en 2011) no es enseña de pensamiento liberal, sino manifestación de ignorancia técnica.

En las claves anteriormente apuntadas de cambio, la Salud Mental tiene nuevos puntos de encaje, posiblemente más que en los patrones anteriores, donde el gerencialismo y la competición tendían a reforzar los procesos agudos y bien acotados (los más parecidos a bienes o servicios contratables y con precio estimado). Tres aspectos resultan particularmente prometedores: el giro a la cronicidad, el acercamiento de lo social y lo sanitario, y el necesario papel de liderazgo que se formula para la atención primaria.

Pero existe un problema para ajustar la gestión clínica a la salud mental; las especialidades médicas convencionales responden a través del agrupamiento y la departamentalización intrahospitalaria e inter-hospitalaria (fusiones y complejos sub-regionales); aquí los recursos para la salud mental se ubican en centros específicos ambulatorios, se extienden al nivel de atención primaria, se diversifican en dispositivos especializados como la atención al drogodependiente, y se expanden a una gran variedad de recursos de rehabilitación y reinserción social en la comunidad.

¿Demasiado poliédrico y ancho para encajar un modelo de "micro-gestión"? Este es el debate y el reto que tenemos encima de la mesa. En una reflexión para el Libro Blanco de la Sanidad de Madrid,[14] se formulaba una alternativa un tanto ecléctica: la

unidad de gestión clínica de salud mental, que sería un gran departamento horizontal que se aunque se nuclea en el servicio de psiquiatría del hospital general de agudos se extiende hasta integrar los dispositivos un área de salud, contando con todos los efectores ambulatorios, comunitarios y socio-sanitarios; sería un hibrido de meso-micro-gestión, al cual daría fuerza tanto el presupuesto integrado gestionado por la Unidad, como un órgano colegiado de gobierno presidido por la autoridad sanitaria del Área de Salud; la eficacia gerencial vendría dada por la aptitud de la figura directiva de gestión cínica, y las competencias para organizar el trabajo cotidiano que se otorgarían a dicho micro-sistema clínico y socio-sanitario.

RESUMEN

Gestionar es en esencia coordinar (la producción) y motivar (a los que trabajan). Por eso la función gestora es enormemente contextual: depende del entorno organizativo (público/privado, sin lucro / con lucro), y de tipo de actividad (bienes / servicios), y del tipo de servicios (aseguramiento / provisión de servicios sanitarios). La sanidad es un servicio profesional de alta y creciente complejidad e interdependencia, donde el activo fundamental es el conocimiento. En el sector sanitario domina la financiación y el aseguramiento público, debido a los importantes "fallos de mercado" (hay amplio consenso en el intervencionismo estatal), y es frecuente la provisión pública o sin ánimo de lucro (con mayor controversia); en la provisión pública se dan los llamados "fallos del Estado" siendo los problemas de coordinación y motivación muy importantes. Los procesos de cambio y reforma sucesivos desde los años 70 intentan dar respuesta a estos problemas; los patrones actuales, de gestión clínica e integración asistencial, suponen el reconocimiento de la naturaleza compleja y profesional de la actividad clínica, que exige una nueva generación de instrumentos de gobierno y gestión. La gestión en salud mental, donde la complejidad, interdependencia asistencial y multidimensionalidad socio-sanitaria es paradigmática, puede beneficiarse de algunos conceptos y desarrollos actuales de la gestión sanitaria. La crisis económica de 2008 supone riesgos de deterioro del servicio y plantea nuevos retos: reduce el margen de maniobra, pero legitima decisiones racionales y puede dar impuso a la reforma y la regeneración de los sistemas sociales.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2006 (ocho volúmenes). Esta colección de ocho volúmenes sobre administración sanitaria y gestión de servicios viene siendo usada como material de estudio de los cursos Master de la ENS y la UNED en administración sanitaria, dirección médica y gestión clínica; cubre ampliamente y de forma pedagógica los campos académicos de las enseñanzas de la gestión, y puede ser recomendado como texto de referencia, ampliación y consulta.

Ribera J, Gutiérrez JÁ, Rosenmöller M (Eds). Gestión en el Sector de la Salud. Madrid: Pearson-Prentice Hall; 2005 (volumen 1 y 2). Esta obra en dos volúmenes, es el otro tratado generalista de gestión aplicado a la salud, y tiene capítulos interesantes que cubren las áreas más habituales de las disciplinas de gestión; a diferencia del anterior no está diseñado como material de estudio, aunque muchos temas tienen un buen estilo pedagógico; en todo caso puede ser reseñado como texto de referencia y ampliación.

Repullo JR, Freire JM (eds). Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos; relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos

seleccionados. Toledo: Consejería de Salud y Bienestar Social – SESCAM (edición electrónica), 2009. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU_OPA_REPULLO_FREIRE.pdf (consultado septiembre 2011). Esta es un libro que revisa con cierta profundidad la organización sanitaria en cinco países europeos, y la analiza en relación a la situación española; permite conectar aspectos de "meso-gestión" y de "micro-gestión", y busca activamente explorar ideas de innovaciones organizativas en la gestión clínica.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Wren DA. The Evolution of Management Though [3ª ed]. New York: John Wiley and Sons; 1987.
(2) Stoner JAF, Freeman RE. Management [4ªed.]. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.
(3) Koontz H (ed.). Towards a Unified Theory of Mangement. New York: McGraw Hill Book CO; 1964.
(4) Peters J, Austin N. A Passion for Excellence: The Leadership Difference. New York: Random House; 1985.
(5) Mintzberg H. The Nature of Managerial Work. New York: Harper and Row; 1973.
(6) Morton A, Cornwell J. What's the difference between a hospital and a bottling factory? BMJ 2009; 428-430. doi:10.1136/bmj.b2727 Disponible en: http://www.bmj.com/cgi/content/extract/339/jul20_1/b2727
(7) Rubio S. Glosario de Planificación y Economía Sanitaria (Segunda Edición). Madrid: Díaz de Santos; 2000.
(8) Lipsey R, Harbury C. First Principles of Economics, Weidenfeld and Nicolson, London; 1990: 276-277.
(9) Repullo JR. Los servicios públicos de salud a debate. ¿Externalización o nueva gestión pública? Abaco – Revista de Cultura y Ciencias Sociales, 2009; 4 (62): 61-71. http://www.revista-abaco.com/revista/62/sumario.htm
(10) González-Páramo JL, Onrubia J. Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos. Papeles de Economía Española, 2003; 95: 2-23.
(11) Repullo JR, Oteo LA (editores), Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Ariel: Barcelona; 2005.
(12) Freire JM, Repullo JR. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. Ciênc.saúde coletiva. 2011, Jun; 16 (6): p.2733-2742. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600012&lng=en&nrm=iso
(13) Repullo JR. Triple crisis: medicina, médicos y sistema; ¿podemos renovar el contrato social para organizar la respuesta a la cronicidad? Médicos y Pacientes (revista on-line de la Organización Médica Colegial de España), 2010, 11 de enero. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/01/10_01_11_triple_crisis
(14) Freire JM, Repullo JR, Oteo LA, Oñorbe M (eds). Libro Blanco de la Sanidad de Madrid. Madrid: Fundación para el Estudio de los Problemas de las Ciudades; 2011. http://librosanidadmadrid.es/wp-content/uploads/LibroBlancoSanidadMadrid(completoA4-web).pdf

1.11. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva

Manuel Desviat, Ana Moreno

> La sociedad lo es en sentido estricto sólo donde el individuo actúa y tiene vigencia. Siempre que el individuo sea aplastado o malogrado se recaerá en un tipo de comunidad inferior; ya superada entre nosotros; será un verdadero regreso histórico.
>
> *María Zambrano*[1]

La reforma psiquiátrica, la propia psiquiatría, surge con una fuerte ligazón a la salud pública. Lo hemos visto en la construcción del modelo comunitario. De hecho la psiquiatría surge con la Ilustración, al tiempo que la preocupación por la salud pública que emerge como higiene de las poblaciones en la Francia revolucionaria. Philippe Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría, fue a su vez promotor de la higiene pública en Francia, ocupando la cátedra de Física Médica e Higiene. Con la revolución se rompió la vieja relación entre pobreza y enfermedad, en tanto que objeto de la caridad. Se puso en marcha el nuevo proyecto político de la burguesía: la salud como un asunto público, un asunto que incide en la riqueza nacional. Se cuestiona la idea individual de la higiene y de la salud, que se empieza a concebir dependiendo de las características de la colectividad. Los factores sociales y los estilos de vida, el tema de las costumbres en tanto que favorecedoras o perjudiciales para la salud al que se refiere Pinel en su Tratado. "La naturaleza se completa con las costumbres. Las costumbres, productos sociales, cambian la naturaleza y su acción puede ejecutarse por el sistema nervioso"[2]. El nuevo orden social debe encontrar un nuevo estatuto social para los locos: de una parte hay que curarlos: es preciso, por tanto, objetivar la enfermedad; de otra parte, como ciudadanos, reclaman de una nueva legalidad: no pueden ser encerrados, sin más en las mazmorras de la Bastilla o en las salas de los hospitales generales[a]. El tratamiento moral de Pinel tiene mucho que ver con la nueva ética revolucionaria, con la incorruptibilidad moral de los jacobinos.

Pero la relación de la psiquiatría con la salud pública se irá perdiendo a partir de mediados del siglo XIX, con el triunfo del positivismo, de la lesión en detrimento de las causas morales, como base para la creación de la nosología psiquiátrica que culmina con la 6ª edición del Tratado de Kraepelin[b]. En salud pública en el último tercio del siglo XIX hay un debilitamiento de la salud ambiental progresivo que culmina con la desaparición del componente social de la salud y la consolidación de la versión que tiene a la microbiología como dogma. Las crecientes desigualdades en salud se explican por la naturaleza de las enfermedades. La salud pública, en cuanto a práctica del Estado, se escinde en un funcionariado destinado a la higiene y policía sanitaria y unos profesionales destinados a la asistencia clínica. Aunque existan pioneros progresistas como Wirchow o Neumann que señalen que las causas de las epidemias son tanto sociales como físicas, solicitando medidas

---

[a] Sobre el gran encierro y los encerrados en los hospitales generales ver *Historia de la locura en la época clásica* de Foucault[3] y *Ciudadanos y locos de* Dörner[4]

[b] Sobre la construcción del discurso psiquiátrico en el siglo XIX puede consultarse una ponencia de la AEN[5], el libro de José María Alvarez *La invención de las enfermedades mentales*[6] y de Emil Kraepelin, entre los libros editados en español, *La introducción a la clínica psiquiátrica*[7]

sociales y la organización de una estructura sanitaria pública.

A principios del siglo XX surge la idea de higiene mental, promovida por un movimiento cuyo origen se vincula con un paciente, Clifford Beer, varias veces hospitalizado y autor de un libro *A Mind that Found Itself* (*La mente que se encontró a sí misma*) publicado en 1908 en Nueva York que conmovió a la opinión pública norteamericana[8]. Ese mismo año se creó la Sociedad de Higiene Mental en EEUU que se extendió en otras asociaciones nacionales, entre otras en España en 1927, siendo presidente Cajal y vicepresidente Lafora. Pero no es hasta 1946, cuando se crea la Mental Health Associaton en Londres, cuando surge la salud mental como disciplina. De hecho, como señala Bertolotte, aún no hay una definición clara y ampliamente aceptada de la salud mental como disciplina, dada la naturaleza polisémica del término y la imprecisión del concepto que igual puede referirse a las técnicas que fomentan o mantienen la salud mental o a una condición sometida a factores biológicos y sociales de la persona humana[8]. La importancia del término, que se mantiene durante mucho tiempo como sinónimo de higiene mental, es que da paso, como señalamos en el capítulo 1, a una visión de la atención psiquiátrica que trasciende a las disciplinas médica y psicológica, incorporando a la propia sociedad organizada. Por eso son los movimientos, como el iniciático de Clifford Beers, que incluyen a la comunidad no solo como usuaria, los que van a ser actores fundamentales en el modelo comunitario. Y que darán lugar a la "Nueva Salud Pública" donde se consideran nociones más positivas de salud y más comunitarias de asistencia, que confieren al individuo y a la comunidad capacidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud, y, por tanto, para mejorarla (capacidad de la comunidad para influir en la planificación y en la gestión de los asuntos y programas que afectan a su salud[9-12]).

La comunidad como sujeto

Si hablamos de salud mental comunitaria es preciso detenernos en qué es la comunidad, otro término tan ambiguo y polisémico como el de salud mental. Un interrogante que de inmediato nos relaciona con conceptos como identidad, sentido, lazo social, responsabilidad, compromiso, ciudadanía. Y en última instancia con la indefensión aprendida y la disidencia. Pero ¿por qué "comunidad"? ¿Por qué la necesidad de sociabilidad? Paco Pereña habla del desamparo en el que nace el hombre, ese hombre sin atributos que necesita del otro, del prójimo para hacerse como hombre, como ser humano[13]. De la familia, de la tribu, de la comunidad nos viene la certidumbre, la tranquilidad de sabernos aquel que hace esto o lo otro, que es hijo de alguien, que desempeña tal función, que tiene asignado un lugar, un nombre y una figura reconocible por los demás. Todo hombre vive en un tiempo, está en un lugar, espacio-tiempo que es su medio. No puede descoserse, escribe bellamente Hrabal, de su época[14]. De ahí la angustia de no sentirnos reconocidos, de perder los vínculos con los otros, por no desempeñar función alguna que acaece tantas veces en el malestar psíquico, en el trastorno mental. Pensemos en la perplejidad ante la falta de sentido, la angustia ante una identidad que no encuentra, que se desvanece, del paciente en brote psicótico. Ya Gerard Caplan, en el libro varias veces citado en capítulos precedentes, nos decía que los aportes básicos que nos daba la comunidad, afecto, trabajo, un lugar, un sitio, una identidad, permiten nuestro equilibrio psíquico[15].

Pero ¿qué se entiende por comunidad? Habitualmente hablamos de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad. Ya sea la comunidad de los amantes, una comunidad científica o un asentamiento humano. Ahora bien, no es hasta Ferdinand Tönnies, uno de los fundadores de la sociología alemana, que se

define qué es la comunidad, separando el concepto de sociedad del de comunidad en su libro *Sociedad y Comunidad* (1947)[16]. Para este sociólogo la sociedad es quien promueve el contrato social, quien organiza el orden y la seguridad en las relaciones sociales y económicas de los seres humanos, y entiende por comunidad, cuando entre las personas que forman el grupo hay valores, lazos de sangre, vecindario, esperanzas y necesidades comunes. Es decir: allí donde hay una identidad común.

> "Mientras en la comunidad permanecen unidos -escribe Tönnies- a pesar de todas las separaciones, en la sociedad permanecen separados a pesar de todas las uniones".

Una separación sociedad / comunidad, que para algunos llega a enfrentar comunidad y Estado, pues se considera que la comunidad es una demanda incompatible con el Estado, que solo se haría posible en situaciones excepcionales, en los cuales la represión del Estado está momentáneamente suspendida, como sucedió durante el Terror en la Revolución Francesa, cuando el Antiguo Régimen ya estaba derogado y el Nuevo aún no estaba vigente, o en los días de la revuelta del Mayo del 68 en Francia en que el Estado estaba ausente[17]. Situaciones que ponen de manifiesto el "malestar de lo social", expresando una demanda de vinculación, de solidaridad, de unión que la sociedad no puede, tal cómo está constituida, satisfacer.

Pero al hablar hoy de comunidad es necesario referirnos a las redes sociales que crean las recientes formas de comunicación, lazos que trascienden fronteras y que son capaces de crear culturas comunes y movilizaciones como las que se han vivido recientemente en la primavera árabe. Es hablar de foros sociales pero también de fundamentalismos. Es hablar de comunidades diversas. A veces artificialmente separadas.

Conflicto de identidades

Es hablar de identidades artificialmente separadas pues éstas nos pueden llevar a todos los ismos: desde la identificación de la nación como comunidad, base de los nacionalismos, al precio de erradicar la diferencia; a la comunidad como clase obrera organizada. El hecho es que la identidad común es una exigencia irrenunciable para que exista comunidad, pero también que existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad.

Una Identidad que institucionaliza su diferencia, que no tolera la diferencia, teme la mezcolanza, al extranjero, apartándose de la ciudadanía como derecho colectivo, donde es posible lo singular. En salud mental tenemos un claro ejemplo en la fragmentación de las asociaciones de familiares y usuarios de la salud mental, desde una unidad inicial al principio de la reforma psiquiátrica, ahora tenemos bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria…, identidades artificiales, creadas por la lógica del sistema, que compiten en sus demandas, dejándolas a merced de aquellos lobbies societarios que tengan mayor capacidad de influencia en el poder político. Algo que puede pervertir la planificación (véanse ejemplos recientes como la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos *borderline*, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o a las neurosis graves). Y que, por otra parte, sitúa a las personas con trastornos mentales en territorios definidos por fronteras infranqueables, diagnósticos, asociaciones, instituciones, pisos protegidos, cuando no todavía en manicomios, por mucho que eufemísticamente se disfracen sus nombres con cualquier otra denominación.

El hecho es que en salud mental estamos creando, cada vez más, poblaciones y tipificaciones específicas. Cada vez más somos especialistas, perdiendo una pers-

pectiva de lo global. Solo hay que echar un vistazo a los DSM, Manual norteamericano, convertido en Biblia de la psiquiatría actual, donde la fragmentación llega a su máximo extremo en lo que ya se conoce del DSM V, como viene denunciando un manifiesto suscrito ya por muchos profesionales de varios países (Stop DSM como criterio único de diagnosis clínica) [18]. Breviario propedéutico donde hay una universalización prescriptiva para todos y para todo, que nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de medicación[19].

> el "síndrome del riesgo de psicosis", el "trastorno mixto de ansiedad depresiva", "el trastorno cognitivo menor", "trastorno disfuncional del carácter con disforia", "trastorno de hipersexualidad"…"

Todos enfermos, todos trastornados, cualquier manifestación de malestar será medicalizada de por vida. Se da el salto de la prevención a la predicción. Umbrales diagnósticos más bajos para desordenes existentes y nuevos diagnósticos. La hegemonía del modelo llamado biológico, sobrepasa los límites de la medicina y coloniza el sufrimiento, y la falla social, lo define, lo clasifica en categorías diagnósticas y suministra respuestas. Es muy probable, como bien dice Benedetto Saraceno, que cuanto más disfrutemos de los derechos de ciudadanía, menos necesitemos de reconocernos en una identidad única porque nuestra subjetividad estará suficientemente reconocida[20].

De la comunidad a la multitud.
La ciudadanía responsable.

Es en una ciudadanía responsable desde donde podemos hacer frente a esta fragmentación de la sociedad y disolución de todo sentido de la vida a la que nos arroja la actual gobernanza del mundo. Disolución progresiva de lo común, que hace que el destino personal no se vincule de ninguna manera con el destino colectivo, fragmentando la sociedad y privatizando la demanda de los colectivos en provecho de la globalización económica. Ese individuo privatizado del que nos habla Castoriadis [21] que ya no es el individuo de una sociedad democrática o de una sociedad donde se puede luchar por la libertad, sino un individuo que está privatizado, que se ha encerrado en su pequeño ámbito personal y que se ha convertido en un cínico en relación a la política. En última instancia, de nuevo la alienación de la que nos habló Marx en sus *Manuscritos Económico Filosóficos*[22]. Un mundo de insatisfacción programada en beneficio del consumo, que empuja a diario a las consultas las llamadas enfermedades del vacío: depresión, insomnio, ansiedad..; que hace que la mayor incidencia de enfermedades hoy tengan que ver con algún tipo de malestar psíquico; que suponen además el 70% de las bajas laborales de larga duración[c] y una situación que, según Bauman[d], en EEUU causa, debido al estrés que produce, tantos daños económicos como la suma total de todas las enfermedades, señalando que las bajas por estrés llegan a costar 300.000 millones de euros y no paran de crecer.

Una situación mundial que obliga a la creación de nuevas respuestas, de nuevas formas de comunidad como hablábamos antes, que diseñan nuevas formas de relación y de contestación. En el futuro parece diseñarse un tipos de comunidad más cerca de la "multitud" que definen Hart y Negri que la descrita por Ferdinand Tönnies. Una comunidad que sea la multiplicidad de diferencias singulares que se agrupan respetando sus diferencias para trabajar en común[23]. Un tipo de organización de la sociedad civil donde sea posible la apropiación por el ciudadano de la gestión de sus vidas y, por tanto, de su salud, la base de una salud mental

---

[c] La vanguardia, 30.09.2007.

[d] Entrevista de Vicente Verdú a Zygmunt Bauman, aparecida en El País el 17 de octubre de 2011. Puede consultarse en: http://elpais.com/diario/2011/10/17/cultura/1318802401_850215.html

colectiva que reestructure la organización de servicios y de equipos o modelos terapéuticos, incorporando al sujeto individual y colectivo en el quehacer sanitario.

Las luchas por la transformación de la asistencia psiquiátrica penetran en varios campos del escenario social: el campo teórico conceptual, que engloba la deconstrucción y la reconstrucción de la epistemología psiquiátrica; el campo técnico asistencial, y el campo jurídico-político, envuelto en la dimensión del ejercicio de la ciudadanía; y el campo sociocultural, que comporta el imaginario social relacionado con la locura. Como señala Tenorio, la importancia de la ciudadanía está en la pluralidad del proceso de reforma, un campo heterogéneo que abarca la clínica, la política, lo social, lo cultural y las relaciones con lo jurídico: obra de actores muy diferentes entre si[24].

El Glosario de Promoción de la Salud editado por la OMS define la comunidad como:

> Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.
>
> En muchas sociedades, en especial en los países desarrollados, los individuos no pertenecen a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos 25.

Hacía una salud mental colectiva

Lo hemos dicho ya, la atención comunitaria exige una comunidad organizada que sea sujeto sociológico que gestiona o participa en la gestión de aspectos fundamentales de las necesidades colectivas, atenta a la potenciación de su capacidad, de su poder y capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas.

El concepto de *empoderamiento para la salud* de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. Esta Declaración pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la *comunidad* en el establecimiento de prioridades en materia de *salu*d, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. Según esta definición,

> una comunidad empoderada para la salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad[e].

---

[e] La Carta de Ottawa, redactada por la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en 1986, y dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000", puso de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

Sin embargo buena parte de las reformas psiquiátricas se han hecho con poca o aún en ausencia de comunidad. La participación comunitaria se ha reducido en muchas ocasiones a la presencia de partidos y sindicatos mayoritarios en órganos de decisión a alto nivel de las organizaciones, como es el caso de España. La exigencia del apoderamiento de la salud por parte de la comunidad ha venido de la mano de los movimientos de usuarios y familiares en todo el mundo. El proceso de reforma psiquiátrica ha ido acompañado de un amplio movimiento de pacientes y familiares. Organizaciones que reclaman, desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas (los llamados "supervivientes", o los "ex psiquiatrizados"), su "empoderamiento" de la salud "; o lo que es lo mismo: el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas. Movimientos de auto ayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos, que de forma individual y colectiva, informal, legal y profesional, exigen la participación de los usuarios en las Políticas de Salud Mental, tanto en su elaboración como en la toma de decisiones en la ejecución, evaluación y formación de recursos: desde la poderosa Alianza Nacional para el Enfermo mental (NAMI), fundada en 1979 (en Madison, Wiscosin), que en el año 2000 tenía más de 1000 filiales en EEUU agrupando a 220.000 miembros en 50 Estados; organizaciones identificadas en sus orígenes con el Movimiento de Mujeres o el Movimiento de los Derechos Civiles del Negro, que luchan por la conquista de los derechos civiles para los enfermos mentales y la ciudadanía plena y alternativas de autoayuda y servicios; a los movimientos de los países del norte de Europa, donde familiares y usuarios están asociados a Estados del Bienestar desarrollados con amplia cobertura social y apoyo a ONGs; o al amplio movimiento de usuarios en Brasil, que está forzando nuevas y creativas formas de actuación comunitaria (incardinado en la sociedad civil, en los poderes legislativos y en la evaluación y acreditación de los servicios asistenciales)[26].

Judi Chamberlin, del National Empowerment Center[f], Lawrence, MA, EE.UU., escribe en el *Informe Sobre la Salud Mental en el Mundo de 2001* publicado por la OMS:

> Tradicionalmente, las personas que recurren a los servicios de salud mental han sido consideradas dentro del sistema como receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, y han sido sometidas a formas de atención o tratamiento decididas y concebidas por otros. En los últimos 30 años, sin embargo, han comenzado a articular como consumidores su propia visión de los servicios que necesitan y quieren. Entre los temas que con mayor fuerza se han planteado están: el derecho a la autodeterminación; la necesidad de información sobre la medicación y otros tratamientos; la necesidad de servicios que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y de la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar obstáculos a la integración en la comunidad; la necesidad de servicios alternativos gestionados por los consumidores; la extensión de los derechos legales y la protección jurídica de los derechos existentes, y la supresión del internamiento, a menudo vitalicio, en grandes instituciones […] Detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones. Las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental no son distintas de las demás, y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad; amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto

[f] http://www.power2u.org

RESUMEN
La salud mental comunitaria no es una mera reordenación de los espacios terapéuticos, constituye un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Planteada inicialmente como reforma de las instituciones de la psiquiatría y modelo de la desinstitucionalización, su desarrollo choca frontalmente con intereses gremiales de la psiquiatría, la psicología y el trabajo social, abriendo una fractura tanto a nivel teórico como asistencial y clínico. Y es que en consecuencia con sus principios deslegitima las bases conceptuales de la psiquiatría que encumbra el signo médico, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, y sobre todo exige un cambio social que haga frente a la desigualdades, que atienda los sujetos más frágiles, a nuevas formas más saludables de vida y que entiende la salud y la protección social como un derecho inalienable, como un bien público del cual nadie puede ser excluido.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson; 1990. Introduce en los debates de la salud pública y en la necesidad de la construcción de una nueva concepción de la misma. Parte de una experiencia desarrollada en Liverpool.

Rosen G. *Locura y sociedad*. Madrid, Alianza Editorial; 1974. Enfoque sociológico de la historia de La enfermedad mental, desde la posición del enfermo mental cualquiera que sea la forma en que s ele defina, en las sociedades de diferentes períodos históricos, y los factores sociales, psicológicos, culturales que ha determinado dicha posición. Aborda en un último capítulo la sanidad pública y salud mental, las tendencias y los problemas que tienen planteados.

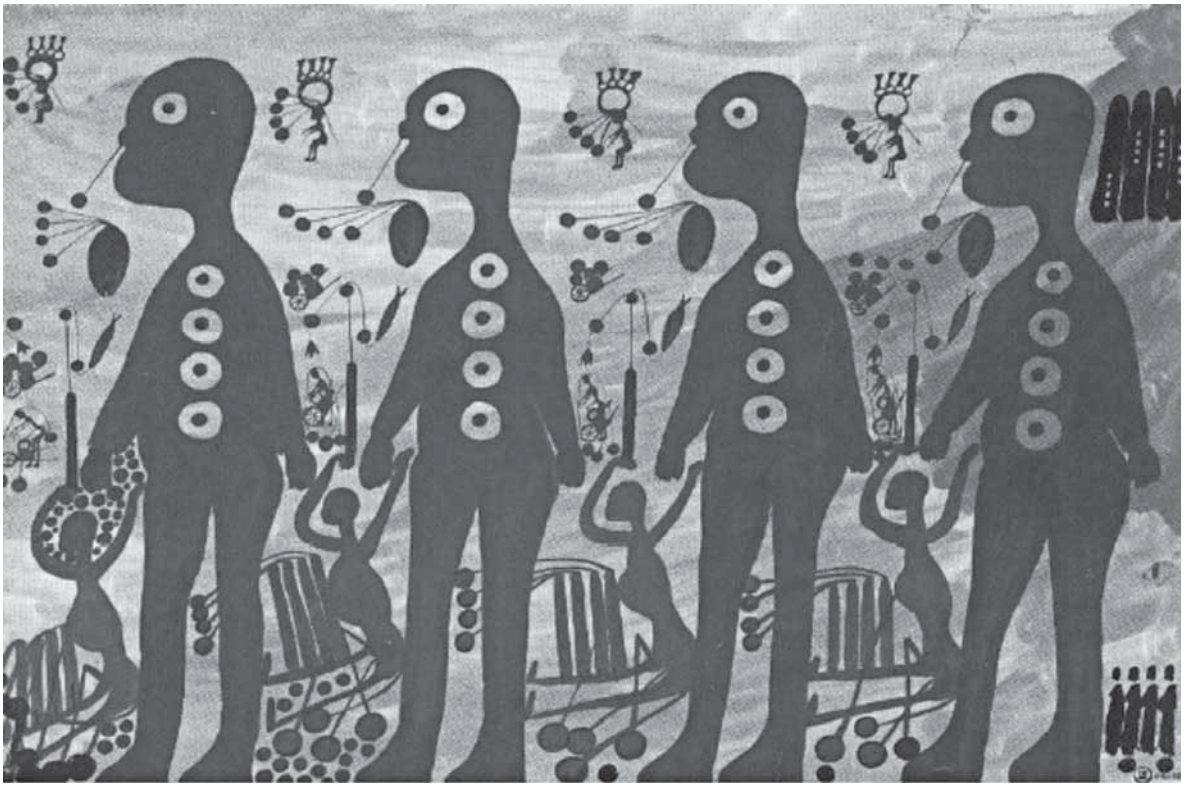
Retolaza A (Coordinador). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: AEN; 2009. Uno de los grandes problemas de la salud mental hoy es definir el objeto de su trabajo, quienes y qué actividades son susceptibles de su campo de actuación, en un escenario social de medicalización del malestar. Este libro aborda cuestiones hoy fundamentales como la indicación de no-tratamiento como técnica psicoterapéutica, el uso racional de los medicamentos y las diferentes modelos y técnicas clínicas para afrontar la poliédrica y poco delimitada demanda de los llamados trastornos mentales comunes.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Zambrano M. *Persona y democracia*. Madrid: Siruela; 1996.
(2) Pinel Ph. Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. México DF: FCE; 1967.
(3) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 1967. México DF: FCE; 1967.
(4) Dörner K. Ciudadanos y locos. 1974. Madrid: Taurus; 1974.
(5) Desviat M (coord.). Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN; 1990.
(6) Alvarez JM, Colina F (prólogo). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos; 2008.
(7) Kraepelin E, Nota sobre la colección Desviat M. Introducción a la clínica de la psiquiátrica 1961. Madrid: Nieva (Clásicos de la psiquiatría); 1988.
(8) Beers C. A Mind that Found Itself. New York: Doubleday; 1908. pp 101.
(9) Desviat M. Salud pública y psiquiatría. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. 21 (77), 125-133. 2001.
(10) Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson; 1990.
(11) Navarro Cordón J.M., Calvo Martínez T. Historia de la filosofía. Madrid: Anaya; 1982.
(12) Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. *Salud Pública*. Madrid: MacGraw-Hill. Interamericana; 1997.
(13) Pereña F. El hombre sin argumento. Madrid: Síntesis; 2002.
(14) Hrabal B. *Una soledad demasiado ruidosa. Año: 1977*. Barcelona: Destino; 1977.
(15) Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
(16) Tönnies F. *Community & society*. New Brunswick: Transaction Books; 1988.
(17) Blanchot M. La comunidad inconfesable. México DF: Vuelta; 1992.
(18) VVAA. Stop DSM como criterio único de diagnosis clínica. *http://stopdsm blogstop com* 2012.

(19) Desviat M. La renuncia al saber en tiempos de la evidencia. *Siso Saude* 2012;Invierno 2012(En prensa).
(20) Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. *Átopos, salud mental, comunidad y cultura* 2004;(2(1)):5-14.
(21) Castoriadis C. El individuo privarizado. En: Le Monde Diplomatique, editor. U*topías*. Santiago de Chile: Aun creemos en los sueños; 2011.
(22) Marx K. Manuscritos. Economia y filosofía. Madrid: Alianza Editorial; 1968.
(23) Hardt M, Negri A. *Multitud*. Barcelona: Mondadori; 2004.
(24) Reinecke de Alverga A, Dimenstein M. A loucura interrompiida ns malhas da subjetividade. *Archivos de Saúde mental e atençao psicossocial* 2005;2:45-66.
(25) OMS. Promoción de la salud. Glosario. 1998. Ginebra: OMS; 1998.
(26) Weingarten R. O movimiento de usuários em saúde mental nos estados Unidos. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.

2
BASES PSICOPATOLÓGICAS DE LA PSIQUIATRIA



Carlo Zinelli, *Sin título,* 1968 (Gouache sobre papel)

2.1 Sustancia y fronteras de la enfermedad mental, *JM Álvarez, F Colina;* 2.2 Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico, *C Bayón, A Fernández Liria, G Morón;* 2.3 Nuevas aportaciones a la psicopatología: Proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas, *B Rodríguez Vega, A Fernández Liria, C Bayón;* 2.4 La razón de ser de la psicopatología, *M Desviat, A Moreno.*

2.1. Sustancia y fronteras de la enfermedad mental

José María Álvarez, Fernando Colina

La locura escapa por definición al entendimiento humano. Algo de ella se resiste a entregarnos sus secretos. Los puntos de vista desde los que se la ha estudiado son distintos, incluso contrarios. A partir de esos enfoques se construyeron los grandes modelos o entre ellos la alienación, la enfermedad mental, la estructura clínica, el síndrome, la dimensión o el espectro. Pero cualesquiera que sean los paradigmas elaborados, en el fondo siempre podrán reducirse a las posiciones adoptadas frente a las dos grandes preguntas formuladas por esa otra cara de la razón. Pues el estudio del *pathos*, lo queramos o no, nos obliga a decidir y tomar partido ante un par de cuestiones decisivas: la sustancia y las fronteras de la enfermedad mental.

Respecto a la sustancia, esencia o naturaleza de la enfermedad mental, la elección que se plantea no atañe a su etiología, cosa que unos consideran física, otros psíquica, familiar o social; incumbe más bien a una opción epistemológica, es decir, a pronunciarse sobre si la enfermedad mental es una construcción discursiva o un hecho de la naturaleza. Con relación a los límites y fronteras se abren a su vez dos interrogantes a menudo conjugados, a veces incluso sobrepuestos: en primer lugar, las relaciones entre lo uno y lo múltiple; en segundo lugar, la articulación o la contraposición entre lo continuo y lo discontinuo.

En torno a estas dos grandes cuestiones se erigen las corrientes esenciales de la psicopatología: la psicología patológica, liderada hoy día por el psicoanálisis, y la patología de lo psíquico[a],[1], cuyo amplio predicamento actual contrasta con la poquedad de sus teorías. Estos puntos de vista antagónicos se renuevan de continuo, pero siguen una lógica discursiva que avanza paulatinamente mediante una repetición continua y un movimiento pendular. Al analizarlos desde una perspectiva histórica, su hechura discursiva se realza y se advierte cómo estos modelos de conocimiento tratan de aprehender algo que por definición se escabulle, algo que las palabras no consiguen sujetar. De ahí que la rigidez característica del método de las ciencias naturales resulte en este ámbito del saber un lastre más que una guía, un impedimento que circunscribe el pensamiento psicopatológico al estrecho perímetro de la enfermedad y su curación.

De forma homóloga a la construcción del saber psicopatológico mediante un movimiento de balanceo, la clínica del caso por caso entraña una dialéctica que va de lo general a lo particular, de lo enfermo a lo sano y de lo que desequilibra a lo que estabiliza a cada sujeto. En este sentido se puede hablar de un paralelismo entre la progresiva elaboración del saber sobre el *pathos* y la clínica con el doliente, pues al fin y al cabo la historia de la psicopatología resulta de mayor utilidad cuando la escriben los clínicos. Esta concordancia es notoria en la permanente oscilación que atraviesa la historia y la clínica entre lo uno y lo múltiple, lo continuo y lo discontinuo.

Advertidos de este movimiento periódico y connatural a nuestra disciplina, nuestra propuesta favorece la articulación entre am-

[a] Acomodamos a nuestro gusto los términos 'psicología patológica' y 'patología de lo psíquico', debidos a Eugène Minkowski (Traité de Psychopathologie, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966], pp. 64-66).

bos polos, lo que se traduce en la búsqueda de lo discontinuo en lo continuo, y viceversa; búsqueda que se amplía a lo que de normal tiene el loco y lo que de loco tiene el cuerdo. De esta forma la clínica adquiere un movimiento dialéctico que parte del diagnóstico estructural y de las diferencias respecto a las formas patológicas vecinas, pero de inmediato se interesa por lo singular de ese sujeto, por lo que tiene de normal y comparte con el resto de congéneres. Por tanto, las relaciones entre lo uno y lo múltiple, lo continuo y lo discontinuo, se proponen aquí como pasos complementarios en el quehacer clínico.

1. PARADIGMAS

Si para introducir el problema nos ocupamos en primer lugar de una obra sobresaliente, el *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*[2] de Lantéri-Laura, ensayo por otra parte más que discutible, debemos aceptar con él cuatro paradigmas principales en la evolución de las teorías psiquiátricas: el del alienismo, el propio de la enfermedad mental, el que responde a las estructuras psicopatológicas y el que, con muchas dudas, suscribe como de los síndromes. Al margen de que la periodización pueda parecer muy esquemática, nos proponemos ahora avanzar un escalón más y analizar, en la misma línea, lo que a tenor de las propuestas recientes podríamos denominar paradigma de las dimensiones o de los espectros, entendidos como expresión más cabal y acertada del modelo psicopatológico actual. De este modo pretendemos completar por nuestra cuenta la secuencia del historiador sin alterar su lógica.

El periodo de la "alienación mental", con el que el autor inicia su disección de la psiquiatría moderna, se extiende desde el final del Siglo de las Luces hasta 1854, momento en que J.-P. Falret publica el artículo "De la non-existence de la monomanie" y traza una línea de demarcación epistemológica muy nítida[3]. Con su célebre trabajo, Falret apuesta a favor de circunscribir toda la psicopatología en torno a enfermedades cerradas e irreductibles entre sí, suficientemente identificables como para permitir cómodamente el alojamiento de la psiquiatría en la medicina. Hasta entonces el alienismo reducía la locura a una única enfermedad dotada de aspectos diferentes. Los alienados no eran más que aquellos enfermos, todos ellos parecidos y afectos de un mal común, que habían sido separados de la masa general de los insensatos y puestos en manos de los médicos. Pero, a partir de ese momento, la pluralidad radical de las enfermedades adquiere un dominio ostensible. Además de perder la referencia moral que acompañaba anteriormente a la génesis física, asunto más que relevante, el nuevo paradigma opone la multiplicidad a la singularidad precedente del alienismo y exige, en lo sucesivo, no solo un diagnóstico positivo sino también uno diferencial del resto de las enfermedades con las que debe evitar confundirse.

Más confuso que los anteriores, el tercer paradigma está fechado, dentro de este esbozo de periodización tan puntilloso, en 1926, año en que E. Bleuler propone sus ideas acerca del grupo de las esquizofrenias[4]. A partir de ese movimiento de concentración se recupera una visión unitaria, aunque ahora estructural[b], que reduce las inevitables subdivisiones e impide que cada autor bautice a su guisa no se sabe cuántas enfermedades. Con este gesto, además, se inaugura este balanceo entre lo uno y lo múltiple que no ha cesado de invadir el discurso de la psiquiatría desde sus orígenes, aunque la nueva unidad ya no es tan am-

[b] Como se verá más abajo, el uso que Lantéri-Laura hace del término 'estructura' difiere ampliamente del que se le da en psicoanálisis, mucho más extendido gracias a la orientación lacaniana. Para Lantéri-Laura, la síntesis del órgano-dinamismo de Henri Ey constituye un ejemplo particularmente elaborado del punto de vista estructural. Por esa razón, para evitar equívocos, al tratar de la perspectiva psicoanalítica hablaremos de "estructuras clínicas freudianas" o "estructuras freudianas".

plia como la de la alienación sino que está constituida por distintas agrupaciones. El modelo, por otra parte, recibe el decisivo empujón del psicoanálisis, que logra uno de sus mayores logros diagnósticos separando las estructuras neuróticas y psicóticas como mejor modo de reunir y distinguir los distintos padecimientos psíquicos.

Pues bien, a juicio de nuestro autor, a ese periodo de estructuras clínicas se le podría asignar una fecha de finalización en otoño de 1977, cuando la psiquiatría mundial pierde a Henri Ey, "ese maestro, liberal y autoritario a la vez, de muchos de nosotros"[5]. Desde el momento en que muere su maestro, la estricta periodización que Lantéri-Laura postula extravía la línea de reflexión anterior y se reconoce en dificultades para definir el modelo siguiente. Se pregunta, incluso, si proponer un cuarto paradigma puede ser una empresa razonable o no. "A decir verdad escribe, nada sabemos de lo que podría llegar a ser el paradigma de la psiquiatría después del último cuarto de nuestro siglo XX"[6].

Pese a sus manifiestas dudas, acaba por formularlo, y presenta con titubeos crecientes el que llama paradigma de los síndromes. Síndromes que, en referencia ya al modelo dominante del DSM, considera que no remiten más que a sí mismos, sin otra referencia superior, y que, pese a la falta de teoría que la tiránica clasificación propugna, no hace más que seguir en el fondo la línea abierta sobre todo por la concepción de Jaspers. En cualquier caso, con este paso sindrómico hemos vuelto de nuevo a la multiplicación de las especies abandonando los firmes encorsetamientos estructurales. De nuevo importa más la especialición de los trastornos que atender a su género estructural. La multiplicación vuelve a desplazar a la unidad.

Por último, sin apartarnos a nuestro juicio de la lógica del autor, cabe completar su recorrido con un quinto paradigma, aún poco consolidado, que se va imponiendo paso a paso y que identificamos como el de los espectros o las dimensiones. Un paradigma aún naciente en cuyo debate estamos inmersos a lo largo de este primer cuarto de siglo.

Ahora bien, antes de proseguir nuestra reflexión, es oportuno destacar que el intento de establecer discontinuidades históricas, sobre todo cuando los años transcurridos no son muchos y se intentan localizar con excesiva precisión temporal, puede deformar la visión y traicionar la memoria. Es posible que los tiempos no cambien tan deprisa como se nos muestra, salvo en su superficie y apariencia formal. Quizá el legado antiguo permanezca en el fondo tan activo como de costumbre, sobre todo en lo que atañe a la sustancia y fronteras de la enfermedad mental. La compulsión repetitiva del pretérito nos sacude. Si algo reina en nuestro desconcierto actual, en la indefinición del paradigma que ahora intentamos corregir, es el repiqueteo constante que ejerce sobre nosotros la tradición. En las fórmulas teóricas que guían nuestra valoración de los hechos clínicos y que rigen en las discusiones del presente, lo más llamativo es la emergencia convulsa y confusa de los protagonistas del pasado: la alienación, la enfermedad, la estructura y los síndromes. Esto es, la locura de la antigüedad preilustrada, decantada en alienación por el filtro de la naciente psiquiatría, la enfermedad que inaugura la especialidad, la estructura con que Freud interrumpe en los debates precedentes, y el síndrome que blande con éxito el DSM. Los cuatro definen los perfiles y las fronteras de los criterios dimensionales que últimamente se nos proponen.

En el fondo, y sin decirlo, la dimensión de las psicosis que nos anuncia la psiquiatría oficial no es más que un nuevo rostro de las concepciones del pasado, por lo que conserva gran parte de los ingredientes antiguos, de los que le resulta imposible desprenderse pero con los que no quiere dialogar. A la postre, todo lo que nos propone no es más que la integración de la continuidad propia de alienación en el seno

de la enfermedad, entendida ésta en su forma más o menos sindrómica o estructural, pero desprovisto de aquella exquisita comunicación entre lo racional y lo irracional que la caracterizaba. La dimensión mantiene el concepto de enfermedad pero dotándola de las propiedades de la estructura, aunque lo haga de una estructura que se ensancha elásticamente sin ánimo de precisar sus límites, como si recuperara parte del espíritu de la alienación. Aunque de lo que se trata, en rigor, es de mantener a toda costa los principios biológicos y conductuales del modelo positivista de la enfermedad pero conquistando nuevos territorios.

2. ENFERMEDADES MENTALES

Rígidos en su conjunto y bastante confusos los relativos a las estructuras y los síndromes, los paradigmas que acaban de apuntarse resaltan los progresivos puntos de vista con que la medicina mental ha descrito, organizado y teorizado el campo de la patología psíquica. De acuerdo con el modelo médico que les sirve de referencia, en especial el que desarrollara la Escuela de París, estos paradigmas se nutren del examen semiológico y clínico, la discusión acerca del diagnóstico positivo y diferencial, la evaluación del pronóstico y la propuesta terapéutica[7]. En el trasfondo de todos ellos palpita la discusión acerca de la enfermedad mental, su naturaleza, sustancia, formas y extensión. De ahí parten todas las reflexiones psicopatológicas de importancia. Tal es el centro en torno al cual gravitan los distintos paradigmas, modelos y teorías psicopatológicas.

Cualquier estudio del *pathos* que se precie, apenas inicia su andadura se ve comprometido a elegir entre distintas orientaciones doctrinales y a tomar partido por un modelo nosológico y terapéutico. De acuerdo con el andamiaje propio de la epistemología, el primer interrogante que sale al paso y obliga a decantarse se refiere a la sustancia de la enfermedad mental: ¿es un hecho de la naturaleza o una construcción discursiva? No caben aquí medias tintas, ni menos aún esconderse tras la molicie del eclecticismo.

A partir de esta elección forzosa, se pasará a formar parte de uno de los dos grandes modelos que tradicionalmente se disputan la primacía en nuestra especialidad: uno, de raigambre médica, antepone la enfermedad al enfermo; el otro, de filiación filosófica o psicológica, da preferencia al enfermo frente a la enfermedad. La historia de la clínica mental, analizada desde esta perspectiva, se nos figura como dos ramales que se entretejen, enroscan y caracolean sin llegar jamás a confundirse.

De varias maneras se ha calificado estas posiciones doctrinales irreconciliables, aunque la más enfática de todas proviene del alemán y alcanzó notoriedad a principios de XIX: los *Psychiker* (psíquicos) *versus* los *Somatiker* (somáticos). A la hora de concebir y tratar la locura o la enfermedad psíquica, los primeros se nutren de explicaciones y remedios de contenido anímico o psicológico; todo lo contrario proponen los segundos, quienes circunscriben la etiología y la terapéutica a los dominios del organismo[8]. Esas posiciones rivales se arraigan en la tradición y perduran a lo largo de la historia, como acertadamente anota Antoine Ritti al evocar un comentario de Lasègue. Este alienista francés, inspirándose en el Evangelio, expresaba con vehemencia el antagonismo de las dos escuelas médicas por antonomasia y tomaba claro partido por una de ellas: María, cogida a los pies del Señor, absorta y ajena al resto del mundo, representa la corriente psicológica; Marta, atenta al mundo real y hacendosa con las faenas domésticas, personifica la orientación médica[9].

Si la pregunta por la sustancia de la enfermedad mental afianza estas orientaciones opuestas, la que atañe a sus límites y fronteras las revoca y reorganiza. Tanto es así que algunos partidarios del organismo se hermanan con los del psiquismo, y viceversa. Además, como enseguida mostraremos, insignes promotores de la visión

discontinua o estructural de la patología mental, a medida que maduraron en experiencia y saber la relativizaron en favor de la contraria, es decir, de la perspectiva continuista o elástica.

Hoy día apenas se discute acerca de la sustancia y naturaleza de la enfermedad mental, término que permanece agazapado tras el de 'trastorno'. Robert Spitzer, principal hacedor del DSM-III, mediante una destreza retórica envidiable, logra reforzar la creencia en las enfermedades mentales concebidas como hechos de la naturaleza. Aun careciendo del entusiasmo y la contundencia argumental que transmitieran las obras de Kurt Schneider, Paul Giraud o Henri Ey, esta ideología se ha extendido paulatinamente entre los especialistas, cada vez más ajenos a la reflexión psicopatológica.

Por eso se echa de menos, entre los partidarios del modelo biomédico, aquellos razonamientos sobre qué es la enfermedad mental y cuál es su naturaleza, "siempre orgánica en su etiología y siempre psíquica en su patogenia"[10], según propone Ey; aquella "profesión de fe" que manifestaba K. Schneider respecto a la somatogénesis de la ciclotimia y la esquizofrenia[11]; o la sensatez y circunspección de Guiraud cuando reconoce: "Desgraciadamente la psiquiatría no se ha beneficiado en las mismas proporciones que la medicina general de los descubrimientos hechos en el dominio de la etiología, de la anatomía y de la fisiología patológicas. Permanecemos confinados en el dominio de los síndromes clínicos sobre todo en la parte más importante y más interesante de la psiquiatría, a saber, el grupo de las psicosis maníaco-depresivas, de la hebefrenia y de los delirios. [...] Pues los psiquiatras clásicos, sobre todo Kraepelin y Bleuler, trabajando sobre síndromes clínicos los han considerado sin razón como enfermedades verdaderas"[12].

Mediante el recurso de desplazar y posponer el debate sobre el concepto de "enfermedad mental" se ha conseguido restarle importancia y dar a entender que nada tiene de problemático en sí mismo. Lo cierto es que al examinarlo de cerca, enseguida se revela la heterogeneidad de sus componentes y se divisa el angosto pero irreductible paso que media entre dos tierras, ese inevitable "hiato [*écart*] órgano-clínico" del que hablara Henri Ey[13]. Cómo es posible que los procesos cerebrales materiales se transformen en un pensamiento o en un deseo, se preguntaba Griesinger: "Este problema no tendrá jamás solución para el hombre; ¡y creo que, aunque un ángel bajase del cielo para explicarnos este misterio, nuestra sola inteligencia no sería capaz de asimilarlo!"[14]. Este dilema insondable afianza el extremismo de las doctrinas explicativas, garantiza su permanencia y justifica en parte la indecisión etiológica, la indefinición de las formas evolutivas y la dificultad de establecer una jerarquía en las manifestaciones clínicas.

Todas estas complicaciones, analizadas desde la posición contraria, constituyen el resultado de un forzamiento epistemológico, esto es, de la trasposición al ámbito subjetivo de un modelo propio de las ciencias de la naturaleza. Desde este punto de vista, las enfermedades mentales son elaboraciones discursivas de los psicopatólogos sobre rasgos y manifestaciones poco comunes de los considerados enfermos, es decir, invenciones ideadas por el discurso científico sobre la locura en su sentido más tradicional y antropológico. Al contrario que el modelo biomédico, donde la enfermedad se concibe como una desgracia inevitable, el enfoque psicológico reprueba el determinismo orgánico y resalta la responsabilidad y decisión subjetivas. Esta corriente psicológica de la patología destaca el análisis de las experiencias singulares del trastornado y privilegia el determinismo inconsciente de los síntomas, su sentido y su causalidad psíquica, los mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar. Conforme a estos parámetros epistemológicos, esta orientación resulta inseparable de una psicología general que explique el

funcionamiento subjetivo y las leyes que lo constituyen y rigen[15].

Al recelar de la realidad ontológica de las enfermedades mentales, el enfoque de corte nominalista e historicista favorece la reflexión psicopatológica en la medida en que implica al sujeto en la causa, el desarrollo y la curación de su trastorno. Además, por el hecho de no someterse a la rigidez consustancial al método científico-natural, un problema puede ser analizado desde varias perspectivas, como enseguida mostraremos a propósito de los límites de la locura.

3. CONTINUO Y DISCONTINUO

La pregunta acerca de la sustancia de las enfermedades mentales suscita vivas controversias y divide a los contendientes en dos grandes corrientes, como también sucede con la relativa a sus fronteras y demarcaciones. A este respecto, la gran variedad de teorías existentes pueden reducirse asimismo a dos puntos de vista: la continuidad o la discontinuidad. Con estos términos acotamos las distintas posiciones doctrinales en función de si establecen o no límites entre la normalidad y la locura, es decir, si son partidarios de entidades nosológicas, estructuras clínicas o trastornos psíquicos, o bien lo son de dimensiones, ejes transnosográficos o espectros[c].

Resulta llamativo que las dos corrientes enfrentadas a propósito de la sustancia y naturaleza de la enfermedad mental, al tomar partido sobre los límites se reorganicen, y que algunos de sus partidarios cambien de posición. Kraepelin y Freud, los dos grandes pilares de la clínica mental, elaboraron respuestas muy distintas a la pregunta sobre la sustancia. Pero acercaron sus enfoques al tratar de las fronteras, aspecto en el que coincidían pese a tan divergentes concepciones nosológicas: el primero creía en la enfermedades mentales naturales e independientes, creencia que argumentaba sobre todo a partir de las formas terminales[d]; el segundo, en las estructuras clínicas, cuya conformación obedecía a procesos defensivos ejecutados por el sujeto.

Frente a esta opción partidaria de las categorías y la discontinuidad, llama la atención la cercanía de tratadistas provenientes de tradiciones distintas, como es el caso de Kretschmer y Melanie Klein. La descripción kretschmeriana del delirio de referencia resulta ejemplar para la visión del *continuum* psicopatológico, una continuidad gradual entre la neurosis y la psicosis, entre normalidad y locura, cuyo fundamento se asienta en la importancia concedida a los rasgos del carácter y las motivaciones personales[e]. La contribución de Kretschmer, como la de Genil-Perrin, Montassut y otros partidarios de constituciones patológicas, propende al *continuum*[16]. Muy distinta es la fundamentación que lleva a Melanie Klein a conclusiones similares, tanto que esta psicoanalista es la pionera en proponer una forma de psicosis

[c] Como señalábamos al principio, una variedad de esta pregunta incide sobre la relación entre lo uno y lo múltiple. Este matiz, que aquí sólo apuntamos, se aplica a aquellas concepciones que separan neurosis de psicosis o normalidad de alienación, aunque en el terrirorio de la psicosis o alienación no establecen fronteras rígidas. Ahí se pueden incluir la noción pineliana de aliénation, la Einheitspsychose de Griesinger o nuestra visión de los polos de la psicosis.

[d] La nosología kraepeliniana englobaba todo el campo de la psiquiatría. En su opinión cada enfermedad tenía su causa, sintomatología, evolución y terminación específicas. Lamentablemente estas afirmaciones no se asentaban en los hallazgos y comprobaciones oportunas. Al contrario, a partir de 1896 justificó la existencia de las enfermedades a partir de las condiciones de aparición, la evolución y la terminación. Emil KRAEPELIN, "Einleitung" [Introducción], Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte (5ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1896, pp. 1-11.

[e] De hecho Kretschmer describe, dentro del delirio sentido de referencia, una "neurosis de referencia", en la que reúne "todos aquellos casos en los que el valor de realidad de las ideas referidas permanece por debajo del límite de lo psicológico" (Ernst KRETSCHMER, El delirio sensitivo de referencia, Madrid, Triacastela, 2000. p. 249).

generalizada y originaria. Desde su punto de vista no habría organizaciones o estructuras psicopatológicas estables, sino "posiciones" por las que las personas transitan con relativa facilidad[f].

Como puede apreciarse, la cuestión de los límites, fronteras o litorales, renueva las posiciones adoptadas ante la primera pregunta por la sustancia de la enfermedad mental, de manera tal que los partidarios de la psicología patológica (psicoanálisis) se cruzan o coinciden con los defensores de la patología de lo psíquico (psiquiatría biológica).

Dos son los principios generales que ordenan la psicopatología de la discontinuidad: la jerarquía clínica y las diferencias semiológicas. Por principio jerárquico entendemos el ordenamiento en función de la gradación de importancia que se atribuya a los signos, síntomas o a los mecanismos psíquicos. Quiere esto decir que quienes conciben el *pathos* separado por diversas fronteras, se trate de enfermedades mentales o de estructuras clínicas freudianas, establecen una jerarquía en los síntomas o en los mecanismos que conforman la organización o estructura. Para ilustrar la graduación en el ámbito sintomático, baste mencionar la esquizofrenia de Bleuler (síntomas "fundamentales" *versus* síntomas "accesorios"), la locura maniaco-depresiva de Kraepelin (fuga de idea ideas, exaltación e hiperactividad *versus* bradipsiquia, depresión mental e inhibición), el automatismo mental de Clérambault (síndrome de pasividad inicial y triple automatismo mental tardío) o los síntomas de "primer rango" aislados por Kurt Schneider para afianzar su visión de la esquizofrenia.

[f] Tan evidente es la perspectiva continuista o elástica de Melanie Klein que, de acuerdo con su concepción, no podría hablarse con propiedad de una psicopatología psicoanalítica, pues la psicopatología es de por sí estática (favorable a las categorías) y el psicoanálisis, dinámico. Al respecto, véase Jordi FREIXAS, Psicopatología psicoanalítica. El modelo Freud-Abraham, Barcelona, Columna, 1997, p. 523 y ss.

También jerárquica es la concepción freudiana de la patología mental, cuyas categorías nosológicas derivan de mecanismos de defensa. "El criterio esencial según el cual es necesario circunscribir los síntomas [...] y las formas de enfermedad es el mecanismo", sintetizó Freud en 1914[17]. Esta psicología patológica concibe los trastornos psíquicos como organizaciones estables, las cuales cristalizan y se conforman en la infancia a consecuencia de la puesta en marcha por parte del sujeto de diversos mecanismos psíquicos inconscientes. Se trata, por tanto, de modos de enfermar característicos del hombre, modalidades que la clínica clásica describió y el psicoanálisis contribuyó a hacerlas inteligibles. Seguramente la imagen más clarificadora de su concepción estructural, fue la que Freud enunció en la conferencia XXXI de las *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis* (1933): "Cuando arrojamos al suelo un cristal se rompe, pero no de una forma caprichosa; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos psíquicos son como estructuras, agrietadas y rotas"[18].

El segundo principio se basa en las diferencias semiológicas. Como disciplina fundamental que es, la semiología aporta a la psicopatología sus cimientos y encofrado. En ella se asientan las teorías explicativas, sean partidarias de las enfermedades mentales o de las estructuras clínicas, pues en ese estado inicial de observación del *pathos* sólo hay una clínica[19]. La semiología instituye un lenguaje común o *thesaurus semeiotucus*. Y como lenguaje que es, su fundamento reside en la oposición y diferenciación de los elementos constitutivos. Más que ninguna otra perspectiva, la concepción discontinua del *pathos* se apoya en las diferencias entre locos y cuerdos, en esos contrastes que aporta sobre todo la semiología. Morselli, uno de los insignes tratadistas de esta materia, da por hecho que los enfermos son

distintos y que esas diferencias se ponen de relieve en signos observables: "Dígase lo que se quiera, en las afecciones del sistema nervioso, lentas y apiréticas, existe siempre en el hábito externo, en la expresión, en el comportamiento de los enfermos, un aspecto particular que los hace diferentes [...] Si tomamos como punto de partida esta idea [...] es innegable que el alienado se diferencia *in media* del individuo de mente sana en el comportamiento, el porte, el modo de presentarse, de gesticular y de vestir, en la expresión facial de los estados de conciencia internos, en la reacción a los estímulos percibidos, en la actuación en el seno de la familia y en la sociedad y, en términos generales, en las relaciones de adaptación al entorno [...]"[20].

Transformadas en signos, esas desemejanzas expresan a través de diversas facetas el trasfondo de la alteración. De la caracterización de esas diferencias arranca la semiología, cuyo desarrollo transita de lo uno a lo múltiple, de lo tosco a lo sutil, de los grandes fenómenos a los pequeños indicios, de lo genérico a lo elemental, tal como se puede observar de formar meridiana en los estudios sobre las alucinaciones que van desde Esquirol hasta Lacan, pasando por Baillarger, Séglas y Clérambault. Psicopatólogos de corrientes distintas suman aquí sus esfuerzos, contribuyendo a perfeccionar el legado clásico. En este sentido, como heredero directo de la clínica clásica[21], el psicoanálisis ha contribuido a la semiología especialmente en el terreno de los fenómenos elementales, los trastornos del lenguaje y los lenguajes del cuerpo.

4. ARTIFICIOS

La visión discontinua del *pathos*, sea como estructuras freudianas o como enfermedades mentales, se distingue por el hecho de destacar lo invariable y lo más enfermo del sujeto. De ahí surgen sus virtudes y sus limitaciones. Entre las bondades, la más importante es la resolución que aportan sus descripciones y explicaciones, las cuales aíslan, caracterizan y diferencian determinados estados psicopatológicos prototípicos. A esto se añade que esos estados clínicos son rubricados mediante casos paradigmáticos que quintaesencian una categoría nosológica. Entre las limitaciones destaca la penumbra, más o menos intensa, que cubre la linde entre dos territorios vecinos. Basta que se establezcan demarcaciones precisas y taxativas para que aparezcan un sinnúmero de casos fronterizos, límites o inclasificables. En el caso de la clínica clásica, si tomamos a Kraepelin como referencia, enseguida advertimos hasta qué punto tuvo que recurrir a forzar sus agrupaciones para mantenerlas independientes. Este asunto resulta especialmente llamativo en los artificios tendentes a separar la paranoia de las formas ligeras de la demencia precoz paranoide o de la parafrenia sistemática[22]; otro tanto se advierte en la continua reordenación de la melancolía y la melancolía involutiva en referencia a la locura maníco-depresiva, la cual, en 1913 adquiere unas proporciones inmensas[23].

La misma dificultad afecta a la psicopatología psicoanalítica. Algunos autores la resuelven creando una categoría intermedia (los estados límites y las patología narcisistas) entre el binomio tradicional neurosis y psicosis, con lo que el asunto se da por zanjado. En cambio, en la orientación lacaniana clásica el problema de la frontera entre neurosis y psicosis no admitía estados intermedios, con lo que hace tres décadas se tendía a amplificar el diagnóstico de neurosis, en especial la histeria disociativa (locura histérica). Conforme a los desarrollos más recientes, inspirados en referentes topológicos, sobre todo en el nudo borromeo, comenzaron a proliferar casos "inclasificables" y "raros", es decir, manifestaciones clínicas distintas del prototipo de la psicosis schreberiana o de las neurosis tradicionales[24][25]. Al contrario de lo que sucediera hace treinta años, hoy día se prefiere ampliar el territorio de la psicosis e incluir en ella formas discretas y norma-

lizadas de locura, las cuales constituirían expresiones clínicas concordantes con el malestar actual; con esta nueva opción, la rígida perspectiva estructural, partidaria de la discontinuidad, se vuelve más elástica y casi dimensional.

Frente a los mencionados proyectos psicopatológicos favorables a la discontinuidad, el *continuum* aporta al conocimiento del *pathos* una mayor sensibilidad hacia las formas moderadas de la locura y promueve un hermanamiento del conjunto de experiencias humanas. Pero al oscurecerse el referente de los límites, las clases y las categorías, el clínico tiende a desorientarse y confundir cosas evidentes. Si a las estructuras freudianas y a las enfermedades mentales les interpelan los intersticios y les sobran los casos raros y fronterizos, a la psicopatología continuista le faltan distinciones cualitativas y adolece de casos típicos.

Resulta evidente que el interés actual por lo dimensional y los espectros obedece a las dificultades epistemológicas que suscita la propuesta categorial[26]. Asimilar el *pathos* a enfermedades mentales independientes, como quiso J.-P. Falret, se reveló enseguida problemático. De ahí que la psicopatología psiquiátrica pretendiera rebajar tan ambiciosa propuesta mediante otras más modestas, como los síndromes o los trastornos. Sin embargo, contra lo que escribiera Lantéri-Laura, la ideología de las enfermedades mentales sobrevive incólume en las concepciones actuales pese a estar disfrazada de términos menos ambiciosos, como sucede con 'trastorno' en las clasificaciones internacionales.

En lugar de analizar las categorías nosológicas como construcciones artificiales elaboradas por los psicopatólogos, la psiquiatría biomédica promueve en la actualidad un movimiento pendular hacia los espectros. La fenomenología y la semiología clínica ceden su lugar a una contemplación lejana de rasgos (*traits*) o estados (*states*), los cuales se asocian en dimensiones (sintomáticas) o espectros (agrupaciones síndrómicas con marcadores comunes). Da la impresión de que esta oscilación hacia el polo de los límites imprecisos pretende excluir el rígido modelo anterior de las categorías, modelo en el que se había creído con fervor hasta hace muy poco. Tanto trasiego indica la connatural dificultad de nuestro objeto de estudio, complicación que no cabe escamotear mediante la adhesión a posturas maximalistas que ciegan la reflexión sobre el *pathos*. Tan arraigadas y entusiastas son las creencias en los modelos que, como vulgarmente se dice, "a Rey muerto, Rey puesto". En realidad, esta reorientación hacia las dimensiones y espectros no es más que una reacción a las categorías y las estructuras, lo mismo que éstas son una corrección a la imprecisión de aquéllos. Sin embargo, cabría pensar una articulación entre ambos modelos, es decir, una dialéctica entre lo uno y lo múltiple. Para ello resulta imprescindible redefinir el modelo dimensional.

5. EJES

A decir verdad, en el paradigma dimensional biológico de los espectros no hay nada nuevo, salvo un *aggiornamiento* inteligente. Si la locura representa el fondo de sinrazón que alimenta en cada momento nuestra alma, es decir, la irracionalidad que socava y hace fracasar todos los intentos del racionalismo. En este sentido la dimensión intenta retomar ese espíritu de continuidad y fluidez de las fronteras sintomáticas. Sin embargo, solo recupera las formas. No va más allá. No intenta hacer de la dimensión una línea que recorra como un hilo rojo todo el espectro humano que va desde las alteraciones mentales más profundas a la más inocua normalidad, desde su condición más cuerda hasta sus expresiones más enloquecidas. Así lo hace, en cambio, el eje de melancolía en su sentido más amplio que, de la mano del deseo y la tristeza, va prolongando los sinsabores desde los duelos circunstanciales y obligados de la vida a la amarga depresión y al dolor moral propio de la tristeza psicótica más asfixiante e in-

vasiva[g]. Así lo hace también la paranoia, en este caso de la mano de la interpretación y la desconfianza, ampliando la suspicacia natural de cada uno de nosotros hasta la interpretación de perjuicio o la autorreferencia esquizofrénica.

Hay pues dos modos de entender las dimensiones, cuya división responde, una vez más, al primitivo modo de separar las concepciones de la psiquiatría. Uno lo entiende como una propuesta de continuidad entre las alteraciones mentales y la normalidad, donde la locura representada por los ejes de la melancolía y la paranoia es el denominador común, la simple sinrazón que nos desborda con sus pasiones y su interpretación, el dominio si se quiere donde todos nos reconocemos como locos y la psiquiatría solo viene a acotar unos espacios de intensidad pero no a romper la íntima relación de todo el malestar humano. O bien, de otro modo, la dimensión es el espacio estricto de la enfermedad, de donde se ha secado el pozo literario, poético y filosófico que integran la locura del alma, para perfilar un campo único de patología mental. Un campo de enfermedad pero, eso sí, sin enfermedades. Una dimensión que legitima al médico pero le exculpa del bochorno de identificar enfermedades inexistentes. Solo reconoce la dimensión psicótica de la persona, a la que aborda como una única *enfermedad,* y el resto no lo conoce, simplemente lo numera y diferencia superficialmente, pues no requiere atender a la subjetividad del enfermo, a lo que renuncia, sino cumplir con la simple descripción epidérmica de lo que sucede apoyada por la promesa de una solución genética y cerebral[h].

De esta suerte, la dimensión de orden positivista se opone a la dimensión hermenéutica, de la misma forma que, como hemos señalado, la psiquiatría naciente dividió a los psiquiatras en somáticos y psíquicos ya en el alba de su legitimación. Las cosas, como vemos, no cambian tanto como parecen. La historia es muy resistente. Ni siquiera el corte freudiano vino a establecer un pugilato nuevo, simplemente amplió nuestro conocimiento para hacerlo. Nos aportó un modelo de aparato psíquico que no tenía precedentes, un planteamiento inédito del inconsciente y una teoría del deseo que nos permitían ensanchar nuestro conocimiento del hombre sin necesidad de recurrir a los espacios cerebrales, pero no cambió la dicotomía precedente.

Por otra parte, en esta línea de insistencia y repetición histórica, el modelo dimensional y médico de las psicosis, con que se intenta poner al día las clasificaciones, no es sino un eco del paradigma estructural que permanece vivo. El espectro psicótico no es más que el eco de la estructura. Recordemos que en el análisis estructural psicoanalítico la psicosis es única, pero no única en el sentido más vulgar de la psicopatología, que la reduce al reconocimiento de una causa común: la biológica. Única, más bien, porque no hay barreras entre las tres formas canónicas de psicotizarse: la paranoica, la esquizofrénica y la maniacodepresiva. Cualquier psicótico puede transitar de una a la otra sin inmutarse. Puede empezar melancólico y acabar esquizofrénico o viceversa. Puede acomodarse en

[g] El "dolor moral" (dolor anímico) constituye el signo principal y más llamativo de la melancolía según muchos clásicos de la psicopatología. Haciéndose eco de este parecer, Séglas escribió: el melancólico es un enfermo "ingenioso en lo que concierne a atormentarse" (Jules Séglas, Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic, París, Masson, 1897, p. 92 [ed. española: Jules Cotard y Jules Séglas, Delirios melancólicos: negación y enormidad, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2008, p. 92].

[h] En uno de los contados textos dedicados a reflexionar sobre el concepto de enfermedad mental, H. Orthner –siguiendo los argumentos de Kurt Schneider– se muestra sorprendido de la afirmación de von Weitzsäcker según la cual el fin de la medicina no es solo curar. En su opinión, el médico debe limitarse a la enfermedad y, por tanto, a curar enfermos. Hans ORTHNER, "Zur Frage des psychiatrischen Krankheitsbegriffes", Psyche, 1949, tomo 3, fascículo 8, pp. 561-574 (p. 573).

uno de los vértices del triángulo psicótico o puede volverse merecedor de formas mixtas: esquizo-paranoides, esquizo-afectivas o paranoide-melancólicas. Ese recorrido es lo propio de la hipótesis estructural, donde a la continuidad interna se opone una discontinuidad externa que intenta diferenciar las psicosis, hasta donde cabe, de las neurosis y de las patologías límites. La dimensión, en cambio, supera a la estructura en amplitud, derrocando sus límites, pero renuncia a establecer comunicaciones y diferencias internas.

Ahora bien, sea cual fuere el modelo utilizado, cada paciente es distinto y necesita una comprensión individualizada que trasciende cualquier categoría. Por eso se ha criticado tan virulentamente el uso abusivo del diagnóstico. No solo porque suponga un estigma del que es difícil desprenderse, sino porque condena a una identidad suplementaria que en el psicótico puede llegar a ser más absorbente que la propia. Una adscripción a veces tan cruel que en no pocas ocasiones parece infligir a los supuestos enfermos la agresión de un mote, hasta quedar identificados por una suerte de insulto *médico*. Pero también se critica porque nos hace olvidar que la clínica comienza después del diagnóstico, cuando ya hay que hacerse cargo del enfermo, lo que obliga a que el diagnóstico deba ser siempre provisional, laxo y lo menos público posible. Es después de haber llegado a adscribir el caso a una categoría, si este gesto se vuelve imprescindible dentro de los usos administrativos y burocráticos del dispositivo terapéutico donde cada uno ejerce, cuando ya no tenemos excusa para empezar a saber lo que le pasa al paciente, para intentar conocer los usos afectivos, las distancias que establece en sus relaciones y los procedimientos de saber que lleva a efecto. Por ello el uso intensivo del diagnóstico siempre revela una ideología médica de fondo, una renuncia a reconocer la subjetividad, a la que hay que intentar poner coto para que, en último extremo, si resulta ineludible su formulación, no salga del ámbito profesional y se use lo menos posible. Atropellar este acotamiento vuelve escandaloso el hecho habitual de que en algunas prácticas de psicoeducación se intente forzar a los psicóticos a reconocerse bajo un diagnóstico y a humillarse tras una estúpida conciencia de enfermedad, que no ayuda a conocerse y a establecer distancias respecto al propio malestar sino a claudicar ante el saber médico. Eso es un atentado a la clínica que se practica de continuo en la psiquiatría actual, tanto que, con seguridad, este comentario crítico resultará anacrónico para la mayoría y probablemente ridículo a ojos de muchos. Sin embargo, la clínica, en su sentido más elevado, es un intento de comprensión y ayuda al otro que traspasa cualquier clasificación, e incluso la desprecia.

Pero volviendo al centro de nuestro problema, descubrimos enseguida que el nuevo modelo dimensional positivista no renuncia a colocar el diagnóstico como corona de la intervención clínica, aunque su concepto sea amplio, más extenso y no tan categórico, lo que le vuelve curiosamente aún más impreciso que antes, pues no se sigue de ningún intento comprensivo añadido. A este registro de mayor continuidad no se le ha añadido el corrector que marca las discontinuidades internas, esto es, las diferencias dentro del mismo grupo dimensional que corrigen los excesos de la semejanza. No interesa conocer en profundidad cada caso sino recoger los datos imprescindibles, según un protocolo prefijado, para alojar o no al paciente en la dimensión común que le identifica. Tras esta renuncia a conocer en profundidad la psicopatología del paciente, que se suplanta con la atención prestada a confusos síntomas leves, blandos o subumbrales, se esconde la verdadera intención ideológica del modelo, que no es otra que abrir al máximo la posibilidad de prescripción y dejar el espectro tan difuso y con límites tan flexibles que previsiblemente la prevalencia e incidencia de las psicosis no dejarán de crecer en el futuro, desde que se imponga su uso, sin que para

ello sea necesario que la realidad cambie en absoluto. Es el modelo el que se adapta a los nuevos intereses y reduce, amplía, bautiza o ignora a su capricho las distintas figuras de la psicopatología.

Frente a este dimensionalismo de índole biológico y positivista se alza un estudio hermenéutico de la dimensión que intenta corregir los errores del otro, y no caer en la imprecisión de juntarlo todo sin quererlo diferenciar después. Su intención reside en el intento de mantener la continuidad que aporta el concepto antiguo de locura, esto es, la comunidad de todos los trastornos y el componente de locura que existe en la normalidad tan elevado como la normalidad que se da en las psicosis, pero también estudiar y reconocer las diferencias que se van estableciendo en las discontinuidades internas a cada dimensión.

RESUMEN

Se propone estudiar toda la psicopatología siguiendo dos ejes que responden a la dimensión paranoica y melancólica de la vida, que, como decimos, no afecta solo a los psicóticos sino a todos los hombres. De un lado, la melancolía, representada por el deseo y la tristeza, la soledad y la culpa, discurre desde la tristeza ordinaria a la depresión más intensa y psicótica, buscando un lugar compartido por la locura y la normalidad desde donde después se puedan establecer todas las diferencias posibles, indagando una semejanza que las agrupa sin renunciar por ello a las distancias y diferencias que las separan. Y del mismo modo, el eje de la paranoia aúna la desconfianza y los excesos de la interpretación que definen al hombre, trazando después la distinción que separa a quien tiene su grano normal de sospecha, del paranoico más receloso y de la propia esquizofrenia, entendida ésta como la forma más aguda y extrema de paranoia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

La construcción del saber psicopatológico a partir de la transformación de la locura clásica en categorías nosológicas, enfermedades mentales o estructuras freudianas puede seguirse en todos sus detalles en el estudio de José María Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales* (Madrid, Gredos, 2008). Asentada esta perspectiva discontinua, múltiple y estructural, advertidos de sus bondades y también de sus límites, Fernando Colina, en *Melancolía y paranoia* (Madrid, Síntesis, 2011), analiza el otro punto de vista posible en el estudio del pathos, el continuista. En lugar de conformarse con los contrastes entre uno y otro, propone la articulación de ambos mediante los llamados ejes melancólico y paranoico.

Sobre el surgimiento de las grandes descripciones nosológicas, teorías y escuelas psicopatológicas francesas y alemanas, el libro de Paul Bercherie *Los fundamentos de la clínica* (Buenos Aires, Manantial, 1986) sigue manteniendo su vigencia y valor. Para la psicopatología francesa, en especial merece leerse la monografía de Rafael Huertas *El siglo de la clínica* (Madrid, Frenia, 2004). Abundante en datos aunque sin la hilazón de los anteriores, el texto de Germán Berrios *Historia de los síntomas de los trastornos mentales* (México D.F., F.C.E., 2008) resulta útil para consultar aspectos puntuales.

En lo tocante a la locura propiamente dicha, la obra de Michel Foucault *Historia de la locura en la época clásica* (2 vols., México D.F., F.C.E., 1976) es el principal referente. Agradable de leer, el texto de Roy Porter *Breve historia de la locura* (México D.F., F.C.E., 2003), presenta más bien una perspectiva histórica de las distintas visiones médico-psicológicas de la locura.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Minkowski E. Traité de Psychopathologie, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999 [1966], pp. 64-66.

(2) Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000.
(3) Jean-Pierre Falret, "De la non-existence de la monomanie» [1854], en Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, París, Baillière, 1864, pp. 431-432 [ed. española: "Sobre la no existencia de la monomanía", Rev, Asoc. Esp. Neuropsiq., 1996, vol. XV, nº 59, pp. 489-495].
(4) Bleuler E, "La schizophrénie", Rapport de psychiatrie au Congrès des médicins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session, 2-7 agosto, París, Masson, 1926, pp. 2-23 [ed. española: "La esquizofrenia", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1996, vol. XVI, nº 60, pp. 664-676].
(5) Lantéri-Laura G, Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, op. cit., p. 68.
(6 Lantéri-Laura G, Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, op. cit., p. 270.
(7) Lantéri-Laura G, "L'objet de la psychiatrie et l'objet de la psychanalyse", L'évolution psychiatrique, 2005, 70, pp. 31-45.
(8) von Feuchtersleben E, Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde: Als Skizze zu Vorträgen, Viena, Carl Gerold, 1845, p. 74.
(9) Ritti A, "Eloge du professeur Ch. Lasègue", Annales Médico-psychologiques, 1885, nº 2, p. 117.
(10) Ey H, "Étude Nº 4. La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales (La notion de «maladie mentale»)", en Études psychiatriques, Vol. 1, Tomo 1, CREHEY, 2006, p. 77.
(11) Schneider K, Psicopatología clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997. p 33.
(12) Guiraud P, Psychiatrie Générale, Le François, París, 1950, pp. 612-613 y 623.
(13) Ey H, "Étude Nº 26. Épilepsie", en Études psychiatriques, Vol. 2, Tomo 3, op. cit., p. 633.
(14) Griesinger W, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (4ª ed.). Berlín: F. Wreden; 1871. p 6.
(15) Freud S, "Presentación autobiográfica" [1925], en Obras Completas, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu; 1976. p 44.
(16) Genil-Perrin G, Les paranoïaques, París, Maloine, 1926; Montassut M, La constitution paranoïaque. París: Commelin; 1924.
(17) Minutes de la Société psychoanalytique de Vienne, Séance du 30 décembre 1914, en Les premieres psychoanalystes, vol. IV. París: Gallimard; 1983. p 311.
(18 Freud S, Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, Obras completas, Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974. pp 31-33.
(19) Lacan J, "Introduction à l'édition allemande d'un premier volumen des Écrits" [1973], en Autres écrits. París: Seuil; 2001. p 556.
(20) Morselli E, Manual de semiología de las enfermedades mentales. Guía de las diagnosis de la locura para uso de los médicos (Selección), Edición de Alianistas del Pisuerga. Madrid: Ergon; 2011. p 43.
(21) Foucault M, Historia de la locura en la época clásica, Vol. 2. México DF: FCE; 1976 (1964). p 261.
(22) Kraepelin E, "Die Verrücktheit (Paranoia)", en Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze (8ª Ed.), vol. IV, Leipzig, J. A. Barth, 1915, pp. 1709-1779 [ed. española: "La locura (paranoia)", en José María Álvarez y Fernando Colina (Dirs.), Clásicos de la paranoia. Madrid: Dor; 1997. pp 121-197].
(23) Kraepelin E, "Das manisch-depresive Irresein", en Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte (8ª Ed.), vol. III, Leipzig, J. A. Barth, 1913, pp. 1183-1395 [ed. española: La locura maniaco-depresiva, Madrid, Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, en prensa].
(24) Miller J-A et al., Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós; 1999.
(25) Miller J-A et al., La psicosis ordinaria. Buenos Aires: Paidós; 2004.
(26) Berrios G, Prólogo a Guimón J, El diagnóstico psiquiátrico no categorial (Relaciones, dimensiones y espectros). Bilbao: OME editorial; 2007.

2.2. Desarrollo del *self* desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico

Carmen Bayón, Alberto Fernández Liria, María Goretti Morón

1. JUSTIFICACIÓN

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional, habiendo experimentado importantes modificaciones desde sus planteamientos iniciales en base a las aportaciones de la investigación. La actual confluencia entre la teoría del apego y la neurobiología interpersonal nos ofrece una posibilidad real de crear conceptos interdisciplinares más complejos sobre la psicopatogénesis, el apego y el desarrollo socioemocional[1]. Bowlby, en 1978, sugiere que el campo de la etiología y la psicopatología [teoría del apego] pueden emplearse para construir hipótesis que relacionen las diferentes experiencias familiares a diferentes formas de trastornos psiquiátricos y también es posible que a los cambios neurofisiológicos que los acompañan"[2].

Por otro lado, la teoría de apego proporciona una base teórica para entender el espacio intersubjetivo entre paciente y terapeuta y un modelo para comprender el desarrollo humano como un proceso relacional, el *self*-en-relación.

2. EL SISTEMA DE APEGO

En su desarrollo inicial por Bowlby[3, 4, 5], la teoría del apego, que evoluciona a partir del psicoanálisis, la etología y la teoría de sistemas, se basa en la necesidad universal de los seres vivos de crear lazos afectivos. La reciprocidad en las relaciones tempranas se convierte en una condición indispensable para el desarrollo normal. Las conductas de apego del niño, tales como la búsqueda de proximidad, sonreír y aferrarse a su madre, son reflejadas por las conductas de apego del adulto (acariciar, arrullar y tranquilizar), lo que fortalece las conductas de apego del niño hacia ese adulto en particular. Conforme pasa el tiempo, se desarrolla un auténtico vínculo afectivo, que estará basado en nuevas capacidades cognitivas y emocionales del niño así como en una historia de cuidado consistente, sensitivo y receptivo. Los niños forman un vínculo afectivo perdurable con sus cuidadores que les permite utilizar esta base segura a lo largo del tiempo y la distancia. La representación interna de este vínculo se convierte en una parte importante de la personalidad. Sirve como un conjunto de expectativas acerca de la disponibilidad de figuras de apego, la probabilidad de recibir apoyo de estas en situaciones de estrés y la interacción con ellas, que se convertirá en la base de todas las relaciones cercanas durante la infancia, niñez, adolescencia y vida adulta[3, 4, 5].

Desde una perspectiva filogenética, el apego tiene un papel fundamental en la supervivencia de los seres humanos. El *sistema comportamental de apego* es un producto de la evolución que sirve para incrementar la probabilidad de sobrevivir y reproducirse. Incluye tres tipos de comportamientos: 1- Búsqueda, control e intentos de mantener la proximidad de una figura de apego protectora; 2- Uso de esta figura como base segura desde la que explorar (*sistema comportamental de exploración*); y 3- Búsqueda de una figura de apego en situaciones de peligro o alarma[6].

Las experiencias del niño con el cuidador se integrarán en sistemas representacionales que Bowlby llamó *modelos internos de trabajo*. El modelo mental incluye un concepto sobre la figura de apego y sobre los demás (accesibilidad, disponibilidad) y

un concepto de sí mismo, complementario al de la figura de apego que establece el grado de aceptación esperable para uno mismo por parte de las figuras de apego[7]. Además se incluyen los recuerdos, expectativas, creencias y actitudes sobre la relación, las reglas para regular las conductas y afectos, las metas relacionadas con el apego y las estrategias y planes derivados para conseguir esas metas y por último una visión del mundo físico y social en el que se sitúa la relación[8]. Bowlby también se refirió a la exclusión defensiva como el mecanismo por el que sentimientos y pensamientos indeseados se mantienen fuera de la conciencia, con la consiguiente pérdida de flexibilidad del sistema y por tanto de adaptabilidad en el futuro.

Otro punto que nos interesa para el desarrollo de este capítulo es reconocer la evolución de la representación mental en el tiempo desde un nivel implícito, emocional a un nivel explícito gracias al desarrollo del lenguaje y por medio de la narrativa[9].

3. ESTILOS DE APEGO EN LA INFANCIA Y EN EL ADULTO

Mary Ainsworth, trabajó con Bowlby durante 40 años buscando base empírica para sus teorías. Después de realizar estudios observacionales longitudinales en Londres, Uganda y Baltimore, Ainsworth encontró tres patrones principales de apego a partir de los cuales elaboró una situación experimental conocida como la *Situación Extraña* (1974) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de alto estrés. Según esta experiencia, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activa las conductas de apego y hace desaparecer las conductas exploratorias. Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación que le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos: 1. Niños de apego seguro (B), en los que sus madres respondían consistentemente a las conductas de apego, encontrado en un 65-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en EE.UU; 2. Niños de apego inseguro-evitativo (A), en los que sus madres rechazaban consistentemente las conductas de apego y que suponen el 20% del total de niños estudiados en EE.UU; y 3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C), madres que respondían inconsistentemente a las conductas de apego y cuya frecuencia ronda el 10%[10].

Estos tres tipos de apego son los que han sustentado la mayor parte de la investigación posterior. Sin embargo, más recientemente, Main y Salomon (1986), proponen la existencia de un cuarto tipo, que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables, al que denomina inseguro desorganizado/desorientado (D)[11]. Se trata de los niños que, aunque generalmente se ajustan a uno de los patrones descritos, desarrollan en momentos determinados comportamientos aparentemente inexplicables como acercarse al adulto girando la cara o arrojarse al suelo.

Main establece que el modo en el que un individuo presenta la narrativa de su vida (independientemente de su contenido) predice su comportamiento como cuidador de un modo muy específico y sistemático. En 1985, George, Kaplan y Main diseñaron un cuestionario, el *Adult Attachment Interview (AAI)*, en el que se pregunta al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por la valoración de estas experiencias. En función de las características formales de estas respuestas resultó que podían obtenerse tres tipos distintos de modelos internos activos: autónomo, preocupado y rechazante[12].

Main llamó *control metacognitivo* a la capacidad de tener una experiencia emocional y reflexionar sobre ella durante la

entrevista al ser capaz de reevaluar sus experiencias de apego cuando las rememoran. El hecho de que los padres seguros tengan hijos con apego seguro, los padres preocupados niños con apego inseguro-ambivalente, y los padres "rechazantes"[a] niños de apego inseguro-evitativo, ha sido constatado en distintas investigaciones[13] que han encontrado que la capacidad predictiva que las representaciones maternas tienen sobre el tipo de apego que establecen sus hijos ronda el 80%. Estos datos ponen de relieve la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos, que tendría lugar a través de los modelos internos activos construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente (Tabla 1).

ESTADO MENTAL ADULTO RESPECTO AL APEGO	COMPORTAMIENTO INFANTIL EN LA SITUACIÓN CON EL EXTRAÑO
SEGURO/AUTÓNOMO (F)	SEGURO (B)
Discurso coherente, colaborador. Valora el apego pero parece objetivo respecto a acontecimientos o relaciones concretas. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego parecen consistentes, tanto si las experiencias son favorables como desfavorables. El discurso no viola ninguno de los postulados de Grice[b].	Explora la habitación y los juguetes con interés antes de la separación. Da muestras de echar de menos al cuidador durante la separación, a menudo llorando en la segunda separación. Prefiere de modo claro al cuidador que al extraño. Da activamente la bienvenida al padre, generalmente iniciando contacto físico. Frecuentemente mantiene algún contacto tras la segunda reunión, pero se tranquiliza y vuelve a jugar.
RECHAZANTE (DISMISSING) (DS)	EVITADOR (A)
No coherente. Rechazante de experiencias y relaciones referentes al apego. Normalizador ("una madre excelente, muy buena"), con representaciones basadas en generalizaciones y sin apoyo o en franca contradicción con los episodios que refieren, de modo que violan la máxima de calidad de Grice. Las narraciones tienden a ser muy cortas, violando la máxima de cantidad.	No llora en la separación. Evita e ignora al cuidador en la reunión (alejándose, volviéndose o zafándose del abrazo si lo cogen). Poca o ninguna proximidad o búsqueda de contacto, no muestra malestar ni rabia. La respuesta a los padres parece desprovista de emociones. Se centra en los juguetes o en el entorno durante todo el experimento.

[a] Hemos optado por utilizar, como viene siendo habitual en las traducciones al castellano, el término "rechazante" por el ingles "dismissing". Aparte del barbarismo, el término tiene el problema de sugerir una actitud activa que no tiene por qué estar siempre presente. Hemos barajado dos posibles alternativas. El término "despreocupado" lo hemos rechazado porque podría sugerir ser exactamente lo opuesto al pàtrón que en inglés se llama "preoccupied" y nosotros hemos traducido como "preocupado". El témino "distante" parece hacer alusión a un efecto más que a una actitud y tampoco abarca el mismo campo semántico que "dismissing"

[b] Según Paul Grice, conocido por sus contribuciones a la filosofía del lenguaje en el ámbito de la teoría del significado y de la comunicación, cualquier interacción verbal está regida por el principio de cooperación:"Haz que tu contribución sea la requerida para la finalidad del intercambio conversacional en el que estas implicado" (Studies in the Way of Words, Cambridge, Harvard University Press, 1991).

PREOCUPADO (E) Incoherente. Preocupado por las relaciones o experiencias pasadas parece enfadado, pasivo o temeroso. Las frases son a menudo largas, gramaticalmente enrevesadas o plagadas de expresiones vagas como "y tal y tal…", "ta, ta, ta, ta…", "y eso…", de modo que viola la máxima de relevancia de Grice. Los transcritos son excesivamente largos y violan la máxima de cantidad	RESISTENTE O AMBIVALENTE (C) Pueden estar recelosos o molestos incluso antes de la separación, con poca exploración. Preocupados con el cuidador durante todo el experimento. Puede parecer enfadado o pasivo.. No se tranquiliza después de la reunión y generalmente sigue centrado en el cuidador y llora. No vuelve a la actividad de exploración
NO RESUELTO/DESORGANIZADO (U) Durante la discusión de abandonos o abusos, comete imprecisiones o errores de razonamiento o discurso. Por ejemplo puede dar muestras de considerar viva a una persona muerta o de atribuir su muerte a un pensamiento infantil. Puede entrar en períodos de silencio o charla aduladora. En otros momentos se comporta como los individuos de otras categorías	DESORGANIZADO/DESORIENTADO (D) El niño despliega comportamientos desorganizados o desorientados en presencia del cuidador que sugieren un colapso de sus estrategias comportamentales. Por ejemplo se puede quedar paralizado, como en trance con las manos en el aire; puede levantarse a la entrada del cuidador y, entonces, tirarse al suelo y permanecer boca abajo; o puede arrimarse gritando e inclinándose hacia atrás con la mirada alerta. En otros momentos se comporta como los niños de otras categorías

Tabla1: Clasificaciones en el AAI y patrones de conducta correspondientes en la *Situación Extraña*[12]

Para Bretherton (1985), lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias, que es lo que en realidad evalúa el *AAI* [14]. El hecho de que la transmisión generacional sea bastante frecuente no debe llevarnos a pensar que se trata de un hecho inevitable. Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar bastante estabilidad, ciertas experiencias pueden provocar cambios. Así puede suceder, por ejemplo, el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, la experiencia de la maternidad[10], o la psicoterapia que encontraría en esta posibilidad la razón de ser de su existencia.

4. NEUROBIOLOGÍA DEL APEGO

Allan Shore (2001) afirma que tanto el desarrollo neurológico como el psicológico de la primera infancia se articula sobre la capacidad de sintonía de las figuras de apego: no es solo que el cerebro del bebé sea afectado por esa interacción; es que requiere literalmente de la interacción cerebro/cerebro y esto ocurre en el contexto de un relación positiva entre la madre y el niño[15]. A través de este sistema interactivo regulador es como aprendemos a estar con otras personas y con nosotros mismos. En una díada segura madre hijo, la relación con la madre regula el sistema nervioso autónomo en desarrollo del niño y proporciona la estimulación necesaria para la maduración del sistema socioemocional y psiconeurobiológico que es dependiente de la experiencia. La estimulación somato-sensorial es a través de procesos visuales, auditivos, gustativos, olfatorios y vestibulares. En el sistema relacional seguro está el germen necesario para el desarrollo socioemocional, como es la capacidad de

confianza, empatía, amor, alegría, humor, paciencia, creatividad y vitalidad[15].

Las experiencias de apego tienen influencia directa sobre las conexiones neuronales que se establecen a nivel del sistema límbico en el hemisferio derecho, hemisferio dominante durante los dos primeros años de vida. El sistema límbico es el sistema cerebral que vehicula información en términos de emociones y sirven para guiar la conducta y el hemisferio derecho juega un rol central en la evaluación automática y no consciente del significado emocional positivo o negativo de estímulos sociales. Es dominante para el procesamiento de la comunicación emocional que incluye la mirada, el tono de voz, los gestos faciales y de las manos, y los aspectos somáticos de las emociones. El hemisferio derecho es dominante asimismo en situaciones de estrés abrumador, activando el eje hipotálamo hipófiso adrenal con la producción de hormonas de estrés (cortisol). La comunicación sincronizada entre madre e hijo podríamos decir que tiene lugar de "hemisferio derecho a hemisferio derecho", y sabemos que es imprescindible para el desarrollo posterior del córtex orbitofrontal derecho, que juega un papel fundamental en la regulación del afecto y otras funciones ejecutivas. La sincronía de la díada segura madre hijo modula la intensidad y duración de la actividad simpática (alta) y parasimpática (baja)[16].

Siegel (1999) afirma que el desarrollo del cerebro después del nacimiento depende de cómo la maduración biológicamente programada del sistema nervioso es conformada por la experiencia interpersonal, y esta experiencia ocurre en el marco de la relación de apego[17].

Aunque susceptibles de ser modificados como se ha mencionado anteriormente, los patrones de apego infantiles siguen influyendo en nuestra vida adulta y esa influencia va más allá de su capacidad de modelar las nuevas relaciones, ya que también influyen en nuestra vida emocional, funcionamiento neuroinmunológico y sentido del *self* [18].

5. APEGO Y DESARROLLO DEL *SELF*: AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL Y NARRATIVA

El *self* se origina, se construye y se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego. Wallin (2007) establece cuatro dominios o dimensiones del *self* que están intimamente ligados e interrelacionados: 1. El *self* somático, 2. El *self* emocional, ya que el objetivo del apego es sentirse seguro. Las emociones son centrales en la relación de apego, es la forma de comunicación más directa con el otro. Schore considera que el núcleo del *self* se encuentra en pautas de regulación afectiva.; 3. El *self* representacional, en el que a partir de los modelos de trabajo interno adquirimos una base segura internalizada que nos permite restablecer el equilibrio emocional a través de un contacto simbólico; y 4. El *self* reflexivo y de la conciencia plena (*mindfulness)*, que se asocian a la presencia de una base segura interna que hace posible la resiliencia y la exploración[7].

La organización del *self* comprende inicialmente la integración de las experiencias corporales, estableciendo los límites entre el propio cuerpo y el mundo. Una vez logrado, las experiencias sociales y el reconocimiento de los límites sociales constituyen los elementos fundamentales del *self*. Entre el nacimiento y los cinco meses, el intercambio de señales afectivas cara a cara entre el niño y el cuidador, representará un papel fundamental en el desarrollo de la representación del afecto en el niño[19]. Para Bowlby (1978), los afectos son el único medio de comunicación que tenemos en los primeros años de vida[2]. Los afectos son innatos, pero la capacidad de regular las emociones no está presente en el nacimiento sino que se construye con el cuidador, depende de la cualidad de las relaciones de apego. Damasio (1994) afirma que las emociones son la forma más completa de bioregulación en organismos complejos, y las representaciones primordiales de los estados corporales son los pilares sobre los que se construye el

desarrollo[20]. Las emociones y su regulación son esenciales en la función adaptativa del cerebro.

Algunas razones que se sugieren cuando se enuncia que los afectos son centrales en el desarrollo del *self* serían que "las emociones son las evaluaciones intuitivas o del estado del propio organismo (…) o de las situaciones ambientales en las que se encuentra"[3]. Además, las emociones facilitan las decisiones, provocan acciones y están siempre conectadas al cuerpo.

La función reflexiva o mentalización es un hito en el desarrollo que permite al niño responder no sólo a las conductas de los otros sino también a sus propias creencias y sentimientos. Capacita a los niños para leer la mente de los otros, y de esta forma hacer que sus conductas sean significativas y predecibles. El hecho de explorar las conductas de los otros, permite al niño comprender y dar significado a sus propias experiencias psicológicas, lo que estará en la base de la regulación del afecto, el control de los impulsos, la auto observación y la autonomía, bases en el desarrollo del *self*. Para Fonagy la capacidad reflexiva es un factor de protección que atenúa el impacto de las experiencias infantiles adversas y disminuye la probabilidad de la transmisión intergeneracional de la inseguridad[6].

Fonagy habla de tres modos de experiencia subjetiva: 1. El modo de equivalencia psíquica, en el que no hay diferencia entre los pensamientos y los hechos; 2. El modo *como sí*, en que el mundo interno se separa del externo; y 3. El modo mentalizador o reflexivo, en que somos capaces de darnos cuenta de que el mundo interno está separado, pero en relación con el externo. Estos tres modos de funcionamiento se suceden secuencialmente en el desarrollo del niño (el modo mentalizador aparece sobre los cuatro años de edad)[21].

Daniel Stern (1985) señala que el núcleo básico del *self* del niño es lo que llama la *sintonía afectiva*, entendido como el doble proceso de resonancia emocional y comunicación que nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro y acordar con el otro que estamos compartiendo una experiencia. El apego y la intersubjetividad son dos sistemas motivacionales separados y complementarios: el sistema de apego equilibra nuestra necesidad de seguridad y proximidad física con nuestro aprendizaje de que la exploración es posible; el sistema de la intersubjetividad está guiado por nuestra necesidad de conocer que somos conocidos por otros y como el apego tiene ventajas evolutivas. La mentalización es una manifestación de la intersubjetividad, pero es algo distinto de ésta, que no supone tanto entender la mente del otro, como resonar, alinearse y compartir los paisajes mentales.

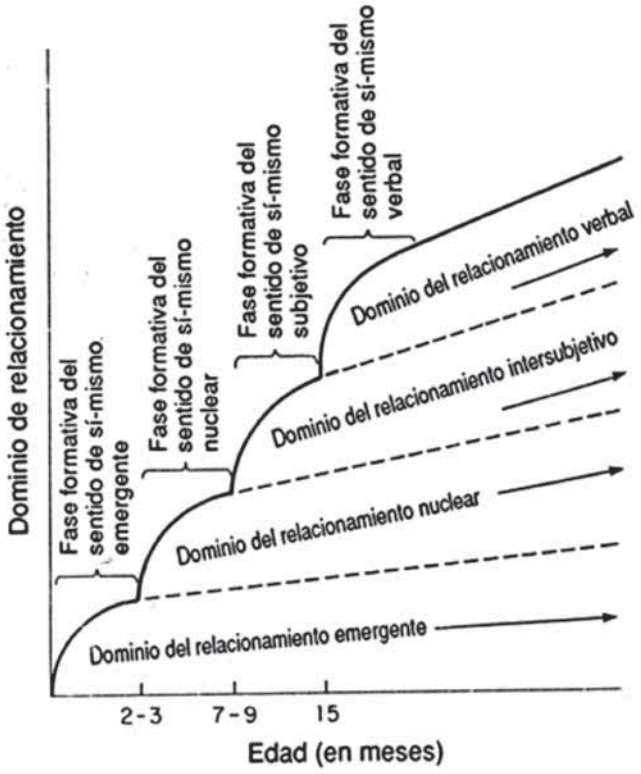
Para Stern, a lo largo del desarrollo, el niño desarrolla diferentes sentidos del *self* según los modos de relación: el *self* emergente (0 – 2 meses), el *self* nuclear (2 – 6 meses), el *self* subjetivo (7 – 9 meses) y el *self* verbal (9 – 12 meses)[22].

La teoría del apego ha demostrado vínculos entre estas observaciones en los primeros momentos de la vida y el *self* narrativo en adultos. La capacidad reflexiva es determinante para que madres que fueron traumatizadas en su infancia no hagan apegos inseguros[19]. Su incremento reduce la vulnerabilidad psicológica y es un objetivo de la psicoterapia que se relaciona con la competencia autobiográfica[23].

6. IMPLICACIÓN DEL APEGO EN LA PSICOPATOLOGÍA

El modelo de desarrollo propuesto por Bowlby[3, 4, 5] tiene importantes implicaciones para la psicopatología. El desarrollo en el niño de un apego hacia el cuidador es un factor fundamental del desarrollo que influencia no sólo las representaciones del niño sobre sí mismo y los otros, sino también estrategias para procesar pensamientos y sentimientos en cuanto a las relaciones de apego a lo largo de la vida. Los acontecimientos vitales ligados al ape-

Figura 1: Distribución en el tiempo de las fases formativas del self[22]



go, tales como la pérdida o el abuso, llevan a modificaciones en las representaciones internas y afectan las estrategias del niño para procesar pensamientos y sentimientos, lo que les hace más vulnerables a la psicopatología[3, 4, 5].

La pérdida en las relaciones de apego se ha relacionado con múltiples trastornos en vida adulta tales como la depresión, la ansiedad y la personalidad antisocial. Según el tipo de pérdida se afecta el desarrollo de psicopatología de forma diferencial: la depresión se ha relacionado con la pérdida temprana de la madre; la ansiedad se ha relacionado más con la amenaza de pérdida y la inestabilidad que con la pérdida permanente, y el trastorno de personalidad antisocial con la pérdida a través del abandono, separación y divorcio.

Las circunstancias previas y posteriores a la pérdida serán determinantes para el desarrollo bien de resiliencia o de vulnerabilidad en el niño. Una relación afectuosa con la madre así como con el padre u otros cuidadores tras la pérdida, parecen proteger al niño de los efectos de dicha pérdida, mientras que una madre no disponible y un cuidado negligente tras la pérdida aumentan la vulnerabilidad del niño al desarrollo posterior de ansiedad o depresión. Del mismo modo, en la personalidad antisocial se han encontrado como predictivos en mayor medida la perversión e inadecuación en las relaciones con los cuidadores que la pérdida en sí misma.

Las experiencias tempranas de abuso se han relacionado con los trastornos disociativos, el trastorno límite de personalidad y el antisocial. Cuando los cuidadores son la fuente del daño los niños desarrollan conflictos muy difíciles de resolver, ya que las figuras que les protegen de la amenaza son en sí mismas amenazantes[24].

Giovanni Liotti (1992) ha señalado semejanzas entre la naturaleza no integrada de la conducta desorganizada del niño y la falta de integración mental característica de los síntomas disociativos en el niño o el adulto. Se considera que los niños con apego desorganizado tienen más probabilidades

de mostrar síntomas disociativos según se aproximen a la etapa adulta. El niño desarrollará representaciones mentales desintegradas y, en último lugar, disociadas o escindidas en la medida en que el cuidador no se implique en un diálogo afectivo, simbólico e interactivo suficientemente integrado con él[25]. Si los padres no pueden reconocer y responder a afectos de apego básicos o si se muestran temerosos u hostiles en cuanto a integrar esos aspectos de la experiencia del niño en el intercambio afectivo con él, es más probable que se produzca la falta de integración de estados mentales evidentes en las experiencias disociativas o en aspectos del trastorno límite de personalidad[26].

El apego desorganizado en la infancia se asocia en vida adulta con conductas autolesivas, propensión a la disociación, impulsividad y conductas potencialmente violentas, consideradas características nucleares del trastorno límite de personalidad. Fonagy y Bateman sugieren que una pobre mentalización del niño por parte de la madre determina un pobre desarrollo de las capacidades cognitivas del niño, particularmente la regulación emocional y control atencional, y con ello la desorganización del apego. Proponen que algunos individuos con trastornos de personalidad son aquellas víctimas de maltrato infantil que lo afrontaron rechazando captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño. El continuar alterando defensivamente su capacidad para representarse estados mentales propios y de los otros les lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos[27].

7. APEGO Y PSICOTERAPIA. IMPLICACIÓN DEL APEGO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.

En los últimos años se han articulado una serie de propuestas de fundamentar en la teoría del apego y en los hallazgos de la investigación una moderna teoría de la psicoterapia que permitiera releer desde este nuevo paradigma las propuestas y los modos de actuar de las diferentes escuelas.

Bateman y Fonagy (2004) desarrollan la terapia basada en la mentalización para trastorno límite de la personalidad basándose en los conceptos previamente desarrollados de desorganización del apego y déficit en la capacidad de mentalización en estos pacientes[21].

Holmes (2001) ofrece una psicoterapia basada en el apego, de carácter integrador, de tiempo limitado y estructurada, aunque no empíricamente validada, basándose en seis dominios fundamentales que comprenden la base segura, la exploración y el juego, la protesta y la asertividad, la pérdida, los modelos internos de trabajo y la capacidad reflexiva[23].

Una de las propuestas mejor fundamentadas es la de David Wallin quien resalta tres hallazgos de la teoría del apego para la práctica de la psicoterapia: 1) las relaciones de apego co-creadas son el contexto clave para el desarrollo del niño, 2) la experiencia preverbal conforma el núcleo para el desarrollo del *self* y 3) la forma de entender la propia experiencia desde uno mismo (la capacidad reflexiva), y no los hechos de la historia, es mejor predictor de la conducta de apego que un determinado sujeto desarrollará cuando actúe como cuidador de un niño[7].

A partir de estos puntos, Wallin plantea la psicoterapia como un encuentro entre el cliente y terapeuta donde se produce una relación transformadora, una relación de apego que provee una base segura desde la que explorar. Si la psicoterapia ofrece una experiencia emocional correctiva es porque el terapeuta ofrece unas condiciones semejantes a las que proporcionan las relaciones de apego seguro: sintonía, manejo de la protesta sana, sensibilidad, reflejo (mirroring), etc. El objetivo es generar con el paciente una relación que sea más sintónica, inclusiva y colaboradora que las que él conforma habitualmente. En este contexto se intenta

acceder a las experiencias rechazadas o disociadas que no han sido o no han podido ser puestas en palabras, y se intenta darles sentido. En general, las experiencias traumáticas y preverbales no pueden ser articuladas y han de ser disociadas de modo que sólo se hacen accesibles porque son evocadas, escenificadas o corporizadas. El foco en la experiencia no verbal en el marco de una base segura permite el afloramiento de emociones disociadas y su reconocimiento.

El terapeuta debe ser capaz de acceder a la emoción y utilizarla así como contar con herramientas para procesar las emociones de forma que se pueda alcanzar una experiencia emocional adaptativa. El acceso, la articulación y la reflexión sobre esas experiencias potencia la competencia narrativa[23] del paciente, se ayuda a construir una nueva historia, con nuevos elementos y con nuevos significados.

El terapeuta debe estar especialmente atento a su propia experiencia y practicar lo que Wallin llama la visón binocular (estando atento a la vez a la experiencia del paciente y a la suya propia, con un acento importante en el cuerpo del paciente y el suyo propio).

Aparte de los modelos psicoterapéuticos específicamente basados en el apego, algunos de los conceptos clave de las teorías psicoterapéuticas clásicas han cobrado nuevo significado a la luz de la psicoterapia basada en el apego. Así ha sucedido por ejemplo con el concepto de transferencia. Desde una perspectiva relacional la transferencia no es vista como una distorsión sino más bien como una especie de rigidez que se refleja en el hecho de que entre todas las interpretaciones creíbles del comportamiento del terapeuta el paciente se adhiera sólo a una. La consecuencia técnica es empezar por reconocer lo que hay de plausible (o acertado) en la percepción del paciente, lo que Linehan denomina validación. Esto es esencial para que el paciente pueda confiar en que el terapeuta está abierto a sus pensamientos y sentimientos.

Otro tanto ocurre con la contratransferencia. Clásicamente se concebía como un impedimento ocasional y esporádico procedente de la vida psíquica del terapeuta. En el nuevo paradigma es una manifestación viva de la relación con el paciente que técnicamente justifica el uso juicioso de la autorrevelación de la transferencia.

Respecto a la resistencia, tradicionalmente se concibe desde un punto de vista exclusivamente intrapsíquico, como resultado de que algo, en la psique del paciente, debe ser apartado de la conciencia. En el nuevo paradigma tiene también un significado interpersonal. El comportamiento del paciente debe verse también como una respuesta a la calidad de la sintonía (o falta de sintonía) por parte del terapeuta. La resistencia se concibe como comunicación sobre aspectos de la experiencia del paciente que son difíciles de poner en palabras.

Por último, el concepto de neutralidad que en el nuevo paradigma se considera un ideal inalcanzable, o una ilusión o algo directamente indeseable, porque priva de la subjetividad del terapeuta como un instrumento valioso. Se asume que ni el paciente ni el terapeuta pueden ser objetivos y que la neutralidad debe traducirse en el esfuerzo compartido por trabajar juntos sobre las resistencias interpersonales.

Los pacientes suelen acudir a consulta por sus dificultades en la integración o desarrollo de sus capacidades de pensar, sentir, y relacionarse con los demás, y consigo mismos, de un modo eficaz. El papel del clínico es facilitar la integración y, de este modo, la reasunción del desarrollo sano que, generalmente, se inicia con el desarrollo emocional[28].

En la relación terapéutica, la unión que se crea mediante procesos diádicos, equivalente adulto del apego seguro, sirve como un entorno en el que procesos emocionales profundos, mediados por el hemisferio derecho y el sistema límbico, pueden ser accedidos de forma experiencial, procesados y trabajados para que puedan ser integrados con la narrativa autobiográfica del paciente.

RESUMEN

La teoría del apego se basa en la necesidad universal de los seres vivos de crear lazos afectivos. Los niños forman un vínculo afectivo perdurable con sus cuidadores que utilizarán como base segura a lo largo del tiempo y la distancia, convirtiéndose la representación interna de este vínculo en una parte importante de la personalidad y en la base de todas las relaciones cercanas a lo largo de la vida. Por otro lado, el apego se ha considerado un producto de la evolución que sirve para incrementar la probabilidad de sobrevivir y reproducirse, activando conductas de búsqueda de protección y exploración.

Desde la perspectiva de la neurobiología, tanto el desarrollo neurológico como el psicológico de la primera infancia se articula sobre la capacidad de sintonía de las figuras de apego, siendo la relación con la madre lo que regula el sistema nervioso autónomo en desarrollo del niño y proporciona la estimulación necesaria para la maduración del sistema socioemocional y psiconeurobiológico de éste. Las relaciones de apego serán la base sobre la que se construya el self, contribuyendo a la capacidad reflexiva y de regulación emocional.

De acuerdo con la investigación en este campo, se identificaron inicialmente tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego: 1. Niños de apego seguro (B); 2. Niños de apego inseguro-evitativo (A); y 3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C). A éstos se añadiría posteriormente un cuarto tipo o apego inseguro desorganizado/desorientado (D). En cuanto a los patrones de apego adulto, se ha establecido que el modo en el que un individuo presenta la narrativa de su vida (independientemente de su contenido) predice su comportamiento como cuidador de un modo muy específico y sistemático; de este modo se obtienen tres patrones diferentes: autónomo, preocupado y rechazante. La transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos ha sido constatada en distintas investigaciones aunque no se considera inevitable, existiendo la posibilidad de que ciertas experiencias, entre ellas la psicoterapia, puedan provocar cambios.

El desarrollo en el niño de un apego hacia el cuidador influencia las estrategias para procesar pensamientos y sentimientos en cuanto a las relaciones de apego a lo largo de la vida, lo que se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología en vida adulta. Acontecimientos vitales ligados al apego, tales como la pérdida y el trauma, afectan de forma diferencial al desarrollo de trastornos de ansiedad, disociativos, depresión o trastornos de personalidad, entre otros.

En los últimos años se han articulado una serie de modelos psicoterapéuticos fundamentados en la teoría del apego y en los hallazgos de la investigación, a la vez que algunos de los conceptos clave de las teorías psicoterapéuticas clásicas han cobrado nuevo significado a la luz de la psicoterapia basada en el apego. De este modo, la teoría del apego proporciona una base teórica para entender el espacio intersubjetivo entre paciente y terapeuta, y la psicoterapia como una herramienta para ejercitar la regulación emocional, la capacidad reflexiva y con ello la competencia autobiográfica, reduciendo así la vulnerabilidad psicológica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Wallin DJ. Attachment in Psychotherapy (Trad cast: Apego y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2011). New York: Guilford Press; 2007. En este libro, el autor comienza revisando el concepto del apego y las investigaciones en este campo, con especial interés en la interrelación entre neurociencia,

estudios sobre el trauma, psicoterapia relacional y psicología del mindfulness. A partir de esto, articula un modelo de psicoterapia como un tratamiento transformador a través de la relación, explicando también el trabajo con las experiencias emocionales y corporales del paciente así como la experiencia subjetiva del terapeuta.

Holmes J. The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy (Trad cast: Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura. Desclee de Brouwer; 2001). Hove: Routledge, 2001. El autor repasa los conceptos fundamentales del apego para centrarse en seis dominios fundamentales de relevancia en el tratamiento psicoterapéutico. Presenta un modelo de psicoterapia breve basada en el apego, altamente estructurada y de carácter integrador.

Bateman A, Fonagy P. Mentalization – based treatment for borderline personality disorder. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006. Se trata de una guía orientada a la práctica clínica en que los autores exponen de forma didáctica el modelo de la mentalización y sus aportaciones para entender el trastorno límite de la pesonalidad, centrándose en la estructura y herramientas básicas del tratamiento basado en la mentalización.

REFERENCIAS

(1) Schore A. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health (Part II). Infant Mental Health Journal 2001; 22: 201-269.
(2) Bowlby J. Attachment theory and its therapeutic implications. In S.C. Feinstein & P.L. Giovacchini (Eds.), Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies. Chicago: University of Chicago Press; 1978.
(3) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 1: Attachment. (Trad cast: El apego y la pérdida - 1. El apego. Barcelona: Paidós; 1998). New York: Basic Books; 1969.
(4) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 2: Separation. (Trad cast: El apego y la pérdida - 2. La separación. Barcelona: Paidós; 1985). New York: Basic Books; 1973.
(5) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 3: Loss. (Trad cast: El apego y la pérdida - 3. La pérdida. Barcelona: Paidós; 1993). New York: Basic Nooks; 1980.
(6) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and Development of the self. New York: Other Press; 2004.
(7) Wallin DJ. Attachment in Psychotherapy (Trad cast: Apego y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011). New York: Guilford Press; 2007.
(8) Lafuente Benaches, MJ. El sistema de apego. En: Lafuente Benaches MJ, Cantero López MJ (Ed). Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor. Madrid: Pirámide; 2010.
(9) Nelson K. Event representations, narrative development and internal working models. Attachment and Human Development 1999; 1:239-252.
(10) Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente 2004; 4 (1): 65 – 81.
(11) Main M, Salomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Affective development in infancy. En: Brazelton, T. Berry (Ed); Yogman, Michael W. (Ed). Affective development in infancy. Westport, CT, US: Ablex Publishing, 1986.
(12) Hesse E. The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En: Cassidy, Jude (Ed); Shaver, Phillip R. (Ed). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, (pp. 395-433). New York, NY, US: Guilford Press; 1999.
(13) Benoit D, Parker, K. Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. Child Development 1994; 65: 1444–1456.
(14) Bretherton I. Attachment Theory: Retrospect and Prospect. Monographs of the Society for Research in Child Development; 50 (1/2), Growing Points of Attachment Theory and Research 1985: 3-35.
(15) Schore A. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health (Part I).Infant Mental Health Journal, 2001; 22: 7-66.
(16) Tatkin S. A Developmental Psychobiological Approach to Therapy. Psychoanalytic Research: 20-22.
(17) Siegel DJ. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford; 1999.
(18) Cozolino L. The. neuroscience of human relationships. New York: Norton; 2006.
(19) Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and Psychopathology, 9 (1997), 679–700.
(20) Damasio A. Descartes' error: emotions, reason and the human brain (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica; 1996). New York: Grosset/Puttnam; 1994.

(21) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatmen for the borderline personality disorder; a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
(22) Stern D. The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and devepmental psychology (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books; 1985.
(23) Holmes J. The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy (Trad cast: Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura. Bilbao: Desclée de Brower; 2001). Hove: Routledge; 2001
(24) Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. En: Cassidy, Jude (Ed); Shaver, Phillip R. (Ed), (1999). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, (pp. 497-519). New York, NY, US: Guilford Press, xvii, 925 pp.
(25) Liotti, G. (1992), Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. Dissociation, 4:196-204.
(26) Lyons-Ruth K. The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized. Psychoanalytic Inquiry 2006, 26 (4): 595-616.
(27) Fonagy P. Apegos patológicos y acción terapéutica. Revista de Psicoanálisis 2000; 4: 1-14.
(28) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia. Átopos 2009 (8): 5-16.

2.3. Proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas

Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria y Carmen Bayón Pérez

INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones diagnósticas más utilizadas para describir el trauma lo definen esencialmente como un acontecimiento experimentado o atestiguado por una persona que conlleva una amenaza de muerte o desafío a la integridad física de si misma o de otras personas vivido con un intenso miedo e indefensión[1]. En este texto nos vamos a referir al "trauma" como aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Trauma sería cualquier acontecimiento que produce un efecto negativo y duradero sobre el self. Es inasumible porque cuestiona la identidad del ser humano como un ser relacional, pone en cuestión el sí mismo-en-relación.

Siguiendo esta línea, nos referiremos a experiencias traumáticas no sólo las producidas por eventos discretos e intensos, sino también a las experiencias menores, sutiles, cuasi microscópicas y repetitivas, que inciden en el mundo emocional de la persona. De esta forma, las experiencias de abuso y negligencia que se podrían concretar como el fracaso de los padres para atender y responder a las demandas y necesidades emocionales de sus hijos se consideran experiencias traumáticas. También deben ser incluidos los estados de miedo generados por situaciones sociales de opresión política o de guerra[2, 3]. Como sostiene Gertz "No solo las ideas, sino también las emociones son artefactos culturales en el hombre"[4]. Las guerras provocan una respuesta de miedo crónico entre la población, de forma que el miedo deja de ser una respuesta a una situación de alarma concreta para convertirse en un estado habitual de la vida cotidiana. Cuando miles de sujetos son los amenazados, la amenaza y el miedo caracterizan también las relaciones sociales, influyendo sobre la conducta de los sujetos[5].

En este texto nos proponemos revisar lo que ocurre dentro de la persona y de su entorno tras una o varias experiencias traumáticas y las estrategias más importantes para el tratamiento que se derivan de ello. Para conseguir esto es necesario revisar, a su vez, cómo está equipado el organismo humano y como se produce la respuesta para la que está preparado ante situaciones estresantes.

NEUROBIOLOGÍA Y TRAUMA

La experiencia traumática es, además de una experiencia psicológica y social, una experiencia psicofisiológica incluso cuando el incidente no causa daño corporal directo. Conocer cómo se procesa la experiencia, sobre todo a nivel subcortical, es importante para orientar el tratamiento.

El sistema nervioso central del ser humano está preparado para responder ante el peligro o la amenaza a través de una respuesta, la reacción general de alarma, y lo hace a través de tres conductas principales: lucha, huida o congelación.

Mc Lean[6] divide el cerebro humano en tres partes filogenéticamente diferentes: el cerebro reptiliano, el cerebro paleomamífero y el neomamífero. Estas partes se corresponderían con las zonas cerebrales, del tallo cerebral, el sistema límbico y el córtex. Solo el cerebro neomamífero es capaz de conciencia y de comunicación verbal, y se asocia con la memoria autobiográfica. El cerebro reptiliano y el paleomamífero son

cerebros no verbales, que contienen las huellas emocionales y sensoriales de las experiencias y que influyen a un nivel no consciente en el procesamiento del cerebro neomamífero[7].

El tallo cerebral o cerebro reptiliano regula las funciones corporales básicas tales como la frecuencia cardíaca y la respiración. Tiene que estar maduro desde el nacimiento para que un bebé sobreviva.

El sistema límbico es el asiento de los instintos de supervivencia y los reflejos. El hipotálamo es el responsable del mantenimiento de la temperatura del cuerpo, de la nutrición e hidratación esencial, del descanso y del balance. El hipocampo y amígdala son las dos estructuras del sistema límbico que más se han estudiado en relación con el procesamiento de la experiencia. La amígdala, estructura que está funcionante desde el nacimiento, se considera fundamental para el procesamiento y regulación de los estímulos socio-emocionales. Está conectada estrechamente con el sistema nervioso autonómico (SNA), produce la respuesta visceral y del músculo liso al estrés y a la relajación, incluyendo el *arousal* sexual y el orgasmo y las reacciones de estrés de fuga o pelea y de congelación e inmovilización. El hipocampo procesa los datos necesarios para dar sentido a las experiencias dentro de la línea de tiempo de la historia vital (¿Cuando me ocurrió esto?)y la secuencia de la experiencia en sí misma (¿Que ocurrió primero?). El hipocampo madura más tarde, entre el segundo y el tercer año, por este motivo las experiencias infantiles más tempranas incluyen los aspectos corporales de la emoción sin el contexto ni la secuencia. La inmadurez del hipocampo en el nacimiento es una explicación para la amnesia infantil.

Tras una experiencia intensamente estresante, como es la traumática, se produce una liberación en exceso de cortisol que además de producir efectos dañinos en casi todos los sistemas corporales, parece ser responsable de la inhibición de la función del hipocampo. Durante la experiencia traumática hay una distorsión del procesamiento a nivel subcortical, las sensaciones físicas y las emociones quedan almacenadas en la amígdala, sin procesar, sin contextualizar en el tiempo ni en el espacio, flotando sin contexto.

Y por último el cortex cerebral que es el responsable de todas las funciones mentales superiores incluyendo el habla, pensamiento, abstracción, razonamiento, aprendizaje y la memoria episódica y semántica. El córtex cerebral derecho parece jugar un papel más importante en el almacenamiento de input sensorial (recibe más información de la amígdala). El cortex izquierdo parece tener más relación con el hipocampo. Parece depender del lenguaje para procesar la información[7, 8].

Cuando se vive algún acontecimiento que nos trastorna, tras atravesar la primera fase de un correlato emocional y cognitivo negativo, se puede pasar a otra fase en la que la persona quizás consigue cambiar los diálogos internos, o discutir lo ocurrido con personas de su entorno, o dormir y soñar, de modo que la experiencia pueda ir asimilándose y procesándose hasta permitir un tipo de respuesta adaptativa. Cuando ocurre esto, aprendemos lo que necesitamos de la experiencia vivida y desechamos lo innecesario, sin que nos afecte una y otra vez. Sin embargo, cuando una persona es víctima de un trauma, este sistema de procesamiento de información se desequilibra, se produce una activación emocional y el afecto intenso interfiere en la evaluación y el procesamiento de la experiencia emocional e impide la integración del recuerdo en una narrativa coherente. La elevada activación incide en el funcionamiento de áreas cerebrales como el lóbulo frontal, la corteza prefrontal y el hipocampo, áreas implicadas en los procesos evaluativos y ejecutivos. Al no producirse las conexiones y asociaciones internas adecuadas, la experiencia queda almacenada de la misma forma que en el periodo de tiempo en que ocurrió y no se produce el proceso de aprendizaje que

lleva a la resolución. La persona que sufre síntomas de estrés postraumático queda atrapada en una estructura cognitiva dominada por pre-esquemas de peligro o desconfianza que desencadenan respuestas no adaptativas en situaciones que recuerdan a la situación traumática original.

SISTEMA DE APEGO Y TRAUMA

En la especie humana, el cuidador juega un papel importante no solo como proveedor de necesidades básicas sino como regulador de estados elevados de estimulación. En este mismo libro se puede consultar el capítulo dedicado al sistema de apego para profundizar más en este campo. Un apego seguro capacita al niño para autorregular estímulos positivos y negativos[9]. La presencia de cuidadores suficientemente buenos contribuye en gran parte al desarrollo de circuitos neuronales que son vitales para la autoregulación emocional y la implicación en relaciones sociales. El abuso, la negligencia o la deprivación afectiva en la infancia reducen los niveles de endorfinas, CRF y dopamina y aumentan los niveles de las hormonas del estrés. Estos cambios bioquímicos generan un ambiente tóxico que inhibe la plasticidad neuronal y probablemente hace a ese niño psicopatológicamente más vulnerable[10].

La experiencia de vinculación, en esa zona de conexión y diferenciación con los otros y con el mundo, es la gran reguladora de la emoción. De esa forma, para un desarrollo armonioso del sí mismo, el ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional. El desarrollo de la capacidad de integración afectiva depende, al menos en parte, del grado en el cual los cuidadores han atendido y respondido a la experiencia subjetiva del niño. Los cuidadores, en condiciones óptimas, ayudan al niño a identificar y verbalizar los afectos que inicialmente se experimentan predominantemente en términos somáticos. De esta forma el niño aprende a distinguir la experiencia somática de la psicológica y empieza a comprender que afectos intensos y contradictorios pueden provenir de un mismo self (un self unificado). Esta integración de la experiencia afectiva en la consciencia facilita la articulación progresiva de la experiencia de sí mismo.

La experiencia de trauma único (un terremoto, un asalto, una violación), como muchas experiencias de traumas más sutiles y repetidos durante el desarrollo, así como experiencias de vinculación abusivas o desorganizadas suponen una amenaza de ruptura del vínculo y, por tanto, de la conexión primero con el sí-mismo y después con el otro significativo y con el mundo. En ocasiones, tras la experiencia traumática hay una imposibilidad para integrar la experiencia con los esquemas emocionales y cognitivos anteriores y puede surgir la disociación como mecanismo de defensa, que facilita al sujeto poder seguir viviendo con sus esquemas anteriores a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia.

DISOCIACIÓN Y TRAUMA

La disociación es un mecanismo preferente del trauma. La disociación se define como un proceso psicológico por el que la información, que entra, que sale o que está almacenada se desvía de la integración y de sus asociaciones usuales. También se ha considerado la disociación como un mecanismo de afrontamiento a través del cual la persona intenta defenderse de una experiencia emocional demasiado intensa o estresante[11].

El relativo fracaso de los padres para responder a la experiencia emocional del niño puede contribuir a la tendencia del niño a ser emocionalmente inconsciente y o expulsar de la conciencia estados emocionales. Probablemente en esta situación, la disociación opera como un mecanismo que defiende al individuo de no desbordarse ante emociones molestas y pobremente diferenciadas.

El lenguaje corporal es el vehículo preferido de expresión de las emociones. En algunos casos, la somatización supone la expresión a nivel somático, no verbal, de la emoción disociada. Los síntomas somáticos pueden representar un intento de organizar y hacer concretos estados afectivos internos caóticos[12] o de apoyarse en experiencias corporales que se consideran más reales o más auténticas. La somatización postraumática defiende al sujeto de la experiencia emocional del trauma, al mismo tiempo que permite su expresión dolorosa[13]. Puede tener además la ventaja adaptativa de reclamar el apoyo social del entorno de relaciones significativas y, por tanto, de reinstaurar cierto nivel de conexión emocional a través del síntoma.

FACTORES CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO.

En nuestros días se sigue considerando vigente la propuesta de Janet[14] de que el tratamiento del trauma ha de estar orientado en fases[15, 16]:

1º fase o fase de estabilización y reducción de síntomas. El primer paso consiste en lograr que la persona vuelva a sentirse en control de sus experiencias, frente a la indefensión de las abreacciones emocionales o de los flash-back inesperados que ha sufrido hasta ahora. Esta fase se dedica a la disminución de los síntomas y a la estabilización.

2º fase de tratamiento de los recuerdos traumáticos. Solo cuando la persona ha conseguido una cierta seguridad tanto dentro de sí misma como en la relación terapéutica, se puede abordar, siempre siguiendo el ritmo que el consultante marca, la experiencia traumática más central. Re-visitar la experiencia, que no implica necesariamente revivirla.

3º fase de reintegración y rehabilitación. En esta fase la consultante es capaz de seguir adelante con su vida asumiendo las experiencias pasadas, sin que estas ocupen un lugar tan privilegiado que saturen su experiencia. No todas las personas llegan a este estado.

ELABORACIÓN DE UNA NUEVA NARRATIVA

Las experiencias traumáticas más sutiles y repetitivas durante el desarrollo infantil pero también la experiencia de un trauma único tienen la capacidad de influir en el desarrollo o de transformar la identidad de la persona que la vive. Las historias que nos contamos, a través del lenguaje (verbal y no verbal), acerca de quiénes somos y nuestros motivos para hacer y no hacer a lo largo del tiempo, van construyendo nuestra identidad narrativa[17].

La búsqueda de sentido y significado es uno de los motores del ser humano. En la narrativa vital de cada uno, a la que podemos llamar autonarrativa, están contenidos esos significados. El significado ("soy una persona sin valor, soy despreciable) se convierte así en un *link* entre la emoción ("tengo miedo de que la gente se ría de mí) y la acción ("me voy a quedar en casa con mis padres, porque es el único lugar donde me siento seguro"). El significado narrativo conecta la emoción y la acción para que se despliegue la narrativa vital. Personas que han vivido experiencias infantiles de deprivación emocional o abuso o personas que han tenido en algún momento de su vida una experiencia traumática tienden a construir su narrativa vital, su auto-narrativa, sobre un núcleo de miedo, de terror, en un estado de hiperalerta que les lleva a estar continuamente pendientes de las posibles señales de amenaza con el objetivo de huir de ellas o combatirlas.

En terapia, y desde una perspectiva narrativa, se trata de ayudar al consultante a realizar una evaluación de los significados de modo que vaya emergiendo una nueva narrativa acerca de quién es uno mismo y de sus razones para hacer y no hacer. Hay veces que el consultante llega a terapia contando sólo sensaciones acerca de lo ocurrido. Por ejemplo "estoy tranquila y de repente me viene la imagen del coche dan-

do vueltas de campana antes de caer por el precipicio" "estoy todo el día nerviosa como esperando que algo malo suceda en el instante siguiente". Esa persona está contando una imagen o una sensación sin contexto, sin marco de espacio y tiempo, sin guión narrativo, sin historia. En terapia se trata de ayudar a la construcción narrativa, y a veces la narrativa emergente se debe construir a partir de emociones o sensaciones poco concretas, difusas o indiferenciadas, trabajar con los aspectos somatosensoriales no asimilados de la experiencia, principalmente arousal y reacciones defensivas. En ocasiones, la ayuda sólo consigue cambios parciales de significados que, en ocasiones, no llegan a ser explicitados por el paciente. Aunque la mayoría de las veces la "realización", el darse cuenta consciente, va acompañada de poner en palabras la experiencia traumática[14], no siempre es así. A veces la reorganización de viejas tendencias y el desarrollo de nuevas cogniciones, emociones y acciones físicas en un patrón más adaptativo se produce sin que se requiera poner la experiencia traumática en palabras[18].

Un ejemplo clínico puede ayudar a aclarar lo que se quiere decir. Es el caso de una persona, herida de bala en un accidente de caza, que después de hacer explícita en terapia "la parte peor de su experiencia" que había sido "perder la conciencia y recuperarla y luchar por no quedar dormido antes de que llegara la ambulancia" resuelve súbitamente su fobia a entrar en quirófano y accede a una operación necesaria para salvar la movilidad de su pierna. La terapeuta puede interpretar que el miedo del consultante a morir en el momento del accidente, condensado en el miedo a perder la conciencia como símbolo de la muerte, se reactive ante la entrada en el quirófano y la anestesia, que para el paciente suponía una nueva pérdida de conciencia. Pero lo que ocurrió fue que el consultante simplemente resolvió su miedo, entró en el quirófano y permitió la operación. Es decir, el cambio se produjo sin que la persona hiciera una explicitación consciente de su experiencia, sin haber entrado en ningún trabajo interpretativo que no encajaba con su estilo cognitivo y emocional. Digamos que el cambio se pudo haber producido a un nivel sub-cortical, sin que la nueva información emocional (que ahora ya no contenía el miedo al quirófano como un miedo insuperable) haya llegado a ser procesada de un modo consciente.

Puede ocurrir también que una consultante llegue con una narrativa rígida e inflexible después de haber sufrido un atraco con fuerza en la calle: "no me voy a fiar jamás de nadie, el tipo que me agredió se me acercó preguntándome la hora y cuando hice el movimiento para mirar el reloj, me empujó y me quitó el bolso. Me ha destrozado la muñeca. Esos negros son todos iguales. Me dejó tirada en el andén del metro". Durante la conversación con la terapeuta, ésta le pregunta cuál fue el primer momento en que volvió a sentirse segura después del asalto y la consultante responde: "es curioso porque no lo recordaba. Se me acercó un nigeriano, de los que cantan en el metro, me ayudó a levantarme y me acompañó hasta que llegó el de seguridad del metro. Luego se fue corriendo, probablemente no tenía papeles. Me doy cuenta ahora de que si que hubo alguien que me ayudó, incluso arriesgando su propia seguridad". En este otro ejemplo, la conversación entre la terapeuta y la consultante facilita la emergencia de información que puede ayudar a cambiar la narrativa de miedo y de hostilidad de la paciente después de su experiencia traumática. Esta mujer, a diferencia del hombre del ejemplo anterior, si que hace explícito un recuerdo oculto por la narrativa dominante contenida en su afirmación de que "no te puedes fiar de nadie". La relación terapéutica, que es una relación de seguridad y de aceptación, facilitó, probablemente, la emergencia de ese otro recuerdo de haber sido ayudada generosamente por otra persona, de modo que la narrativa inflexible inicial no puede sostenerse más.

Los ejemplos anteriores pueden ayudar a entender de qué manera en el trabajo terapéutico, terapeuta y paciente, trabajando sobre la narrativa inicial del consultante, construyen una nueva narrativa haciéndolo, o bien desde la historia explícita de la consultante (desde arriba hacia abajo, desde la historia se va actuando sobre la emoción) o bien desde las sensaciones o emociones que trae un paciente (desde abajo, desde la sensación y/o el movimiento hacia arriba, hacia la elaboración narrativa, hacia la historia).Los abordajes arriba-abajo usan la cognición y se centran en la construcción de significados. Las intervenciones de abajo-arriba utilizan como puerta de entrada las sensaciones corporales y el movimiento y los cambios en la experiencia somato-motora modifican los cambios en el significado[18].

Después de una experiencia traumática la auto-narrativa puede quedar congelada, atrapada en esa terrible historia que pasó. Aunque en el trauma el yo está atrapado en una única historia a través de la cual filtra todas las demás experiencias, el sí mismo es un proceso en construcción, es algo que evoluciona, no es fijo ni inmutable. Facilitar en terapia, la entrada de nueva información, o bien a través de la conversación verbal o de la no verbal, ayuda a interrumpir ese ciclo repetitivo y rígido de visión sesgada por la terrible experiencia del pasado y la anticipación de consecuencias catastróficas en el futuro. Vivir anclado en el pasado y anticipando el futuro, como ocurre a las personas que padecen experiencias traumáticas, impide la vida plena en el presente.

Elementos claves en la terapia narrativa

A continuación se revisan los elementos que se han considerado clave para ayudar a la persona a la nueva construcción narrativa.

PSICOEDUCACIÓN: Es muy importante facilitar a la persona información acerca de cómo se procesan las emociones durante la experiencia traumática, acerca del significado de las reviviscencias o los flashback o la hiperalerta emocional. Cuanto más conozcan los consultantes sobre la neurofisiología del trauma, más van a entender los componentes más importantes del tratamiento y habrá más posibilidades de que se vean como personas con recursos que luchan por recuperar un equilibrio emocional y recobren esperanza. El compartir información fomenta además la colaboración entre paciente y terapeuta.

RECUPERAR LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN: Muchas veces la experiencia traumática no solo no tiene palabras para ser expresada, sino que la persona siente que ponerla en palabras puede tener consecuencias destructivas para ella misma o para la relación con las personas implicadas. La relación terapéutica ofrece una posibilidad al paciente para experimentar un vínculo seguro en el momento presente, pero también puede evocar tendencias transferenciales asociadas con relaciones vinculares pasadas. En la situación de trauma el cliente puede sentir miedo, rabia, desconfianza o sospecha al mismo tiempo que esperanza, anhelo, confianza… En palabras de Herman, “el trauma interpersonal deja un legado transferencial de deseo de rescate y de convicción de traición”[19].

Victoria es una mujer de 27 años que llega a la consulta presentando una importante sintomatología ansiosa y depresiva, refiere que el desvelamiento de su hermano de una situación de abuso que había sufrido por parte de su padre en infancia, y del que ella había sido también víctima, había reactivado sus recuerdos. Victoria viene a una cita y falta a otras dos, cuando consigue acudir solo soporta sesiones muy cortas con un grado de exposición mínimo a esa parte dolorosa de su historia. La terapeuta le devuelve lo que ella cree que está queriendo reflejar con su conducta de acercamiento y alejamiento a la relación terapéutica, pero también le expresa su aceptación del miedo de Victoria a exponerse de nuevo a recuerdos traumáticos. Hasta que Victoria no esté segura en la relación con la terapeuta, no podrá mantener el ritmo de las consultas.

La terapeuta establece una relación terapéutica sensible, una relación de apego segura observando continuamente las reacciones del paciente, modulando el estado de alerta psicofisiológico en el paciente y en ella misma, acompasando la experiencia de la paciente en terapia, sintonizándose con ella. El terapeuta, como un cuidador suficientemente bueno, ayuda a mantener el adecuado equilibrio entre exploración y necesidad de seguridad. Adopta, además, una actitud de exploración y experimentación que promueve la curiosidad y el juego, estados afectivos positivos que han sido inhibidos o no conocidos, más que esfuerzo o miedo.

El terapeuta se convierte en un regulador psicobiológico interactivo[18]. La relación terapéutica es el primer instrumento para ayudar a la regulación emocional del consultante. Los pacientes que han sufrido experiencias traumáticas suelen venir a la consulta hiper o hipo activados y la terapeuta procura trabajar siempre dentro de la ventana de tolerancia emocional, para evitar que vuelvan a sentirse fuera de control de si mismo, ya que de repetirse esa situación de descontrol e indefensión se facilitaría la re-traumatización.

PROMOVER LA MENTALIZACIÓN: Todos los acercamientos psicoterapéuticos promueven la mentalización en uno u otro grado y se debe considerar como uno de los objetivos del tratamiento. A través de intervenciones facilitadoras de la mentalización, el consultante aprende a reconocer sus estados emocionales (de ansiedad, miedo, indefensión, rabia) y a manejarse con ellos. Las intervenciones mentalizadoras permiten que el terapeuta refleje en espejo a través de sus respuestas los estados mentales del paciente, manteniendo un equilibrio entre implicar al paciente en la exploración de los estados mentales propios y los de los otros[20]. Revisar las intervenciones mentalizadoras va más allá de los objetivos de este capítulo, pero existen excelentes manuales de tratamiento basado en la mentalización[21].

REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRABAJO CON LA CONCIENCIA SOMATOSENSORIAL: Como se desprende de todo lo dicho hasta ahora, muchos componentes del trauma sólo se procesan a nivel subcortical y el cuerpo es una avenida muy importante para trabajar con el trauma. Hay que ser muy cuidadosos en esta área ya que el centrarse en el cuerpo puede generar ansiedad o ser aterrorizador para el paciente al desencadenar recuerdos de indefensión o de estar fuera de control asociados con el trauma.

TRABAJAR EN EL PRESENTE: en el aquí y ahora, es fundamental en la terapia del trauma. Como veremos más adelante Mindfulness o Atención Plena es una de las formas para redirigir la atención una y otra vez al presente. Al trabajar en el presente, la paciente consigue cambiar el foco de atención del pasado, dominado por el trauma, al momento actual. Cambia también el foco de atención desde lo externo, a la experiencia interior, disminuyendo así la evitación emocional. Al mismo tiempo, se promueve la actitud de observar sin juzgar, lo que promueve la aceptación de lo ocurrido para desde allí poder iniciarse un cambio. Sin aceptación, no hay cambio. A través de esta actitud, se desarrolla un yo observador que permite que el consultante pase de ser el protagonista de la historia a ser el narrador, con la reducción de la intensidad emocional subsiguiente.

Si, como decía Janet[14] la traumatización es un fracaso de la integración, trabajar holísticamente con la postura, el movimiento, el gesto, acompasándolo con los hechos, con las emociones que se suscitan y hacerlo en el momento presente, todo ello puede ayudar a expandir la capacidad integrativa deteriorada por el trauma.

El terapeuta ha de desarrollar habilidades para trabajar en el presente y aumentar la conciencia somatosensorial. Algunas de estas habilidades son la lectura corporal, la lectura de los gestos, de los movimientos y el seguimiento o la monitorización de

estos, haciendo comentarios sobre ellos, preguntando o devolviendo al consultante las impresiones del terapeuta en forma de sugerencias. Por ejemplo: "He observado que desde que has llegado, estás sentado en el borde de la silla ¿te has dado cuenta de ello?...¿es cómo si estuvieras listo para marcharte?.... ¿podría esto indicar que estás incómodo en la consulta , y que querrías terminar pronto y marcharte?". Cuando el terapeuta monitoriza el lenguaje no verbal del consultante está observando momento a momento los cambios físicos, cambios sutiles o más obvios, rápidos o más duraderos. Se hace el seguimiento de los signos somáticos de emociones (los ojos se humedecen, cambios en el tono de voz, frecuencia respiratoria et…) y de cómo las creencias que emergen de la narrativa del cliente, afectan al cuerpo. Por ejemplo, un hombre dice que no vale nada mientras deja caer su cuerpo en la silla. En otras ocasiones se observa la respuesta corporal a los comentarios de la terapeuta: "Parece que te has puesto en tensión cuando te he dicho eso", o al devenir de la terapia "¿Has notado que te temblaba la voz cuando lo recordabas?"

Cuando estamos trabajando sobre todo en la primera fase, la fase en la que buscamos la estabilización de los síntomas, el terapeuta puede proponer estrategias basadas en la corporalidad para potenciar sentimientos de seguridad y de protección y disminuir así el sentimiento de vulnerabilidad y fragilidad. Las técnicas de "grounding" o enraizamiento en que el terapeuta le sugiere al paciente que note los sentimientos de estar contenido que se generan en cada uno de los puntos de apoyo del cuerpo, con un paciente que está sentado, o de cómo sus pies, en posición de estar levantado, se conectan con el suelo y están firmemente anclados y sostenidos por ello[7]. Se utilizan también otras técnicas como las de tensar zonas de vulnerabilidad corporal o realizar con conciencia plena algunos tendencias de acción de lucha o de huida que fueron truncadas en el momento del trauma (actos de triunfo)[18]. La terapeuta facilita también el aprendizaje de nuevas acciones o patrones posturales o a utilizar el cuerpo para recuperar una sensación de fuerza (por ejemplo, tocarse las piernas puede aumentar una sensación de "grounding", y por tanto de seguridad).

A veces la acción terapéutica se dirige a diferenciar sensaciones, de emociones o pensamientos ligados al trauma. Por ejemplo, al ver a la terapeuta levantar un brazo con cierta rapidez, una paciente se encoge y hace un gesto de auto-defensa. La intervención terapéutica se puede centrar entonces en como la visualización de ese gesto ha desencadenado emociones que están asociadas a la experiencia traumática de maltrato físico del padre en la infancia. Desacoplar esas reacciones automáticas va generando un espacio de mayor libertad para el paciente.

Los anteriores son ejemplos de técnicas que ayudan no solo a explorar y construir la narrativa alternativa a la traumática, sino a desarrollar áreas de fortaleza y recursos que el paciente o no conocía o tenía bloqueados tras la experiencia traumática.

ATENCIÓN PLENA O MINDFULNESS: Solo es posible vivir en el presente y solo en el momento presente se puede producir el cambio. Mindfulness enseña a estar en el aquí y ahora, a aprender a estar con el dolor en el momento y desarrollar una actitud ante la propia realidad de no juzgar y de no reaccionar.

Kabat –Zinn definió mindfulness como "centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar"[22]. Aunque no está empíricamente establecido, se postula que el elemento terapéutico fundamental en mindfulness es el mantenimiento de una forma particular de atención y la redirección de ésta en el momento en que la persona se distrae. Se supone que ello promueve la regulación emocional y secundariamente la disminución de los síntomas de ansiedad-depresión y la mejora de la calidad de vida[23, 24].

Mindfulness es una práctica que ha demostrado ser útil para ansiedad y depresión, para reducir el estrés y en otros trastornos médicos[25]. El énfasis de la intervención está en la autorregulación y reconstrucción, evitando que se produzcan abreacciones emocionales tempranas que desborden al paciente, sobre todo cuando no se ha establecido aún la capacidad de re-estabilización. Se desarrolla la capacidad de observar el evento, la emoción, la sensación y separarlo de la experiencia del evento, se promueve una conciencia dual: "Estoy aterrorizado" se convierte en "experimento un temblor fuerte en mis piernas"[18]. El terapeuta enseña atención plena a través de preguntas como: ¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo ahora?, ¿Dónde experimentas la tensión exactamente?, ¿Cómo de grande es el área de tensión?, ¿Qué sensaciones sientes en tus piernas cuando hablas del abuso?, ¿Qué pasa en tu cuerpo cuando te enfadas?...etc. Cuánto más precisa sea la pregunta mejor será el resultado. Además, se pretende que la actitud del consultante hacia pensamientos o sentimientos difíciles, sea de bienvenida (es decir, de detectarlos y de aceptarlos) más que una necesidad de resolverlos o de evitarlos. Es observación sin juicio que lleva más hacia la curiosidad y la auto-exploración[18].

En el trabajo con trauma suele ser necesario modificar las prácticas de mindfulness , adaptándolas para evitar abreacciones emocionales intensas y nuevas experiencias de re-traumatización[26, 27]. En ocasiones el silencio y la quietud de la práctica de mindfulness no se puede conseguir de entrada al estar la persona en un estado de hiperactivación o desbordada por reviviscencias o recuerdos traumáticos. Por ejemplo se sugiere practicar durante cortos periodos de tiempo, tan breves como el estado emocional de la persona lo requiera. De esa forma se centra más la atención en la regulación de las emociones que en conseguir algo exclusivamente a través del esfuerzo. La enseñanza que se desprende tiene también que ver con que ir haciendo gradualmente la práctica no es un signo de debilidad, sino un avance progresivo en la regulación emocional de la persona. También si al focalizar la conciencia en la respiración genera más ansiedad se puede sugerir centrar la atención en el momento presente a través de otras sensaciones como el sonido, la mirada o los puntos de apoyo del cuerpo para mantener la postura en el presente. Se anima a ir experimentando emociones sin llegar al desbordamiento emocional ni a la disociación, a reconocer cuando la mente trabaja en el "estado de trauma", cuando genera autocrítica, intensas emociones displacenteras etc… La persona va aprendiendo a confiar y a amar de nuevo[28]. La práctica de la compasión o "lovingkindness" puede ayudar a reconectar con partes de la persona disociadas, es decir conectar con ese sufrimiento sin silenciar el dolor. Poder detectar, observar y aceptar las emociones fuertes cuando surgen, a la manera de quien abraza a un niño a quien se quiere consolar.

TRABAJAR CON LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS: Como se señalaba más arriba, las personas que han sufrido experiencias traumáticas con frecuencia codifican su experiencia interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales) en clave tanto de amenaza interna (pueden sentirse desbordados por recuerdos traumáticos o sentimientos que quieren evitar, como sentimientos de culpa o menosprecio por si mismos) como en clave de amenaza externa (temen lo que los otros le puedan hacer, el mundo se convierte en un lugar hostil[29, 30]. Tras una experiencia traumática es frecuente que las personas utilicen estrategias de evitación experiencial. La evitación experiencial ocurre cuando una persona se resiste, no quiere o no es capaz de sentir emociones displacenteras o pensamientos o sensaciones asociados al trauma[31]. La evitación se reconoce como un factor clave para el mantenimiento de la sintomatología traumática e incluye estrategias como

el aislamiento, el auto-daño, y el abuso de sustancias. En un principio se considera adaptativa ya que constituye un intento de ayudar a la persona a mantener una vida más o menos normal en su contexto. Sin embargo, cuando la evitación se mantiene, se convierte en desadaptativa ya que impide que la persona contacte con el momento presente y por tanto acceda a partes importantes de si misma. Muchas de las terapias que se han validado para el trauma tienen como diana terapéutica la evitación experiencial. Aunque se considera que es un factor a incluir como foco de tratamiento, hay que tener mucho cuidado y estar pendientes de la capacidad del cliente de soportar el sufrimiento emocional asociado a ese trabajo. Si hay un exceso se puede producir el abandono precoz de la terapia, el aumento de ideas de suicidio, la disociación o autolesiones.

El trabajo con los recuerdos asociadas al trauma es, por si mismo, activador. Para evitar intensas abreacciones emocionales que pudieran llevar a una retraumatización, el trabajo terapéutico se debe apoyar en las estrategias de la fase primera poniendo en marcha estrategias de regulación emocional, entrenadas previamente, para retornar a la ventana de tolerancia emocional[18].

Se ha considerado muy útil el que el terapeuta ayude al consultante a completar las acciones defensivas fallidas, lo que se ha denominado "actos de triunfo"[18]. Por actos de triunfo entendemos aquellas acciones que la persona pone en marcha buscando su defensa o su seguridad, pero que quedaron interrumpidas por la fuerza del evento traumático. Es el caso de la niña que no pudo arañar o morder a su violador y que muchos años más tarde siente un dolor témporo-mandibular, para el que no se encuentra una explicación médica que lo justifique y que es el motivo por el que se la deriva a la primera consulta psiquiátrica. Cuando el consultante es animado a ejecutar esos actos de triunfo con conciencia plena, paso a paso, con una atención meticulosa a las respuestas del cuerpo, se pueden mitigar los sentimientos de indefensión.

Para el trabajo con los recuerdos traumáticos, EMDR ha resultado muy eficaz[32]. EMDR (Reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular rápido de los ojos) ha pasado a denominarse Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información y las siglas se corresponden con "Emotional and Mental Development and Reorganization" (Desarrollo y Reorganización Mental y Emocional)[33]. EMDR permite restablecer el equilibrio interno, fomentando que la información congelada, "no digerida" asociada al trauma, y que es revivida de diferentes formas una y otra vez, y que afecta, aunque haya ocurrido en el pasado muy lejano, a situaciones actuales, sea desensibilizada, procesada e integrada de forma adaptativa en el presente y de forma consciente[8]. Durante el proceso, cuyos pasos están muy estructurados en un protocolo de tratamiento en ocho fases[33] el paciente realiza nuevas conexiones y asociaciones entre el recuerdo no procesado y la información adaptativa contenida en otras redes de memoria, y consecuencia de ello se produce el cambio de las percepciones disfuncionales en otras más adaptativas y saludables[34].Los nuevos aprendizajes requieren que se hayan hecho conexiones, dentro de las redes de memoria asociativa, entre las experiencias del presente y las del pasado. El núcleo del trabajo con EMDR consiste en potenciar las conexiones a través de esos canales asociativos de la memoria. EMDR postula que los recuerdos tempranos se procesan con anterioridad a los presentes y estos con anterioridad a los futuros y que es por ese motivo por el que hay que empezar procesando y desactivando tanto como sea posible las asociaciones históricas de los estímulos presentes. Inherente a su perspectiva terapéutica está que el organismo humano tiende hacia la auto-curación psicológica lo mismo que cuando sufre un trauma psíquico[35].

INTEGRAR LA EXPERIENCIA: La integración exitosa capacita al cliente para poder referirse al trauma o pensar en él o recordarlo y quizás sentir tristeza o malestar pero no estar ya prisionero de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que causaban una involuntaria re-experimentación. La persona vuelve a reconectar consigo mismo y con el mundo. No es suficiente con ganar introspección o con una toma de conciencia más cognitiva, sino que es necesaria un cambio emocional que cambie la tendencia del patrón somático antiguo y que todo ello permita la emergencia de una nueva narrativa que incluya, como no, la experiencia del trauma, pero que no reduzca a la persona a vivir esa única historia de su vida.

CUIDADO EMOCIONAL DEL TERAPEUTA

Los programas de tratamiento para el trauma han de incluir el cuidado emocional del terapeuta. Ser testigo del sufrimiento de otros es también una vía de entrada de sufrimiento emocional para el terapeuta. La terapeuta se hace vulnerable, por "apertura empática", a los efectos emocionales de la traumatización vicariante. Es la base de la fatiga de compasión o el síndrome de *burn out*. Este fenómeno se definió como la transformación de la experiencia interna al escuchar el material traumático del consultante en relación al vínculo empático que se produce entre el trabajador y la víctima o grupo de víctimas[36]. Para protegerse del trauma vicariante lo primero será reconocer la posibilidad de que ocurra y entrenar a los futuros terapeutas no solo en el establecimiento de una relación empática, sino de una relación que permita al mismo tiempo que la conexión con el paciente, la seguridad y la protección del terapeuta ante el riesgo de daño emocional. Las técnicas que se desarrollan para ello son similares a las técnicas que se describen para trabajar con los pacientes[37].

RESUMEN

El núcleo del daño postraumático tiene que ver con la desconexión emocional de la persona consigo misma, con los demás y con el mundo.

Tras la experiencia de trauma no asumida, la narrativa de la persona queda congelada en una historia rígida e inflexible, o queda rota en una historia desorganizada, a través de la cual filtra sus experiencias posteriores en clave de amenaza.

La disociación de elementos de la experiencia asociadas con el trauma y alojadas en gran parte en la memoria implícita o procedimental o músculo-esquelética es un mecanismo preferente para intentar manejar emociones desbordantes.

La regulación emocional a través de Mindfulness y otras técnicas somatosensoriales buscan la estabilización del paciente, la emergencia de nuevos recursos y el acceso a memorias codificadas en el cuerpo.

La práctica de EMDR se integra con facilidad con una perspectiva narrativa.

Los programas de tratamiento han de incluir el cuidado emocional del terapeuta.

La terapia narrativa del trauma busca integrar lo cognitivo con lo somático para ayudar al procesamiento de la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton.(Trad cast. El Trauma y el cuerpo: Los fundamentos de la terapia sensoriomotora. Bilbao DDB 2009): La autora hace un revisión del proceso emocional en la experiencia traumática y ofrece de modo muy fundamentado un compendio de técnicas basadas en el trabajo con la conciencia sensoriomotora a través de la posición, el gesto y el movimiento.

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford: Este libro da comienzo a la línea de investigación y publicaciones de la Neurobiología Interpersonal. Esta obra justifica el cómo las relaciones interpersonales organizan y modelan la función y la estructura cerebral creando la mente

F. Diddona (Ed.), Clinical Handbook of Mindfulness (pp. 99-110). New York: Springer. (trad cast. Manual clínico de Mindfulness. Bilbao, Ed DDB, 2011): Un compendio de los conceptos, bases biológicas y aplicaciones clínicas de la Atención Plena.

BIBLIOGRAFÍA

(1) American Psychiatric Association, D.-I.-T. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
(2) Bourke, J. An intímate history of killing. New York: Basic Books; 1999.
(3) Bourke, J. Fear. A cultural history. New York: CA Shoemaker Hoard; 2006.
(4) Geertz, C. Conocimiento local. Ensayo sobre la interpretación de la cultua. Buenos Aires: Paidós 1994.
(5) Lira, E., & Castillo, I. (1991). Psicología de la amenaza poítica y el miedo. Santiago de Chile: CESOC.
(6) MacLean, P. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. Arch Gen Psychiatry, Apr42(4), 405-417.
(7) Rothschild, B. Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma (Trad Cast Ayuda para le profesionald e ayuda. Bilbao, DDB, 2009). New York: W. W. Norton & Company; 2006.
(8) Shapiro, F. EMDR as an integrative psychotherapy approach. Washington: American Psychological Association; 2002.
(9) Siegel, D. J. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Descl,e, 2007). New York: Guilford; 1999.
(10) Cozolino, L. The. neuroscience of human relationships. New York: Norton; 2006.
(11) Rody, G., Groot, J., & Spivak, H. Trauma, dissociation and somatization, En: Bremmer & Marmar (Eds.), Trauma, Memory and Dissociation . Washington: Washington American Psychiatric Press; 1998. pp 161-179.
(12) Goodsitt, A. (1983). Self regulatory disturbances in eating disorders. Int J Eat Disord, 2, 51-60.
(13) Griffith, J., & Griffith, M. El cuerpo habla: Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
(14) Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.
(15) Van der Hart, O. El Yo atormentado. Bilbao: DDB; 2008.
(16) Van der hart, O., Van der Kolk, B. A., Boon, S., Bremmer, & Marmar. Treatments of dissociative disorders Trauma, memory and dissociation . New York: American Psychiatric Press; 1998. pp 253-285.
(17) Zahavi, D., Kircher, T., & David, A. Phenomenology of self The self in neuroscience and psychiatry. London: Cambridge University Press; 2003. pp 76.
(18) Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton; 2006.
(19) Herman, J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence–from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books; 1992.
(20) Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. Mentalizing in clinical practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2008.
(21) Fonagy, P., Gergely, G., E., J., & Target, M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press 2004.
(22) Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living (Trad cast: Vivir con plenitud las crisis.Barcelona: Kairós, 2003). New York: Delacorte.
(23) Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. Gen Hosp Psychiatry, 17(3), 192-200.
(24) Teasdale, J. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. Clinical Psychology & Psychotherapy, 6(2), 146-155.
(25) Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention:A Conceptual and Empirical. Review Clin Psychol Sci Prac, 10, 125-143.
(26) Follette, V., & Vijay, A. Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorders. In D. F (Ed.), (pp. 299-319). New York: Springer; 2009.
(27) Smitch, A., & Miller, J. Healing trauma with meditation. On practice, Trycicle (fall), 40-44, 2004.
(28) Germer, C. The mindful path to self-compassion New York: The Guilford Press; 2009.

(29) Gilbert, P., & Tirch, D. Emotional memory, mindfulness and compassion In F. Diddona (Ed.), Clinical Handbook of Mindfulness (pp. 99-110). New York: Springer; 2009.
(30) Gilbert, P., & Tirch, D. Emotional memory, mindfulness and compassion In D. F (Ed.), (pp. 99-110). New York: Springer; 2009.
(31) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press; 1999.
(32) Chemtob CM, & Tolin D. Eye movemente desensitizationa and reprocessing (EMDR). In A. Foa, T. Keane & M. Friedman (Eds.), Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press; 2000.
(33) Shapiro, F. Eye movement desensitization and reprocessing . Basic, principles and protocols. New York: Guilford; 2001.
(34) Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaech, L. The body keeps the score: approaches to the neurobiology of post-traumatic stress disorder Traumatic stress: the effects of overwhelming experience in mind, body and society New York: Guilford; 1996. pp 214-241.
(35) Hensley, B. An EMDR Primer (Trad cast: Manual básico de EMDR. DDB. Bilbao, 2010). NewYork: Springer; 2009.
(36) Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W. Norton & Company; 1995.
(37) Rothschild, B. The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York: Norton; 2000.

2.4. Razón de ser de la psicopatológica

Manuel Desviat, Ana Moreno

> La construcción de la vida se encuentra actualmente mucho más en el poder de los hechos que de las convicciones. Y además en concreto de unos hechos que casi nunca han servido de base a las convicciones.
>
> Walter Benjamin. *Calle de dirección única*[1].

1 ¿AUSENCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA EN LA PSIQUIATRÍA DE HOY?

Si uno repasa la bibliografía psiquiátrica se encontrará que los textos sobre psicopatología son cada vez menos frecuentes, al igual que pasa en los programas de formación de los especialistas en psiquiatría y psicología clínica y los cursos de formación continuada. Son pocos frecuentes y los que hay tratan en su inmensa mayoría de psicopatología descriptiva, o mejor dicho, de semiología. La ciencia y la técnica son frutos de su época, y desde las últimas décadas del siglo XX se impone un pragmatismo que huye de los por qué, del sentido y la razón de ser de las cosas, en beneficio de un determinado orden del mundo que erige la mercancía en su valor absoluto.

El debate entre hechos y valores no es nuevo, ha recorrido la filosofía de la ciencia desde su origen. Pero nunca ha llegado tan lejos el intento de excluir los valores, la historia y la teoría, con procedimientos, además, tan pobres y tan sesgados. José María Álvarez y Fernando Colina hablan de este debate en un capítulo precedente de esta ponencia. Por una lado, la unicidad o multiplicidad de la locura, por otro, la pluralidad de registros o el reduccionismo de uno u otro tipo, la tensión por su cohabitación forzosa entre las ciencias biológicas y las ciencias humanas; y en los dos casos, la cuestión de los limites de una disciplina que en ocasiones trasciende la mera actuación clínica, erigiéndose en una interpretación del hombre. Dos posiciones que se amoldan a la ideología de cada una de las épocas que las hace predominantes, sea el humanismo psicológico con el que se inaugura la especialidad, cuando los médicos se hacen cargo de la locura en los tiempos del gran cambio del orden social de la revolución democrática; sea el predominio psicosocial tras la Segunda Guerra Mundial, aupado en la reconstrucción moral de la derrota a la dignidad humana que fueron los años bélicos, sea la supremacía actual de la biología molecular en tiempos de la globalización económica y el consumo como ideología.

La psiquiatría parte del alienismo con Pinel y Esquirol, como enfermedad única, se diversifica en enfermedades mentales con JP Falret, se biologiza con la influencia de la tesis de Bayle sobre la parálisis general progresiva, cerrándose categorialmente en una nosología médica con Kraepelin y reencuentra la experiencia de vida en la fenomenología y la subjetividad en el psicoanálisis[a]. Se dice que el siglo XIX fue el siglo de la clínica, y que con el XX se inicia la psicopatología. Un desarrollo clínico-psicopatológico en el que podemos distinguir la influencia de tres corrientes de origen nacional, que fueron predominantes: inicialmente, la escuela

---

[a] La introducción a las *Las enfermedades mentales y los asilos de alienados* (1868)[2] de Falret es un texto imprescindible para conocer el alienismo y sus debates. Puede encontrarse en una publicación en español que recoge varios textos de Falret[3]. La colección de Historia de la AEN tiene publicado un amplio catálogo de autores de esta época, así como la colección Clásicos de la psiquiatría de Nieva/luego DORSA. Pinel, Esquirol, Jules Falret, Magnan, Seglas, Griesinger, Kalbahum, Hecker, Kraepelin, Mausley, Charcot, entre otros.

francesa (Pinel, Esquirol, Falret, Seglàs…)[b], posteriormente, en el último tercio del siglo XIX, la psiquiatría alemana (Kraeplein, Bleuler, Freud) y tras la Segunda Guerra Mundial es la psiquiatría estadounidense la dominante (con un predominio inicial de la psiquiatría dinámica que termina en la psiquiatría de las clasificaciones).

La cuestión es que esta ausencia de la psicopatología está cuestionando a la propia psiquiatría, está cuestionando su razón de ser en cuanto, como señala Odier Bernard, podría perder el 90% de sus posibilidades en la clínica si fuera necesario limitar la práctica psiquiátrica a aquello susceptible de ser validado por criterios exclusivamente organicistas[5]. El libro blanco de la psiquiatría francesa va más allá y plantea la posibilidad de la desaparición de la psiquiatría estrangulada entre el reduccionismo biológico y la indeterminación actual del objeto de su trabajo[6]. ¿La vuelta a la neuropsiquiatría como una subespecialidad de las neurociencias? ¿Una práctica basada en las clasificaciones de ítems signos-síntomas aprobados por consenso de una élite investigadora?

La historia de la medicina es la progresiva entronización de los signos entendidos como hechos, la historia de la sustitución de los síntomas por los signos. Una medicina del signo que se ocupa del cuerpo de la persona enferma, pero entiende más de su animalidad que de su humanidad[7]. Berrios define bien la aspiración de la psiquiatría a ser como el resto de la medicina cuando concibe el síntoma psicopatológico como la interacción entre una tenue señal biológica (originada en una localización del sistema nervioso) y las capas de códigos psicosociales, calificadas como *ruido,* que participan en el proceso de formación del síntoma. Lo que importa es la falla biológica[8]. El contenido, el significado del síntoma, es irrelevante; *es ruido*. La cuestión es que hoy, en medicina, el síntoma es la expresión de la enfermedad (del mal estado de la salud de un sujeto). La medicina, y con ella la psiquiatría, no distingue generalmente entre síntoma (un fenómeno: lo que el paciente dice de su malestar) y signo (un hecho: anomalías observaciones, pruebas). Entre un acto de conducta y un coma. No distingue, pues, para la medicina todo síntoma es un hecho, un dato, expresión directa de una lesión, señal de un órgano o del mal funcionamiento fisiológico[7].

Berrios y el Grupo de Cambridge entienden por psicopatología descriptiva un sistema de captura de información, organizado como un lenguaje cuyo propósito es aislar la señal neurobiológica causal del ruido (sociocultural, pero también biológico) en el que viene envuelta[8, 9], pero, como señalan Ramos, después de Rejón y otros[10, 11]:

no es en rigor pensable una biología cerebral humana que no venga a encarnarse en un orden simbólico, ni una matriz sociocultural que no esté siempre ya encarnada en un cerebro. Para poder pensar lo uno se precisa lo otro, en rigor para que cualquiera de los dos exista. La técnica psicopatológica debe articular todo lo implicado en cada unidad de mediación para volverla inteligible transformándola en síntoma. Esta característica del par síntoma/presíntoma psiquiátrico le confiere una categoría particular: por un lado lo somete a la acción constitutiva de la intersubjetividad, en la medida en que se genera a partir de la corporalidad o conciencia corporal y se despliega en una estructura de comunicación como es el lenguaje; por otro lado, lo condiciona a participar de estructuras complejas de la subjetividad a diferentes niveles, que van desde el estrato de la persona a la conciencia prerreflexiva del sí mismo.

---

[b] La alienación mental será reemplazada a mediados del siglo XIX por el paradigma de las enfermedades mentales. Paradigma que predomina hasta el primer tercio del siglo XX (Jules Falret, Magnan, Seglas, Griesinger, Kalbahum, Hecker, Kraepelin) y en el que se renuncia a la unidad de la locura. Se intenta encontrar una causa para cada enfermedad o al menos para cada grupo de enfermedades.

Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad -el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de los sistemas o la biología molecular…- la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad construida significativamente. Cada momento histórico escenifica sus representaciones: la manera por la cual la enfermedad se expresa en cada sujeto refleja la expectativa que cada sociedad tiene sobre el comportamiento de los enfermos. El síntoma cobra sentido en la biografía del sujeto, y se hace enfermedad según el imaginario colectivo[7.]

Podríamos decir que Kraepelin sintetiza buena parte de la psiquiatría anterior, termina la construcción de la psiquiatría clásica[c]. Realiza un esquema que permite estructurar las enfermedades en el campo de la medicina. Griesinger, Kahlbaum, Hecker, Moebius y Wundt son los pilares sobre los que construye su obra. En 1883 aparece su *Compendio de psiquiatría*, un manual de 380 páginas, del que en treinta años se conocerán ocho ediciones, transformándose en un grueso tratado, de tres tomos, con 2.500 páginas. En 1889 publica la sexta edición, donde concluye su clasificación, y años más tarde su *Introducción a la Clínica Psiquiátrica*[17]. Kraepelin se impone la tarea de delimitar las enfermedades mentales, como enfermedades independientes, es decir: con una etiología, unas manifestaciones, un curso y una histopatología propia. Su obra introduce definitivamente a la psiquiatría en la medicina. El loco, que ganó con el alienismo la consideración ciudadano, ha de ganarse la de enfermo, ajustando su padecimiento a los patrones de la práctica médica[18-20].

La actualidad de Kraepelin está no sólo en su clasificación, sino en su forma de pensar tan cercana al pensamiento pragmático de nuestros días: se reconocía clínico porque podía diagnosticar y manejar las enfermedades, sin tener que preguntarse por lo que son en última instancia. Así construyó sus entidades, su nosología. Así se ha construido el DSM III y sus ediciones posteriores.

De hecho en la "psiquiatría del cerebro" hay una vuelta a Kraepelin, donde el síntoma, como signo médico, define la enfermedad. Ahora bien, la psicopatología surge de la de la insuficiencia significativa de los síntomas. Los síntomas cobran sentido en la biografía del sujeto (su estar-en-el-mundo), no se agotan en su referencia nosológica y menos todavía en una supuesta lesión con la fenomenología de Karl Jaspers [21, 22, 23]. De lo que se trata ahora ya no es de describir síntomas y enfermedades sino de descubrir cuales son los mecanismos psicológicos que provocan experiencias vitales anómalas. En vez de considerar el cuadro clínico como una colección de síntomas, ahora, se busca lo que hace de esos síntomas un conjunto. Los signos no son patognomónicos, específicos de tal o cual enfermedad, es la especificidad de su estructura lo que distingue las afecciones mentales.

La historia de la psicopatología es la búsqueda de sentido a los síntomas, explicar y comprender la enfermedad mental más allá del signo médico y de la construcción de estructuras categoriales o de la pretensión dimensional. Una tarea que encuentra otras dos grandes controversias: la unicidad o pluralidad de la locura y los límites entre lo normal y lo patológico. La fenomenología

---

[c] Hay recopilaciones en español de los clásicos de la psiquiatría: *El delirio en la clínica francesa,* Ballet, Capgras, Clérambault, Falret, Laségue, Magnan, Sérieux[12], *Clásicos de la paranoia* Neisser, Kraepelin, Gaupp, Ledgrand du Saulle, Sériex y Capgras, Geenil-Perrin, Clérambault1[3], *Alucinar y delirar* (Bayle, Cotard, Ganser, Chaslin, J Falret, Ghislain, Jackson, Moreau de Tours, Lasegue, Tamburini, Meynart)[14], *Clasificación de las enfermedades psíquicas,* Kahlbaum[15], *Los fundamentos de la clínica,* Bercherie[16], *La invención de las enfermedades mentales,* JM Alvarez [4]

abre el intento de entender y explicar el hecho patológico, Freud abre el camino para romper la dicotomía locura/normalidad; que la antipsiquiatría dinamita definitivamente.

De la explicación/ comprensión de la *Psicopatología General* de Jaspers(1913)[24], como método de aproximación a la problemática mental[d], se derivan dos conceptos básicos: el proceso (interrupción de la continuidad histórica, vital, gradual o súbita: el "brote" esquizofrénico) y el desarrollo (continuidad comprensible: neurosis, psicopatías, paranoias). Eugen Bleuler, plantea la enfermedad (en la esquizofrenia) como un estado, descartando la idea de la enfermedad como un curso; se trataría de una escisión *(spaltung*), una disociación, un estado y no una evolución, en la *Demencia precoz o el grupo de la esquizofrenia*s (1911). Una noción psicopatológica que trasciende lo semiótico donde está presente el asociacionismo por influencia de los trabajos experimentales de Jung sobre la psicología de la demencia precoz, que alcanzará una dimensión antropológica con *la pérdida del contacto vital con la realidad* (Minkowsky[25]) y el análisis existencial de Binswanger. Gracias a la fenomenología existencial las enfermedades llegan, como señala Luis Martín-Santos en su libro *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*, a ser captadas como un *todo* unitariamente dotado de sentido. Análisis que Martín-Santos[e] diferencia del psicoanálisis freudiano al yuxtaponer al determinismo pulsional freudiano "otra entidad psíquica a la que también supone determinante: la libertad"[23]. Será después la antipsiquiatría inglesa quien retome la idea que hace suya la obra literaria y filosófica de Jean-Paul Sartre.

La otra gran controversia: la consideración única o múltiple de la enfermedad mental está también desde el origen, la mantienen los alienistas hasta la publicación de texto de J P.Falret, *De la no-existencia de la monomanía*[2]. Está en el fundador de la psiquiatría alemana, Griesinger, y tras un tiempo de latencia, reaparece, en las formas de reacción de las psicosis sintomáticas de Conrad, la psicosis endógenas de Janzarik, en la concepción organo-dinámica de Enry Ey[27] y especialmente en Bartolomé Llopis, a partir de sus estudios de las psicosis carenciales, pelagrosas, durante la guerra civil (1936-1939)[28, 29]. La tesis fundamental de los autores que mantienen la consideración de la psicosis única se basa en la no existencia de sintomatologías específicas que justifiquen distintas entidades morbosas, considerando que son formas de transición en distintos grados de intensidad del mismo trastorno fundamental[f].

> En la búsqueda de la etiología aparecen los conceptos de endógeno y exógeno, aplicados fundamentalmente a la psicosis. Por una parte, las producidas por causas externas delimitadas y conocidas, y las ocasionadas por causas internas, congénitas, hereditarias o adquiridas tempranamente; constituciones o disposiciones hereditarias todavía mal conocidas. Las psicosis exógenas son un síntoma de una enfermedad, mientras que las endógenas son la enfermedad misma. Posteriormente, Kurt Schneider, precisará que la psicosis endógena es

---

[d] El primero, propio de la ciencias de la naturaleza, que tiene, para Jaspers, por objeto el hallazgo de las correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base somática, prescindiendo de lo personal-biográfico; el segundo, propio de las ciencias del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico, sin atender a lo corporal, estudiando la conducta en términos de sentido (de los acontecimientos histórico-biográficos).

[e] Luis Martín-Santos es conocido fuera del mundo psiquiátrico por *Tiempo de silencio,* considerada como una de las mejores novelas de la generación de la posguerra civil[26].

[f] Valenciano recoge las diferentes posiciones sobre la psicosis única siguiendo las ideas de Bartolomé Llopis en un libro que reúne a la muerte de éste sus escritos sobre psicopatología (B.Llopis, *Introducción dialéctica a la psicopatología)*[30]

aquella de la que no se conoce ninguna causa somática, pero tampoco se la puede concebir como una mera variación del psiquismo, pues si así fuera, aclara tajantemente "para nosotros no sería una psicosis". La única distinción reconocible es la que distingue entre psicosis con base corporal reconocible [exógenas] y psicosis sin base corporal reconocible (hasta hoy) [endógenas][31]. Lo endógeno, como hereditario y constitucional, influye poderosamente en dos corrientes teóricas: la teoría de la degeneración de Morel y sobre todo de Magnan[32] que evoluciona con posterioridad a una teoría etiológica general de casi toda la patología mental y en la teoría de las constituciones.

LOS LÍMITES DE LA NORMALIDAD

La tercera cuestión que veníamos considerando tiene que ver con los límites entre la normalidad y la locura. Es sin duda Freud, quien al descentrar la idea del hombre con su noción del inconsciente, muestra un continuo entre la subjetividad normal y la patológica, algo que en su nosología queda claro en la psicosis. Pero será Thomas Szasz con *El mito de la enfermedad mental* [33, 34]y sobre todo Laíng y Cooper, quienes rompen en las vanguardias de opinión los límites entre razón y locura. En la antipsiquiatría inglesa reaparece la fenomenología existencial, leída a través de la obra sartriana (En *Razón y Violencia*, Laing y Cooper[55] parten del análisis de *Cuestiones de método* y de la *Critica de la razón dialectica*), el tema de la alienación (donde están presentes los *Manuscritos económico-filosóficos* de Carlos Marx[66]), y un psicoanálisis donde se vislumbra Winnicott, cuyo trabajo con pacientes psicóticos y su concepción del falso-yo[g] y de la regresión hacen que sea un referente de Laing, y en general para las "comunidades terapéuticas" fundadas por los antipsiquiatras ingleses. En *El Yo dividido*[h] y en *El Yo y los otros*[i], hay una gran deuda con Winnicott. Dos libros que quizá se encuentran entre las más importantes aportaciones teóricas de la antipsiquiatría, y en los que Laing introduce el concepto de "inseguridad ontológica" -el yo constituido de forma defectuosa no puede con la pluralidad de papeles- y la hipótesis del origen social de la esquizofrenia. Laing va a incorporar más tarde los trabajos de la Escuela de Palo Alto sobre familias de esquizofrénicos (Bateson [38 40], Haley [10]). "No me abraces, pues te castigaré"..."Pero si no lo haces, te castigaré". El sujeto se ve atrapado por dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro. "Situaciones falsas e insostenibles", el "doble vínculo" de la antropología de la comunicación. "Doble vínculo" que anuda las relaciones intersubjetivas, de tal suerte que hay una imposibilidad absoluta de salir de la trampa, de la alineación en el otro[j].

El psicoanálisis, siguiendo a Laplanche y Pontalis, está basado en la exploración del inconsciente con la ayuda de la asociación libre por parte del paciente, y de la interpretación por parte del psicoanalista…"La labor

[g] El falso -*self* será una defensa ante la inadecuada actitud de la figura materna a las necesidades del niño.
[h] Laing R.D. El *Yo dividido*. México D.F.: FCE; 1974.
[i] Laing R.D. *Soi et les autres*. París: Gallimard; 1969.

[j] Para ambos Laíng y Cooper la patología psiquiátrica debe considerarse una experiencia, un viaje, un pasaje. Es necesario dejar libertad a las personas en conflicto, en crisis, con problemas mentales (se duda que sea una enfermedad) para realizar su viaje, para efectuar una regresión. Una experiencia que acompañaría el terapeuta: ese será su papel. Con este ideario, fundan, junto con Aaron Esterson, en 1965 la "Philadelphia Association" que establece una red de comunidades en Londres para personas aquejadas de problemas mentales. Casas, sobre todo, Kingsley Hall, la más conocida, que se convirtió en punto de encuentro del movimiento contracultural inglés de los años sesenta: sociólogos de la *New Left,* dirigentes del movimiento "pro comuna" y poetas, artistas, músicos, bailarines y fotógrafos de vanguardia; la *Free School of London,* se reunió allí por primera vez y fue sede de clases de la Anti Universidad de Londres [j]. De hecho, la antipsiquiatría se convierte en un término ambiguo, contracultural, que incluye a todos los movimientos de contestación y reforma, hasta finales de los años setenta. Desde el SPK[69] (colectivo socialista de pacientes de la clínica de Heilderber, que predica la insurrección armada) hasta las máquinas deseantes de Deleuze[69] y Guattari[19 20]..

mediante la cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido por él", escribe Freud. Comprende un método terapéutico, una organización clínica, una técnica psicoanalítica, un sistema de pensamiento y una modalidad de transmisión del saber (análisis didáctico, control) que se basa en la transferencia y permite formar profesionales del inconsciente. En el plano clínico, es también el único que sitúa la transferencia como formando parte de esa misma universalidad, y que propone su análisis en el interior mismo de la cura, como prototipo de las relaciones de poder entre el terapeuta y el paciente y, más en general, entre maestro y discípulo. En la historiografía oficial se ha dado una versión legendaria del nacimiento del psicoanálisis, atribuyendo su origen a dos mujeres: Bertha Pappenheim y Fanny Moser. A la primera, atendida por Josef Breuer, se le ha atribuido la invención de la cura por la palabra, y de la segunda, tratada por Freud, se ha dicho que hizo posible una clínica de la escucha al obligar al médico a renunciar a la observación directa y a mantenerse retirado, detrás del paciente. "Freud, en efecto, fue el iniciador de un cambio total de la mirada médica, un cambio consistente en tomar en cuenta en el discurso de la ciencia las teorías elaboradas por los propios enfermos sobre sus síntomas y su malestar"[35]. Freud fue desarrollando a lo largo de su vida su sistema teórico, continuado luego por sus seguidores en distintas direcciones. Conceptos clave en el paradigma psicoanalítico son: la primera tópica (consciente, preconsciente, inconsciente) con la diferenciación entre procesos primarios y secundarios, la represión y otros mecanismos de defensa, la segunda tópica (yo, ello y superyo), la libido, el carácter dinámico de los procesos inconscientes, el complejo de Edipo y la sexualidad infantil.

3 PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA ¿PERO EXISTE ALGUNA OTRA?[36]

En 1980 aparece la primera edición en inglés del DSM III que, como ya hemos señalado, se define como ateórico, prescindiendo de la psicopatología, para volver a un enfoque descriptivo y operativo, instrumental, al estilo de Kraepelin. El desarrollo de las neurociencias, en especial de la biología molecular, gracias al gran avance de la psicofarmacología, y desde el principio de los ochenta de la genética y la genética molecular, abren esperanzas tanto sobre la terapia como sobre la etiología de las enfermedades mentales. Parecía llegado el momento de encontrar las bases biológicas de las enfermedades mentales. La psiquiatría biológica intenta de la mano de la psicofarmacología y de las neurociencias construir un modelo científico único, que de una respuesta totalizadora: es decir, un nuevo paradigma. Así se presenta la medicina basada en la evidencia (MBE) en 1992 en un artículo publicado en la revista JAMA por Sackett y un grupo de la Universidad de Ontario: como una revolución científica, como un nuevo paradigma capaz de sustituir a las teorías anteriores de la psiquiatría[37]. Pero pronto se descubren las limitaciones de los metá-análisis, su gigantesca reducción de la complejidad clínica, su imposibilidad de dar cuenta de los hechos y los valores del enfermar.

Y, por otra parte, aunque aceptáramos la propuesta de una respuesta única, una sola verdad para la psiquiatría, hay abundante literatura que relativiza los soportes de la psiquiatría biológica. En genética: los endofenotipos, en los que se depositó la esperanza diagnóstica, no tienen especificidad, y no alcanzamos a tener marcadores fiables. La psicofarmacología, siendo útil, sigue teniendo poca especificidad y múltiples efectos secundarios, y respecto a la MBE, no vamos a detenernos ahora en detallar, una vez más, sus insuficiencias, sus limitaciones[38]. Tan solo señalar que es un intento ingenuo de elevar unas técnicas y unos métodos de investigación a un nuevo paradigma revolucionario que de cuenta de toda la realidad de la psiquiatría. Un intento que pretendía superar definitivamente el debate

entre ciencias de la naturaleza y ciencias de la cultura, convirtiendo a la psiquiatría biológica en la única verdad científica. Ignorando que el saber no es solo una acumulación de conocimientos, que precisa de un engarce en un sistema de significado y de sentido. Y que en cualquier caso hoy, pasado el espejismo de los primeros años, a la MBE no la sustentan, en sus principios originales, ni sus creadores[39, 40]. No se trata de dudar de la importancia de la biotecnología, de las técnicas de producción de imagen, de la electroneurofisiología, la neuroquímica, la psicofarmacología, la neurobiología del desarrollo, la genética o la psiconeuroendocrinología. Y, ni mucho menos, de su conveniencia clínica, de sus aportes a la clínica. La cuestión es que la biología que sustenta la psiquiatría biológica está todavía por ser hecha[41], ya que la profusión de técnicas y datos, provenientes de diferentes campos, no tienen todavía un encuadramiento teórico capaz de dar cuenta de todos ellos de forma menos fragmentada[38, 39].

LA INSOPORTABLE LEVEDAD DEL CONCEPTO BIOPISCOSOCIAL

Como señala Carlos Porvén Díaz[42], las raíces del modelo biopsicosocial pueden situarse en la psicobiología de Adolf Meyer, pero son unos artículos de George Engel, producto de su dedicación a la psiquiatría de enlace los que universalizan el concepto desbordando el marco inicial en el que fue creado, la atención a los aspectos psicológicos en las enfermedades médicas, convirtiéndose en un modelo estándar de la psiquiatría contemporánea[43, 44]. Engel se basaba en la teoría general de los sistemas, postulando algo del sentido común, que cada sistema podía afectar y ser afectado por los otros. El problema, pronto señalado por otros autores, es que en sus planteamientos no hay una explicación ni un desarrollo del modelo, tan solo una argumentación sin duda válida: la necesidad de la pluralidad, de evitar el reduccionismo. Pero el pluralismo no significa el todo vale o un poco de todo, como señala Porvén en el artículo citado, sino la necesidad de contar con la existencia de distintos registros, de distintos métodos, múltiples perspectivas con sus herramientas y explicaciones propias. O bien el intento de las teorías integracionistas que intentan integrar niveles de análisis divergentes: modelo neuroplástico de Kandel, los desarrollos de MaHugh y Slavney[45].

LA SOCIEDAD TERAPÉUTICA Y LA POSTPSIQUIATRÍA

A finales de la década de los 90 se originó en Gran Bretaña una corriente de pensamiento denominada post-psiquiatría para referirse a una supuesta nueva dirección en la teoría y práctica médica o de la Salud Mental en la que predominen una dimensión ética y un mayor énfasis en el contexto sociocultural y político, con la publicación de de una serie de artículos de los psiquiatras Philip Thomas y Patrick Bracken[46 k].La línea de trabajo de estos autores fue continuada en el año 2002 por Duncan Double[47], que realiza una fuerte crítica al modelo neo-kraepelineano y a la llamada psiquiatría basada en la evidencia. Para la postpsiquiatría hay que vencer las resistencias impuestas desde el modelo establecido, para liberarnos de la idea de que hay una sola forma en la que la ciencia y la reflexión profunda deban ser tomadas. Estos autores crearon en Internet un sitio denominado *The Critical Psychiatry Network* (http://www.criticalpsychiatry.co.uk/) en donde convergen artículos que tienen como sentido final la creación de una nueva matriz disciplinar que permita renovar las prácticas en salud mental [48]. Entre las criticas que efectúan desde esta página Web está la medicalización de la sociedad, la creación de enfermedades para el consumo como la

[k] Sin embargo, toma un conocimiento más público en el año 2000, con la publicación de un artículo de los mismos autores en el *British Medical Journal* (BMJ) que se llamó "Postpsychiatry: a new direction for mental health".

vigorexia, el Síndrome de Irritabilidad Masculina (SIM) o la medicalización del envejecimiento y el dramático incremento en la cantidad de personas diagnosticadas con TDAH, lo que produjo en paralelo un gran incremento en la prescripción de drogas estimulantes en países como el Reino Unido y los Estados Unidos.

Un valor central de la post-psiquiatría es que un acercamiento a la salud mental debe ser primariamente realizado en términos de valores y en un segundo término en cuestiones de eficacia de tratamientos. Kleinman subraya que es irónico que en una época en la cual la atención primaria, la medicina social y la salud pública están introduciendo de manera progresiva elementos de las ciencias sociales en la medicina, la psiquiatría parezca haber iniciado un camino en sentido opuesto. Nuestra especialidad, que durante muchos años fue el puente más importante entre lo médico y lo social parece haber entrado en la actualidad en un romance exclusivo con la biotecnología de imprevisibles consecuencias[49, 50].

La visión de la psiquiatría académica de nuestro tiempo, que constituye la llamada "evidencia", es una vuelta a las ideas de Emil Kraepelin, y si el neo-kraepelinismo es la visión moderna (entendiendo por modernidad a un resurgimiento del viejo paradigma positivista adornado por toda una serie de "gadgets" tecnológicos), la post-psiquiatría es ir más allá, es ser post-moderno, es tratar de hacer volar por los aires al parlamento de las viejas ideas recicladas una y otra vez para que nada cambie[50]. Hay que decir en su favor que su idea de la posmodernidad psiquiátrica no tiene nada que ver con el superficial postmodernismo filosófico.

EL POR QUÉ DE LA PSICOPATOLOGÍA

Y llegamos al inicio de este capítulo en nuestra afirmación, presente en toda la ponencia, de la necesidad de contar en nuestras especialidades de la salud mental con un cuerpo teórico, con una psicopatología que vaya más allá de una semiología. Un cuerpo teórico que le permita comprender la enfermedad mental y el alcance de su conducta diagnóstica y terapéutica. Una teoría que, desde planteamientos de salud mental comunitaria, tiene aún mucho que desarrollar, para salir de los límites que le ha impuesto una teorización condicionada por la observación casi exclusivamente hospitalaria (sea el manicomio o el hospital general y una clínica individualizada), una relación paternalista y la casi ausencia de la palabra del paciente. Una teoría donde quepa la subjetividad del paciente, pero también su dignidad y autonomía. Pero este desarrollo tiene que partir de los aportes alcanzados, desde el conocimiento de la psicopatología con la que contamos y desde una clínica que se reconozca en ella, más allá de las clasificaciones y de la propaganda psicofarmacológica. Su ausencia, la ausencia del estudio de la patología mental, condiciona su necesaria finalidad: terapéutica, preventiva, rehabilitadora; y el método terapéutico que se emplee, sea neuropsicofarmacológico, psicológico, biológico, social...

El problema es que hoy, como señalan Luque y Villagran[51], rara vez se explica ni al investigador ni al clínico en formación desde qué presupuestos se investiga, cuál es la base filosófica que sustenta la empresa y cuáles las repercusiones éticas o sociales de dicha investigación. Es muy escaso el número de publicaciones en castellano que se ocupen de la epistemología de la psiquiatría e incluso en la formación en psicología los aspectos filosóficos van siendo relegados.

RESUMEN

Hay que decir una vez más, como señalan Luque y Villagrán, que no es aconsejable intentar hacer ciencia sin conocer el contexto filosófico del que se parte. Aunque

está plenamente de moda la *ateoricidad*, todo quehacer científico o técnico se sitúa en unas coordenadas filosóficas, explícitas o no, pero que forman la base de nuestra actividad intelectual y profesional[51]. No hay una psiquiatría ateórica y ni mucho menos ahistórica. Para conocer una teoría científica es preciso frecuentar su historia, rastrear en los orígenes de sus elementos constituyentes, en el contexto donde crecieron sus descubrimientos científicos. Es preciso conocer dónde se estancaron o fueron reemplazados sus programas de investigación, dónde eclosionaron sus paradigmas, las rupturas epistemológicas que usara Kuhn para la matemática y la física y que se han generalizado para conceptuar la evolución de buena parte de los desarrollos científicos. Verdades siempre provisionales, inconclusas; pues la razón científica, al contrario que la razón ideológica, es siempre una razón abierta[52].

BIBLIOGRAFÍA

(1) Benjamin W. Dirección única. Madrid: Abada; 2011.
(2) Falret JP. Des maladies mentales et des asiles d´aliénés. Paris: JB Bailliière; 1864.
(3) Falret J.P. Clínica de las alucinaciones. Madrid: Dorsa; 1997.
(4) Alvarez JM, Colina F (prólogo). La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos; 2008.
(5) Bernard O. La psychiatrie à l'épreuve du scientisme. l'Information Psychiatrique, 2004;80 (7):557-65.
(6) Fédération Française de Psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Paris: JL Jhon Libbeey; 2003.
(7) Desviat M. Síntoma, signo e imaginario social. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2010;30 (105):125-33.
(8) Berrios G.E, Fuentenebro de Diego F. Delirio. Valladolid: Trotta; 1996.
(9) Berrios G.E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. México DF: FCE; 2008.
(10) González Calvo JM, Rejón Altable C, Villalba Yllán P, Ramos Gorostiza P. Clarificación y delimitación de la psicopatología. Respuesta a Villagrán. Archivos de Psiquiatría 2007;70 (2):139-49.
(11) Ramos Gorostiza P, Rejón Altable C. El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología. Madrid: Triacastela; 2002.
(12) Ballet, Capgras, Clérambault et al. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Dor; 1994.
(13) Neisser/Kraepelin/Gaupp/Legrand/Serieux/Clérambault/Genil-perrin. Clásicos de la paranoia. Madrid: Dor; 1997.
(14) Bayle, Cotard, Chaslin et al. Alucinar y delirar. I ed. Buenos Aires: Polemos; 1998.
(15) Kahlbaum L. Clasificación de las enfermedades psíquicas. Madrid: Dor; 1995.
(16) Bercherie P. Los fundamentos de la clínica. Barcelona: Manantial; 1986.
(17) Kraepelin E. Introducción a la clínica de la psiquiátrica. Madrid: Nieva; 1988.
(18) Kraepelin E. Memorias. Madrid: Público; 2010.
(19) Kraepelin E. Cien años de psiquiatría. Madrid: AEN; 1999.
(20) Kraepelin E. La psychose irréversible. Paris: Navarin; 1987.
(21) Desviat M. Síntoma, signo e imaginario social. Rev As Esp Neuropsiq 2010;125-33.
(22) Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1961.
(23) Martín-Santos L. Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial. Barcelona: Seix Barral; 1964.
(24) Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires: Beta; 1966.
(25) Minkowski E. La esquizofrenia. México D.F: FCE; 2000.
(26) Martín-Santos L. Tiempo de silencio. Barcelona: Seix Barral; 1965.
(27) Ey H. Estudios psiquiátricos. Buenos Aires: Polemos; 2008.
(28) Llopis B. Introducción dialéctica a la psicopatología. Madrid: Morata; 1970.
(29) Llopis B. La psicosis pelagrosa. Barcelona: Científico-Médica; 1946.
(30) Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. In: Llopis B, editor. Introducción dialéctica a la psicopatología.Madrid: Morata; 1970. p. 113-59.
(31) Schneider K. Patopsicología clínica. Madrid: Paz Montalvo; 1970.
(32) Huertas García-Alejo R. Locura y degeneración. Madrid: CSIC; 1987.
(33) Szasz Th. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
(34) Szasz Th. La fabricación de la locura. Barcelona: Kairós; 1974.
(35) Laplanche J, Pontalis J.-B. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor; 1971.
(36) Guze SB. Biological Psychiatry: is there any other kind? Psychological Medicine 1989;19 (2):315-23.
(37) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. Clin Orthop Relat Res 2007 February;455:3-5.

(38) Desviat M. Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. En: Baca E, Lázaro J (editores), editors. Hechos y valores en psiquiatría.Madrid: Triacastella; 2003.
(39) Desviat M. La renuncia al saber en tiempos de la evidencia. Siso Saude 2012; Invierno 2012 (En prensa).
(40) Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Málaga: Miguel Gómez ediciones; 2010.
(41) Domont de Serpa Júnior O. Mal-Estar na Natureza. Río de Janeiro: Te Corá; 1998.
(42) Porvén Díaz C. La insoportable levedad del modelo biopsicosocial. Siso Saúde 2008;46-47:197-203.
(43) Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals 13. Gen Hosp Psychiatry 1979 July;1(2):156-65.
(44) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977 April 8;196:129-36.
(45) McHugh PR, Slavney PhR. Perspectivas de la psiquiatría. Barcelona: Masson; 1985.
(46) Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. BMJ 2001;322:724-7.
(47) Double D. The limits pf Psychiatry. BMJ 2002;324:900-4.
(48) Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry, mental health in a postmodern world. New York: Oxford University Press; 2005.
(49) Kleiman A. Rethinking Psichiatry: from cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1991.
(50) Matusevich D, Pieczanski P. ¿Qué es la post-psiquiatría? Escenarios y encrucijadas de la psiquiatría actual. Epistemología e historia de la psiquiatría: http://capdehyeprobando blogspot com/ 2012. AccessedMarch 3, 2012.
(51) Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva, nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000.
(52) Desviat M. La construcción del discurso psiquiátrico. Editorial. Atopos 2003; 1: 2-3.

3
HERRAMIENTAS

Otto Rank, Karl Abraham, Max Eitingon, Ernest Jones, Freud, Sendor Ferenczi y Hans Sach

3.1 Habilidades de entrevista en salud mental, *F González Aguado, A Ortiz;* 3.2.1 La construcción social de la realidad y la locura, *F Rodríguez Pulido, N González Brito;* 3.2.2 La construcción social de los diagnósticos psiquiátricos y las clasificaciones, *F Rodríguez Pulido, N González Brito.* 3.3 Teoría de la crisis, *A Fernández Liria, L Repeto, L Marinas;* 3.4.1 Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes, psicoterapia de grupo, *A Fernández Liria, B Rodríguez Vega, A Muñoz, S Cebolla;* 3.4.2 Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: diferentes modelos de intervención, *A Fernández Liria, B Rodríguez Vega, A Muñoz, S Cebolla;* 3.5 Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiatrica, *A Muzquiz, I de la Mata;* 3.6 Los cuidados en salud mental, *A García Laborda;* 3.7 Técnicas específicas de rehabilitación (1 y 2), *M Rullas, J González Cases;* 3.8 El no- tratamiento, *A Ortiz;* 3.9 Prevención cuaternaria en salud mental, *V Ibáñez, A Ortiz;* 3.10 El empleo, *T Sobrino.*

3.1. Habilidades de entrevista en salud mental

Francisco González Aguado, Alberto Ortiz Lobo

INTRODUCCIÓN

La entrevista en Salud Mental, con sus características técnicas, estrategias y particularidades, ha sido objeto de estudio de forma limitada, a diferencia de otros aspectos de la psiquiatría y la psicología. Posiblemente ha habido varios motivos para no encontrar literatura suficiente de este tema. De siempre, ha sido considerada como algo artístico, personal, muy dependiente de factores intrínsecos de la personalidad de los profesionales de salud mental y por ello difícilmente enseñable. No es fácil teorizar con algo aparentemente tan intangible, intuitivo y personal como lo que debe hacer cada profesional cuando se acerca a un paciente. Efectivamente hay mucho de artístico en una entrevista, en el sentido de personal y profundo de ese vínculo que construyen el paciente y el profesional, pero el hecho que sea así no significa que no se pueda teorizar sobre ello o enseñarlo y practicarlo activamente, al igual que hacen otras disciplinas, también llamadas artísticas, como músicos, pintores o escritores. En ese espacio único que se da entre paciente y terapeuta suceden cosas que, como expertos conversacionales en términos de Stack Sullivan[1], se pueden pensar, poner en orden, reflexionar y también criticar. Cosas que hacen que una entrevista sea mejor que otra dentro de nuestros ámbitos profesionales al igual que un crítico literario puede calificar las novelas o las poesías.

Sabemos hoy en día que las destrezas en manejar la entrevista son fundamentales para establecer el adecuado vínculo con el paciente y propiciar el éxito de nuestros objetivos profesionales. Sin embargo, parece que hemos perdido atención en lo que pasa en la relación terapéutica, nos hemos empobrecido en términos de psicopatología, emociones, vínculo y trabajo en el íntimo campo de lo que sucede con un paciente, un grupo o una familia. El paciente (y el vínculo con él) se ha cosificado, es un producto a etiquetar y ordenar, y la mirada se ha tornado en pensar en qué lugar puede ser mejor tratado. Como en otras disciplinas estamos más atentos al mercado que a la persona, a lo que pasa fuera de la relación que a la misma relación. Por todo ello pensamos que es interesante intentar una reflexión sobre lo que ocurre en la relación terapéutica y cuya expresión más visible es la entrevista y que nos gusta más llamar conversación.

Para aproximarnos a la comprensión de este campo tan experiencial, se pueden clasificar las Habilidades de Entrevista en Salud Mental en dos niveles. En el primer nivel están las destrezas de entrevista básicas que describen Fernández Liria y Rodríguez Vega en su libro de Habilidades Básicas de Entrevista para Psicoterapeutas[2]. En el segundo nivel se encuadran las estrategias y dimensiones que vamos a considerar para cubrir los objetivos de la entrevista con el empleo de las destrezas de primer nivel. En sentido metafórico el primer nivel es la descripción pormenorizada de las herramientas que llevamos en una caja de bricolaje y el segundo nivel nos permite pensar cuáles sacar, cómo hacerlo y para qué, con el objeto de que el trabajador no solo sea más eficaz y eficiente en sus objetivos terapéuticos si no que gane en libertad personal como profesional y aprenda a cuidarse dentro de su trabajo.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA

Es evidente que la entrevista será diferente según el profesional y los objetivos que ten-

ga la misma. No es la misma entrevista la que hace el médico de atención primaria en una evaluación, la terapeuta ocupacional, o el psicólogo en una sesión intermedia. Sin embargo hay cosas básicas y comunes que se deben mantener en todo trabajo en salud mental y que hay que considerar dentro de lo posible:

– El paciente tiene derecho a decir, sentir y pensar con completa libertad. No hay nada sobre lo que no se pueda hablar. Evidentemente, si algo de esto se sale de los límites de lo profesional (que cada uno debe reflexionar) y compromete gravemente lo personal, la entrevista como tal debe terminar, pero afortunadamente esto no es lo más frecuente. El paciente puede sentirse perseguido, enfadado, alucinado, confuso, eufórico… y desde la libertad y el respeto, debemos mantener los objetivos profesionales que tengamos con cada paciente. Aunque en la entrevista "somos nosotros" como personas, a la vez estamos representando un papel por el que nos hemos formado y nos pagan: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos…
– En las entrevistas profesionales no debemos dañar al paciente en el vínculo, a no ser que queramos hacerlo por un objetivo profesional, nunca personal. Debemos elegir las intervenciones que protejan y refuercen el vínculo y solo excepcionalmente actuamos dañando aparentemente al paciente cuando, por ejemplo ordenamos un ingreso o un tratamiento en contra de su voluntad. En cualquier caso, estas acciones se hacen por una idea terapéutica y por eso, cuando se indica un ingreso involuntario, por ejemplo, habrá que informar y actuar con el paciente desde el rol profesional, sin caer en el paternalismo, ni dejarse llevar por sentimientos personales, como rabia, odio o venganza.
– En la entrevista profesional hay que pensar por qué y para qué hacemos determinada intervención. Esta reflexión no la solemos hacer en nuestra vida personal y por eso debe entrenarse mucho. Tenemos que hacernos preguntas sobre por qué intervenimos de esa manera, desde dónde nos surge, si tiene un objetivo profesional u obedece a algo más personal.

En definitiva el enfoque de la entrevista debe ser, como señala Wachtel, de exploración positiva, que se define como "la habilidad para analizar aspectos de experiencia y motivación que preocupan al paciente, aspectos de su sentido de sí mismo o de su estructura de vida global (…), y hacerlo de una manera que sea mínimamente crítica o perjudicial para la autoestima del paciente"[3]. Como tal habilidad, el profesional puede aprender a ejecutarla, ser practicada, corregida y mejorada.

HABILIDADES DE PRIMER NIVEL

Este es un nivel descriptivo, que trata de nombrar las posibles intervenciones del profesional. A su vez se dividen en cuatro subniveles que hacen mención a la función primordial de cada habilidad pero no la única, ya que la función depende del momento y del contexto específico. Se pueden distinguir las habilidades de escucha, las facilitadoras de la actividad narrativa del paciente (que este siga hablando y se encuentre cómodo haciéndolo) y aquellas que facilitan un cambio, que el paciente piense, se detenga y trate de iniciar o plantearse alguna variación de su discurso. En el cuarto subnivel destacamos las destrezas que se construyen desde y para trabajar la relación terapéutica que llamaremos genéricamente metacomunicaciones.

1. Habilidades de escucha

a. Actitud general de escucha

Además de las aptitudes individuales que cada terapeuta tenga para realizar entrevistas, debemos esforzarnos por mantener una actitud general de escucha donde el paciente sepa, de alguna forma, que le queremos escuchar y que lo estamos haciendo. Muchas de estas habilidades entran en los reguladores no verbales

de la comunicación como el uso de las relaciones espaciales, las distancias o el mobiliario. En general el profesional y su entorno deben adoptar una postura acogedora, tranquila y receptiva. Habría que evitar tiranteces, posturas rígidas y encorsetadas. Los entrevistadores que se encuentren más cómodos en distancias pequeñas o con contactos físicos frecuentes deben tener en cuenta que algunas personas pueden sentirse incómodas en esas proximidades. No hay una distancia ideal o fija, sino que tenemos que ser flexibles para construir nosotros con el paciente la que sea más cómoda para la pareja. Nosotros, como supuestos expertos en comunicación y no expertos en el paciente, debemos estar atentos a comunicaciones no verbales de algunos pacientes que aludan a este tema para poder hablarlo y negociar la distancia o el espacio si pensamos que esto puede constituir un obstáculo. Si nuestra percepción es que hay comodidad y que la entrevista fluye de forma natural muchas veces ni se comenta este aspecto.

La actitud "interna" del entrevistador incluye dos conceptos de máxima importancia para desarrollar cualquier entrevista: el silencio intrapsíquico y la suspensión del juicio. No va a ser fácil entrevistar a un paciente si estamos atendiendo a pensamientos de índole personal (nuestra lista de la compra o la bronca que acabamos de tener con el equipo, por ejemplo). Debemos manejar el ruido cognitivo de nuestros asuntos personales y asegurarnos cierto silencio intrapsíquico, para que podamos atender adecuadamente al paciente. Los ejercicios que se realizan para este fin son de entrenamiento general para la atención y la concentración previos a la entrevista. En todo caso, si los ruidos cognitivos aparecen, tenemos que ser conscientes de ello y, si influyen en la relación terapéutica, podemos considerar hablar de ello con el paciente si esto es lo que pensamos que es mejor para la relación y el trabajo. Si hablamos del ruido que tenemos, ya deja de ser ruido porque lo metemos en el espacio de la terapia y lo compartimos con el paciente y lo podemos utilizar como un incidente interpersonal más y explorar las reacciones y sentimientos del paciente en relación a ello. T: "Quizá haya podido darse cuenta de que estoy algo despistado en la sesión, varios temas justo antes de entrar me han preocupado y no me los quito fácilmente de la cabeza y temo que esto pueda interferir en el trabajo de hoy, ¿se ha dado cuenta?, ¿qué podríamos hacer?" Con este tipo de intervenciones favorecemos nuestra honestidad, nos quitamos los ruidos y nos ponemos en la tarea con el paciente e incluso podemos sacar nuevas pautas interpersonales para trabajar: por ejemplo, el paciente se dio cuenta de nuestra falta de concentración pero no dijo nada.

La suspensión del juicio es el trabajo que hace el entrevistador de reconocer los aspectos del paciente (apariencia, forma de hablar, actitud en la entrevista…) que le pueden situar de entrada en contra o a favor de él para poder balancearlos y evitar que se conviertan en un obstáculo en la entrevista. Todas las personas que tratamos nos originan juicios de forma inmediata (o incluso antes que el paciente aparezca, en la propia hoja de derivación, antes de verle), que tienen que ver con distintas variables y muchas de ellas del entrevistador (juicios previos sobre el mundo, biografía e historia personal, características de personalidad, situación personal en ese instante…). Estos juicios con frecuencia dificultan el ritmo adecuado de la entrevista, sirven para etiquetar al paciente y pueden interferir, no tanto en los aspectos verbales de la entrevista (casi todos al cabo de poco tiempo al evaluar a un paciente sabemos qué decirle, qué preguntarle y escucharle) si no más bien en los no verba-

les (cómo le estoy escuchando, cómo le miro, qué posturas tengo, cómo le estoy preguntando y cómo le doy la información). Estos aspectos son cruciales puesto que es más importante cómo decimos algo que lo que decimos. Necesitamos, sobre todo en estos momentos iniciales, suspender los juicios que aparezcan, dejarlos en el aire. No se trataría de eliminarlos, no podemos hacer eso, quizá van a ser útiles en otros momentos, pero en todo caso no deberían entorpecernos la tarea. No es fácil evaluar ni tratar a una persona que nos causa irritabilidad, cansancio, que nos cae mal, o al revés, que nos resulta especialmente atractiva o interesante. Los juicios nos empujan a responder desde la persona que somos y no desde el papel profesional. La creación de etiquetas (tipo más frecuente de juicios) no suelen ser útiles para la creación de una relación terapéutica. No sería, por tanto, suspender el juicio si no ser especialmente más juiciosos en esos momentos iniciales de la sesión. Los juicios son muy importantes para que nosotros reflexionemos como terapeutas de dónde vienen, qué parte de ellos tienen que ver con comunicaciones del paciente y desde ahí van a resultar fundamentales para ciertas técnicas de trabajo con las emociones, el análisis de la comunicación, la clarificación… Pero tenemos que entender desde el principio que vamos a utilizar esos juicios para que el paciente reflexione y piense (y a veces ayudarle a cambiar), los vamos a usar a favor del paciente como terapeutas, no de forma personal como hacemos en contextos sociales, con la idea de buscar control, dominio, cariño, desde nuestras necesidades personales.

b. Atención a lo no explícito

Evidentemente debemos atender a lo explícito del discurso de un paciente pero debemos ejercitarnos especialmente para estar atentos a lo que el paciente no nos dice, o lo dice de forma incompleta o implícita. Generalmente vamos a preguntar y dar ritmo a la entrevista a través de estar atentos a la narrativa del paciente y especialmente a los contenidos no explícitos como los discursos incompletos (los sobreentendidos que dice el paciente), los contenidos implícitos (el cómo cuenta un paciente los hechos, nos da información sobre sus valores, ideología y su forma de ver el mundo y de relacionarse con él), las omisiones y evitaciones y los discursos recurrentes. Si enfocamos la atención en todo esto, mejora la escucha y la compresión del paciente y por tanto el vínculo.

c. Atención a lo no verbal

Ya hemos comentado que es más importante cómo se dice algo que lo que se dice. Los teóricos de la comunicación sostienen que la comunicación no verbal es clave en la comprensión de los mensajes, en mostrar nuestra visión del mundo, en enfatizar, en llevar a cabo las finalidades más pragmáticas de la comunicación (cómo seducir, asustar, intimidar, mantener el poder o mostrarse sumiso, por ejemplo). Es llamativo, que tanto los manuales de entrevista como de comunicación centran su la atención en los comportamientos verbales y soslayan de alguna manera los no verbales. Una buena razón es que enseñar esto a través de la lengua escrita (una forma verbal de comunicación) es sumamente complicado. Según Mark Knapp, la comunicación no verbal es muy importante dentro de la comunicación humana porque la mayor parte de la información que se nos queda en la memoria se liga a percepciones no verbales de la comunicación. Ante la inconsistencia entre un mensaje verbal – no verbal, predomina el mensaje no verbal. Sentimos de forma automática que el mensaje no verbal es más honesto, más difícil de enmascarar. Además, siguiendo

a Watzlawick[a], la comunicación no verbal, y por tanto la comunicación en general es inevitable, no es posible no comunicar (siempre hay una comunicación no verbal a la que debemos atender en una entrevista). La manera en que se expresa un mensaje, socialmente es mucho más importante que las palabras que se usan. Además, los mensajes no verbales son recibidos a menudo de forma no consciente y automática y hay que entrenarse para percibirlos y poder usarlos. Y para hacerlo más complejo, las conductas no verbales provocan normalmente conductas no verbales en nosotros, a las que también debemos atender[4].

La importancia de la comunicación no verbal en las relaciones interpersonales se entiende bien siguiendo las funciones que tiene, según Argyle: expresar emociones, transmitir actitudes interpersonales (dominación/sumisión, gusto/disgusto…), presentar a los otros la propia personalidad y acompañar el habla para administrar las intervenciones, retroalimentación, atención, etc[5]. En realidad, todas ellas son centrales para el trabajo de un profesional, pero las tres primeras, la intensidad y calidad de la expresión emocional, transmitir cómo nos gusta relacionarnos con el otro y presentar cómo somos, van a resultar herramientas cruciales en el trabajo.

d. Atención a la respuesta experimentada por el entrevistador

El yo observador es la capacidad del entrevistador de darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y conductas que puedan estar suscitados por la especial interacción que aparece con el paciente. El psicoanálisis ha teorizado mucho sobre este aspecto al que ha llamado contratransferencia, pero que se limita al "conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste". Para desarrollar la capacidad del yo observador, como sucedía con la suspensión del juicio, tenemos que entrenar la función psicológica de la conciencia que se encarga de escuchar los pensamientos y sentimientos propios (por ello la incluimos aquí, como una habilidad de escucha). Esta capacidad de tener conciencia de uno mismo, tiene su origen como material de estudio desde la filosofía antigua, tanto occidental como (y sobre todo) oriental.

Las reacciones que vamos a tener en la entrevista pueden estar vinculadas al paciente en cuestión (un paciente agresivo puede producir miedo, un paciente seductor embelesamiento, otro que no mejora rabia o impotencia…), o tienen que ver sobre todo con el terapeuta por su cultura, ideas o juicios de la realidad, por su propia biografía, historia o momento personal (entrevistar a un paciente ultraconservador cuando tú eres liberal o al contrario, atender a una mujer embarazada cuando tú también lo estás, escuchar a un maltratador de hijos cuando tú lo has sido de pequeño…). Si no reconocemos estas experiencias o no sabemos manejarlas adecuadamente, se favorece que actuemos desde lo personal y es otra de las causas más frecuentes de errores o de dificultades en la entrevista. La mayor parte de las veces estos errores son sutiles, se comprueban más en lo no verbal del entrevistador, en las formas, más que en el contenido. Esta destreza debe practicarse con ejercicios de toma de conciencia de uno mismo (como prácticas de meditación y otros procedentes de técnicas orientales), a través de reflexionar sobre nosotros mismos como profesionales de aspectos biográficos, cognitivos, emocionales respecto a lo que nos ocurre en una sesión con un determinado paciente, también los aspec-

[a] Watzlawick Paul, Teoria de la Comunicacion Humana, Barcelona, Herder, 1997 (N. d. e)

tos más técnicos de dicha sesión en ese momento dado, analizar expectativas, qué deseamos y tememos de nuestra profesión, del paciente en concreto o de determinada intervención. Debemos preguntarnos qué pretendemos al hacer determinada intervención, ¿la reflexión del paciente?, ¿la adulación?, ¿el control del mismo?, ¿distanciarle?, ¿seducirle? No es fácil estar atentos a este grado de conciencia personal y por eso es ineludible la supervisión (especialmente la directa o a través de vídeos porque la transmitida verbalmente sin más por el terapeuta puede enmascarar estas respuestas personales). También las terapias que analizan esta función como la analítica pueden resultar muy útiles.

En definitiva, cuando trabajamos como terapeutas, tenemos que encender una cámara que puede intensificar el foco sobre el paciente y tenemos que encender otra sobre nosotros mismos. En función de lo que esté ocurriendo tenemos que ser capaces de centrarnos en una u otra y aumentar si lo necesitamos su foco. El instrumento de un terapeuta es él mismo y debe estar siempre preparado y afinado para que suene de forma correcta. En un trabajo terapéutico no solo se intenta abrir la conciencia en el paciente si no que también lo debemos hacer en nosotros mismos como profesionales. Los pacientes nos curan también a nosotros y hace que este duro trabajo también pueda ser fascinante y una posible fuente de crecimiento para quien lo hace.

2. *Habilidades que facilitan la actividad narrativa del paciente*

Son destrezas que hay que desarrollar para que el paciente se sienta escuchado y mantenga y continúe con su narrativa, que siga hablando y que lo pueda hacer cómodo y con la confianza de que el terapeuta le escucha, quiere entenderle y se está enterando. Cada paciente necesita su tiempo y si algo se sabe de las entrevistas, es que es preferible que el paciente esté enfocado en él y su discurso y no pendiente del nuestro (que no lleva a tanto cambio como pensamos). Destacaremos de todas ellas por su importancia la paráfrasis como una forma de repetición, con las mismas palabras o con otras similares, de lo que está diciendo el paciente. La paráfrasis hace que la entrevista tenga ritmo, ayuda a la guía de la entrevista y precede a otras muchas intervenciones como preguntas o interpretaciones. Pero probablemente el reflejo de sentimientos sea la más relevante de este grupo porque favorece el despliegue de la narrativa emocional del paciente. Sería la habilidad mediante la cual hacemos saber al paciente la emoción que intuimos que está experimentando (generalmente por sus manifestaciones no verbales) en relación a un momento determinado de su narrativa. Esta habilidad mejora el vínculo, acorta la distancia terapéutica, calienta la entrevista y, por ello, debe preceder a otras intervenciones como las preguntas abiertas o las interpretaciones, por ejemplo. Sin reflejos de sentimientos, la entrevista puede adquirir el tono frío de un interrogatorio y favorecer que las preguntas suenen impertinentes. Además, en casos de tensión relacional clara entre paciente y profesional es la herramienta que más se tiene que usar para acortar la distancia terapéutica. Otras habilidades que favorecen la narrativa del paciente son los facilitadores no verbales (*uhmmm, ahá*…), las preguntas abiertas, las cerradas, las clarificaciones y las recapitulaciones. El silencio, como señal de respeto hacia el paciente, es una de las destrezas más potentes. Tenemos que monitorizar qué interpretación se le da a nuestro silencio, ya que no siempre va a favorecer la narrativa del paciente si se debe por ejemplo a tedio o a bloqueo del entrevistador.

3. *Habilidades que facilitan la generación de narrativas alternativas*
   Se trata de las habilidades que pretenden que el paciente piense, se detenga un poco en su discurso y pueda reflexionar sobre lo que está contando, o incluso llegue a ver otra alternativa a lo que narra. Todas ellas son intervenciones en las que el entrevistador pone más de su parte y añade cosas nuevas al discurso del paciente. Suelen ser importantes para empezar a producir cambios, pero a la vez son más arriesgadas y pueden hacer que el paciente se aleje, se sienta juzgado o solicitado a hacer algo que no quiere o no puede. Debemos por tanto ser cautos en su manejo, no tanto como para temerlas como intervención y entonces evitar usarlas (es un error frecuente en entrevistadores inseguros o fóbicos), sino más bien monitorizarlas especialmente y estar muy atentos a la reacción del paciente. Tampoco debemos usarlas con rapidez y de forma muy frecuente (muy típico de entrevistadores seguros de sí mismos, con asertividad y un *self* aparentemente grande) porque desequilibran mucho la relación, la hacen muy asimétrica y no ayuda al cambio. Las destrezas son: dar información e instrucciones, el refuerzo y el feedback, la interpretación y la confrontación. Lo importante en todas ellas es que aportamos nuevos significados a algo que está sucediéndole al paciente. Que el paciente adquiera ese nuevo significado es lo complicado y es el objetivo básico. Cuando los significados que damos están consensuados por expertos y mejoramos las opciones que tiene un paciente para elegir un camino estamos informando. Si estos significados surgen desde lo personal, desde el propio vínculo entre paciente y entrevistador hablamos de interpretación, y cuando le hacemos ver una discrepancia en su discurso (una discrepancia entre dos aspectos verbales, o entre uno verbal y otro no verbal…) lo llamamos confrontación. La mayor parte de estas intervenciones pueden hacer que nos sintamos muy listos y poderosos como entrevistadores y facilitar la complementaridad en el paciente, que se siente cazado y pequeño al lado del profesional. Nada de esto favorece el cambio ni el crecimiento del paciente, que en todo caso es de lo que se trata. En todo momento la actitud del profesional debe ser la de humilde acercamiento y de curiosidad algo ingenua sobre el paciente, para favorecer su reflexión y que no se coloque en actitudes complementarias defensivas (como la sumisión o la defensa más activa). En ocasiones favorece mucho que el paciente no se sienta juzgado haciéndole interpretaciones a través de metáforas, que no dejan de ser analogías de lo que le sucede a un paciente pero que al expresarle la analogía de forma paralela no resulta tan desequilibrante. El uso de metáforas da mucha riqueza a las entrevistas y las sesiones y debemos ser atrevidos en usarlas y exponerlas. No se deben explicar. Hay que permitir que sea el propio paciente el que busque la analogía. El refuerzo pretende hacerle ver al paciente lo que es y hace de forma positiva, lo que consideramos que es importante para él y el vínculo. En las entrevistas tendemos a hacer muchas preguntas, a indagar, a remarcar problemas, errores, dificultades y esto es *aversivo* para cualquier paciente. Así que tenemos también que rescatar las cosas positivas y sanas del paciente y señalárselas.

4. *Habilidades centradas en la relación terapéutica*
   Hablábamos metafóricamente que para trabajar en Salud Mental teníamos que encender y manejar el foco de dos cámaras: una colocada sobre el paciente y otra sobre nosotros mismos. Además de éstas, debemos encender una tercera y última cámara que enfoque todo lo que pasa en la pareja formada entre terapeu-

ta y paciente, una cámara que enfoque la relación. Y como las anteriores, también tenemos que ejercitarnos en mover el foco y detenernos en ella. Una entrevista psiquiátrica pasa porque el terapeuta viene a ser como un realizador de televisión y es capaz para mantener la atención, reflexión y profundización adecuada en la entrevista cambiando de cámara según vayan avanzando los elementos narrativos. En ocasiones hay que quedarse en la cámara 1 (narrativa del paciente), a veces hay que pasar a la cámara 2 (la del terapeuta) y luego pasar a la 3 (la de la relación terapéutica) para seguir con la 2, la 1 y así durante la toda la entrevista. Un ritmo muy rápido puede hacer que no se entienda lo que pasa y no se profundice y uno muy lento que sea aburrido y nos atasquemos dando vueltas a lo mismo. De hecho, el cambio en gran parte se da porque hacemos que el paciente encienda también todas sus cámaras y aprenda a ver su realidad de una manera más compleja (le ayudamos a aumentar y mejorar su mentalización como diría Bateman).

El trabajo específico de la relación consiste en poder explorar y hablar de lo que les está ocurriendo de forma implícita al profesional y al paciente durante el encuentro que están teniendo. Se trata de comunicar sobre la comunicación que se está produciendo entre ambos, por eso, a este tipo de intervenciones se las denomina *metacomunicaciones*. Siguiendo a Jeremy Safran[6], el objetivo es intentar dar un sentido y ofrecer hipótesis sobre algo que está ocurriendo en la relación y que no es explícito. Por ejemplo: "Siento como si ambos estuviéramos procediendo con mucha cautela. Tengo la sensación de que no acaba de confiar en mí y que tal vez eso influya en que no se esté tomando el tratamiento. Me pregunto si se ha sentido criticado o dolido por lo que he dicho. Percibo como si ahora mismo estuviera usted alejándose". Este tipo de intervenciones no son fáciles porque no suelen emplearse socialmente y exigen un entrenamiento específico, y se necesita un yo observador sensible y activado para darnos cuenta de lo que estamos experimentando con el paciente en cada momento y poder utilizarlo a favor de esclarecer qué está ocurriendo en la relación. Por otra parte, hacer metacomunicaciones puede suscitar cierta angustia en el terapeuta puesto que se expone como participante de esa relación cuando tiene que comunicarle al paciente los mensajes implícitos que se producen mientras se construye el vínculo. El fundamento de estas intervenciones tiene que ver con el aspecto de *encuentro existencial* entre el médico y paciente, además del encuentro conversacional condicionado por el objetivo de ayuda. En este encuentro existencial de dos personas, cada una con sus características particulares, se producen *configuraciones relacionales* que a veces amenazan la alianza terapéutica y que hay que comprender y "desenredar" para que el trabajo siga un curso satisfactorio. Desde este punto de vista relacional, tanto el médico como el paciente participan de estas configuraciones y ambos tienen su "cuota de responsabilidad", sin embargo, es el profesional el que con sus habilidades de comunicación puede y debe propiciar su resolución, aun cuando, insistimos, participe de ellas. La técnica de las metacomunicaciones está condicionada por este hecho de que el profesional forma parte de este encuentro intersubjetivo médico-paciente, está dentro del campo comunicacional. Esto significa que estas intervenciones hay que expresarlas desde un punto de vista exploratorio y subjetivo y no como revelaciones de una verdad objetiva e inmutable. No parece conveniente decirle a un paciente con rasgos paranoides en el momento en que se muestra suspicaz y la relación está tensa: "lo que a usted le sucede es

que todo lo que le digo le sienta mal". Tal vez le resulte menos culpabilizante y desde ahí más útil y le haga reflexionar más, algo más subjetivo como: "

Siento como si fuera fácil decir algo que le ofendiera. El uso de muletillas del tipo: "a mi entender…", "creo que…", "tengo la sensación de que…", etc. nos pueden ayudar a remarcar este sentido subjetivo, exploratorio y provisional de nuestra intervención. Además, como lo que está ocurriendo en la relación médico-paciente incumbe a ambos, hay que establecer una sensación de "nosotros". Es importante en este sentido que en la resolución del problema se incluya al paciente invitándole a analizar lo que sucede, recabando su opinión: "Me parece que nos comportamos como si estuviéramos jugando al ajedrez ¿qué le parece a usted?" "Tengo la sensación de que aleja su mirada de mí cada vez que se refiere a sus sentimientos. ¿Es usted consciente de esto?"

No hay un protocolo sobre cuándo hay que trabajar de forma específica la relación médico-paciente, pero lo habitual es que estas intervenciones las realice el terapeuta cuando lo crea conveniente, cuando sienta que debe hacerlo. Suelen ser especialmente útiles en situaciones de estancamiento en el tratamiento, siempre que haya tensión en la relación o cuando el paciente haga una alusión directa al profesional, al tratamiento o a la institución en la que trabaja.

HABILIDADES DE SEGUNDO NIVEL

Este segundo nivel de habilidades da cuenta de cómo podemos combinar las de primer nivel para poder ir acompasándonos y a la vez guiando al paciente hacia los objetivos técnicos que entendemos que tiene la entrevista. Esto se hace de acuerdo a unas estrategias que tenemos que poner en juego y que vienen determinadas por tres ámbitos de la entrevista: el desarrollo de la alianza terapéutica, la tarea de acompasarse con el paciente y guiarlo en su autoexploración y los escenarios narrativos que se emplean.

1. *El desarrollo de la alianza de trabajo*

En primer lugar y como factor técnico crucial en el buen desarrollo de la entrevista está la de ser capaz de establecer una adecuada relación terapéutica. El ser capaces de crear un clima de trabajo cálido, de confianza para poder hablar, explorar, sentir y desequilibrar aspectos difíciles de la existencia del paciente es un factor básico que no podemos dejar de monitorizar como terapeutas. Es algo transversal para va a recorrer toda la terapia y el factor de principal pronóstico de la misma. Sabemos que es condición necesaria aunque no del todo suficiente para el cambio, pero desde luego sin ella el trabajo no sería posible. La alianza se establece desde el primer contacto con el paciente e incluso antes (ya hay expectativas mutuas que se construyen desde el momento en que el paciente decide acudir a un psiquiatra o psicólogo y desde que nosotros recibimos la hoja de derivación, todavía sin ver al paciente). Hemos dicho que la relación debe ser de confianza y calidez, debe permitir hablar de lo que no es fácil hablar, sentir lo que no se puede sentir y pensar lo que no nos permitimos pensar. Sabemos que la alianza depende de variables del paciente (las fundamentales) donde incluimos el deseo de cambio, de confianza, su capacidad para pensarse y desequilibrarse, rasgos de personalidad... Todos estos aspectos son los más importantes y sabemos que evolucionan peor los pacientes que tienen dificultades en los aspectos antes mencionados. El ejemplo extremo de ello son los pacientes simuladores o con muchos rasgos psicopáticos donde no hay deseo de cambio alguno y el objetivo de la entrevista es ajeno a lo que estamos hablando en la misma. Los aspectos técnicos que habría que vigilar en la relación terapéutica son la coordinación interactiva: vigilar

cuánto hablamos nosotros y cuánto lo hace el paciente, cómo estamos interviniendo, quién o no está poniendo más y qué podría pasar detrás de esto. La configuración relacional es calibrar qué matriz relacional se está construyendo en cada momento de la entrevista entre los protagonistas de la misma, de qué depende esta matriz, si habría que fortalecerla o modificarla, etc. No hay que preguntarse únicamente cómo se hace una entrevista a un paciente paranoide o a otro con rasgos histéricos, sino saber qué ocurre entre un paciente con rasgos paranoides y un profesional con rasgos fóbicos, por ejemplo. Y es todavía más complejo al saber que estas etiquetas no valen para mucho y que las configuraciones relacionales van cambiando en distintos momentos. También tenemos que monitorizar el grado de profundidad de la entrevista, hasta qué punto este paciente y yo podemos indagar en su vida cognitiva y emocional. Cabe preguntarse si en un momento dado, la entrevista está siendo muy profunda o superficial, si podemos sumergirnos ahora, hasta dónde… Por último tenemos que atender al clima emocional: qué emociones se están poniendo en juego en este momento y sobre todo cuál es la intensidad, el termómetro de las mismas. No hay cambio sin emoción, por eso hay que monitorizarlo y a veces es necesario caldear la entrevista y a veces es necesario intentar enfriarla. Las habilidades que protegen la relación van a ser fundamentalmente los reflejos de sentimientos, las paráfrasis, los silencios y las metacomunicaciones sobre ese tema. Las hacemos de forma sentida con todo el cuerpo y muchas veces hay que hacer varias según lo que haya sucedido en la interacción.

2. *Acompasamiento y guía*

Para que una entrevista sea fluida y armoniosa, pero también eficaz, ha de haber un equilibrio entre el movimiento conjunto de la diada paciente-profesional (acompasamiento), y la apertura a nuevas perspectivas que suponen un desafío a los presupuestos del paciente (habilidades de guía).

Las habilidades de acompasamiento buscan "movernos al ritmo del paciente" familiarizándonos con sus valores, utilizando su mismo lenguaje, fomentando cierta sincronía a nivel no verbal y manteniendo el mismo nivel discursivo respecto a su narrativa. La entrevista técnicamente se parece mucho a un baile que va a llevar a cabo un profesor, experto en danza, con este paciente que piensa que baila con dificultad o sufrimiento. Acompasarse va a ser el desarrollo de todas las habilidades que necesita el profesor para imitar el baile del paciente (que hasta ese momento desconocía) junto con él, haciendo que se sienta cómodo, seguro y no juzgado a pesar de sus extraños pasos de baile que él piensa que da. Pero el tratamiento no avanza si no se introducen pasos nuevos, el profesional ha de desequilibrar al paciente, desafiar su narrativa y aumentar la complejidad epistemológica del discurso. Para que el paciente los incorpore y los aprenda debe confiar en que el profesor de baile sabe por dónde va, no le va a dejar, ni va a humillarle y el cambio que le propone es más armónico y tiene interés para su propio baile. Las habilidades que ponemos en marcha para favorecer los nuevos pasos las llamamos de guía, añaden tensión y algo de desequilibrio y por ello debemos dar seguridad y tener cierta precaución. El equilibrio entre el acompasamiento y la guía hace fluida, armoniosa y eficaz a la entrevista.

3. *Escenarios*

Los escenarios narrativos sobre los que desarrollamos la entrevista pueden ser tres. El primero es el de los conflictos actuales del paciente puestos en juego

en su entorno habitual: trabajo, familia nuclear, red social, etc. Otro escenario narrativo es la biografía del paciente, las relaciones con su familia de origen o con otras personas significativas de su infancia. Por último, también es posible analizar la relación terapéutica, las interacciones que se van sucediendo entre el paciente y el profesional y que pueden ser útiles para profundizar en el mundo emocional desde el aquí y el ahora, en el momento presente. En ocasiones lo que hacemos en las entrevistas es trabajar consecutivamente sobre estos escenarios las pautas problemáticas repetidas. Hay pacientes que se presentan con más facilidad para trabajar en uno u otro escenario. A veces el terapeuta favorece los cambios de escenario para buscar el componente emocional que ayude al cambio, o para salir de situaciones de atasco que se dan en alguno de ellos.

RESUMEN

La entrevista en salud mental es una actividad experiencial y ningún texto puede sustituir a la práctica clínica supervisada. En todo caso, este capítulo describe sucintamente las destrezas y mimbres sobre lo que hay que entrenar día a día con nuestros pacientes, pero el aprendizaje es fruto de estas vivencias, siempre irrepetibles, y como tal, nunca termina. Esto significa que el saber sobre la entrevista en salud mental es inabarcable y por esto mismo, apasionante.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao; Desclée de Brouwer, 2002. Es el libro en el que se basa este capítulo y ya es un título clásico y fundamental en castellano sobre este tema. En él se abordan todos los detalles de la entrevista con gran profundidad sin perder la orientación pedagógica y clínica. Una joya.

Safran, J.D. y Muran J.Ch. Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide New York: Guilford Press, 2003. (Trad. Cast: La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao;Desclée de Brouwer, 2005). Un libro básico para profundizar en el terreno de la relación y la alianza terapéutica, no solo en el modelo psicoterapéutico que proponen los autores, ya que sus reflexiones y análisis pueden utilizarse para la entrevista en general.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sullivan, HS. The psychiatric interview. New York: Norton; 1954. (Trad cast: La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires;Psique; 1989)
(2) Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.
(3) Wachtel, PL. La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1996.
(4) Knapp, M.L. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona; Paidós Comunicación, 2001.
(5) Argyle, M. Bodily Communication. New York: Internacional Universities Press;1975.
(6) Safran, J.D. y Muran J.Ch. Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide New York: Guilford Press, 2003. (Trad. Cast: La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005).

Habilidades de entrevista en salud mental

Generalidades			• Marco de libertad y respeto • Profesionalidad • Finalidad de cada intervención
Habilidades de primer nivel	Habilidades de escucha	Actitud general de escucha	• Postura relajada pero no dejada • Distancia interpersonal • Aspectos internos
		Atención a lo no explícito	• Discursos incompletos • Discursos implícitos • Omisiones y evitaciones • Discursos recurrentes
		Atención a lo no verbal	
		Escucha del profesional	• Yo observador
	Habilidades que facilitan la narrativa del paciente		• Facilitadores no verbales • Paráfrasis • Reflejo de sentimientos • Preguntas abiertas • Preguntas cerradas • Clarificaciones • Silencios
	Habilidades que facilitan la reflexión y el cambio		• Información e instrucciones • Refuerzo y feddback • Interpretaciones. Metáforas • Confrontaciones
	Habilidades centradas en la relación terapéutica		• Metacomunicaciones, metáforas
Habilidades de segundo nivel	Relación terapéutica		• Coordinación interactiva • Grado de profundización • Configuración relacional • Clima emocional
	Acompasamiento y guía		• Acompasamiento • Guía
	Escenarios		• Entorno habitual • Biografía • Relación terapéutica

3.2.1. La construcción social de la realidad y la locura

Francisco Rodríguez Pulido, Natalia González Brito

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD

Los filósofos políticos Karl Marx (1818–1883) y Friedrich Engels (1820–1895) afirmaron en *Die Deutsche Ideologie* (1846) y en otras obras que la ideología, las creencias y opiniones políticas y sociales de las personas derivaban de sus intereses de clase y, más en general, de las condiciones sociales y económicas en que vivían: "Es el hombre quien en el desarrollo de sus intercambios materiales cambia, junto con su existencia real, su pensamiento y los productos de su pensamiento. La vida no está determinada por la conciencia, sino que la conciencia lo está por la vida"[1,2]. Bajo la influencia de esta doctrina y de la Fenomenología, el sociólogo alemán, Karl Mannheim (1893–1947) impulsó el desarrollo de la sociología del conocimiento con su *Ideologie und Utopie* (1929)[3], aunque el término había sido utilizado por primera vez cinco años antes por el co-fundador del movimiento, el filósofo y teórico social alemán Max Scheler (1874–1928), en Versuche zu einer Soziologie des Wissens (1924) Una interpretación radical de sus escritos diría que todo el conocimiento y las creencias son resultado de las fuerzas socio-políticas, pero esta versión es autodestructiva, pues de ser cierta, resultaría ser también un simple producto de dichas fuerzas, perdiendo su valor de verdad y su fuerza persuasiva. Mannheim intentó evitar esta paradoja excluyendo a los intelectuales del sistema, pues los consideraba apenas vinculados a las tradiciones sociales, relativamente liberados del sistema de clases y capaces de evitar las dependencias de las ideologías totales y de forjar una "síntesis dinámica" de las ideologías de los demás grupos. La sociedad determina el contenido mismo del pensamiento.

El dominio del funcionalismo a mediados del siglo XX supuso que la sociología del conocimiento permaneciese en un lugar secundario dentro del pensamiento sociológico. En gran medida, fue reinventada y aplicada a los estudios, sobre la vida diaria en la década de los sesenta, en especial, en *La construcción social de la realidad*, una de las obras teóricas más importantes e influyentes de la sociología contemporánea, escrita por los sociólogos Peter L. Berger y Thomas Luckman (1966)[4]. En ella, ambos autores proponían una fundamentación teórica para una sociología del conocimiento, inspirándose en buena medida en la fenomenología de Alfred Schütz[5,6,7].

La sociología comprensiva de M. Weber y la fenomenología filosófica de E. Husserl sirvió de base a Schütz para proponer una aproximación micro-sociológica también llamada Fenomenología. Schutz observó el modo en el que los miembros comunes de la sociedad re-constituían su mundo vital siendo importante poner entre paréntesis las cuestiones fácilmente asumidas sobre la vida para poder entender correctamente a aquéllos entes sociales. Expresó su interés y preocupación por las estructuras de sentido del mundo de "la vida cotidiana", ámbito donde viven los actores y donde Schütz aplica la Teoría de la acción[5]. Estas investigaciones abordan las relaciones intersubjetivas entre los actores sociales. El observador-científico, estudia la "vida cotidiana" e interpreta la conciencia del actor que vive en ese mundo. Schütz, utilizando la fenomenología como método-teoría, trasciende interpretaciones inmanentistas de la conciencia para postular una epistemología

social. El "mundo cotidiano -dice Schütz[6,7]- nos es común a todos y, en él, cada uno vive y actúa como un hombre entre sus semejantes, un mundo que se concibe como el campo de acción y orientaciones posibles, organizado alrededor de su persona según el esquema específico de sus planes y las significaciones que derivan de ellos. Este mundo siempre me está dado desde el comienzo como un mundo organizado"[4]. A partir de esta cita podemos inferir que el observador también puede ser actor. Sin embargo, cuando el actor desempeña el rol de observador deja de ser actor, ya que en el primer caso su rol le exige funciones diferentes que vienen a distinguir el nuevo sentido y el carácter que adoptan las nuevas funciones que desempeña el actor[8].

Estos supuestos exigieron de sus discípulos Berger y Luckmann un entendimiento más amplio de la sociología del conocimiento que el propuesto originalmente por Schütz, imponiéndose estos como tarea el análisis de los mecanismos de la construcción social de la realidad. Ellos definen la realidad como la certidumbre de que los fenómenos poseen características especificas. Por tanto, la sociología del conocimiento se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad.

Berger y Luchmann pasan a centrarse en un punto más específico de la sociología del conocimiento: cómo los individuos internalizan, comprenden y organizan todos los aspectos que constituyen la realidad. Diferencian dos procesos de socialización distintos: primario y secundario[4]. El primario, tiene lugar durante los primeros años de vida, es la base para la comprensión del mundo como un todo compacto e invariable, así como, para la comprensión de la vida como un sistema donde uno existe en relación con otros, donde el yo cobra sentido como yo social. Además, el individuo ocupa un espacio social concreto y en función del mismo y de las relaciones que conlleva se produce una identificación propia, una identidad. En el secundario, el individuo internaliza submundos diferentes, tiene acceso al conocimiento de una realidad compleja y segmentada y no accede a todo el conocimiento, sino a una parte en función de su rol y posición social; el conocimiento también se segmenta, porque los medios de acceso al conocimiento se institucionalizan: es necesario aprender a través de cauces y procesos adecuados. Esta segunda socialización corre el riesgo de convertir las internalizaciones anteriores en algo vulnerable, situación que se ve minimizada por la existencia de determinados medios de mantenimiento de la realidad. La identidad del individuo, como conclusión, se perfila dentro de una realidad objetiva que, aunque es percibida por éste como algo externo, es en realidad un producto humano; surge de la relación dialéctica entre individuo y sociedad: "se forma por procesos sociales, es mantenida, modificada o aun reformada por las relaciones sociales"[4].

En resumen, sus trabajos han desarrollado una teoría, conocida como construccionismo social, que sostiene que todo el conocimiento, incluyendo el conocimiento más básico del sentido común de la realidad diaria, se deriva y es mantenido por las interacciones sociales. Pinker[8] escribe que "algunas categorías realmente son construcciones sociales: existen sólo porque la gente tácitamente accede a actuar como si existieran (…) pero, eso no significa que todas las categorías conceptuales son socialmente construidas". No obstante, la obra de Berger y Luchmann introdujo así en ciencias sociales la noción utilizada desde entonces de "construcción social" (o constructo social), que, con el desarrollo del llamado construccionismo social, se fue poco a poco aplicando a multitud de ámbitos de la vida social. Aunque resulta muy influyente en la sociología contemporánea, la sociología del conocimiento, ha tenido un impacto significativo sobre la ciencia, especialmente por su contribución a la discusión y comprensión de la propia naturaleza de la ciencia, sobre todo a través de la obra de

Thomas Kuhn, sobre la estructura de las revoluciones científicas[9] o en la obra de Bruno Latour[10,11] desde lo que se da en llamar una sociología de la ciencia. Latour explica y defiende en su obra lo que son y lo que hacen los estudios de la ciencia, encaminados a alcanzar una compresión de la ciencia. Estos estudios aparecen como alternativa y contrapunto a la ciencia estricta, ajena a la sociedad, que se esconde tras la falacia de la guerra de las ciencias. Latour nos enseña que hay otro modo de acceso/relación con la realidad, distinto del que la modernidad nos tiene acostumbrados. La concepción progresiva de la ciencia, la periodicidad de los fenómenos, la reversibilidad, su *internalismo* -la ciencia se basta a sí misma, es capaz supuestamente de conocer la realidad en su totalidad, en su pasado, presente y futuro-, la certeza, los ingredientes en que se fundamenta el modernismo son cuestionados porque esto ha llevado a encerrar a la ciencia en si misma: todo lo que no puede ser comprobado por la ciencia, carece para ella de importancia, o por lo menos de cierto reconocimiento de veracidad. La única relación desde la ciencia con ámbitos no científicos, en todo caso, debe ser la de sometimiento de estos a aquella. Lo que dicen un grupo de profesionales y expertos deberá ser en último término lo verdadero. Por otro lado, la sociedad busca, si no imponerse a las ciencias, mantenerlas encerradas en sí mismas, y construir la realidad a su manera: la voz de la ciencia debe quedar relegada a los laboratorios.

En la filosofía moderna el término realismo, real y realidad, contrario a idealismo, subraya el valor de las cosas por sí mismas, la primacía de lo real, entendiendo por tal lo en si, con anterioridad y al margen de la relación cognitiva y operativa del hombre con las cosas. Por tanto, no es una simple proyección del sujeto cognoscente[12]. El realismo, se aplica a la doctrina que manifiesta que los objetos comunes percibidos por los sentidos, como mesas y sillas, tienen una existencia independiente del propio ser percibido. En este sentido, es contrario al idealismo de filósofos como G.Berkeley o I.Kant. En su forma extrema, llamada a veces realismo ingenuo, se piensa que las cosas percibidas por los sentidos son en rigor lo que parecen ser. En versiones más complejas, a veces denominadas como realismo crítico, se da alguna explicación de la relación entre el objeto y el observador que tiene en cuenta la posibilidad de que tengan lugar ilusiones, alucinaciones y otros errores de la percepción. En la filosofía medieval, el término realismo hacía referencia a una posición que consideraba las formas platónicas, o conceptos universales, como reales. Esta posición se llama ahora realismo aristotélico. En la filosofía de Platón, un nombre común, como cama, se refiere a la naturaleza ideal del objeto, sugerida por su definición, y esta naturaleza ideal tiene una existencia metafísica independiente de los objetos particulares de esta clase. Así, la circularidad existe aparte de los círculos particulares, la justicia, independientemente de los individuos o Estados justos particulares, y la idea de cama, independientemente de las camas particulares. En la Edad Media, esta posición fue defendida frente el nominalismo, que negaba la existencia de tales universales. Los nominalistas afirmaban que los muchos objetos llamados por un único nombre no comparten nada sino solo dicho nombre. El término medio entre estas dos posiciones incluía el realismo moderado, que afirmaba que los universales existen en los objetos del mismo tipo pero no independientes de ellos, y el conceptualismo, que mantenía que los universales podrían existir con independencia de los objetos de un tipo particular, pero sólo como una idea de la mente, no como una entidad metafísica que existe en sí misma. El término realismo, interpretado con facilidad en su aplicación a la filosofía, no es la defensa de un mundo natural, ni la oposición al idealismo (el opuesto de éste sería, en todo caso, el empirismo), ni siquiera está ligado de forma directa o explícita con la verdad. Las tesis fundamen-

tales de todo realismo se pueden enunciar como sigue: a) el objeto de conocimiento es independiente del sujeto de conocimiento, b) el conocimiento del objeto no es diferente del objeto. La razón por la que el término realismo se aplica a corrientes filosóficas muy diferentes entre sí, es la naturaleza del objeto. Puede ser material, pero también un objeto espiritual, una creación matemática, una idea, una teoría científica etc. Análogamente, las posturas no realistas defienden que el objeto sólo existe en nuestra mente, o bien que ni siquiera tiene sentido hablar de que dicho objeto exista. Como posturas no realistas en algún sentido dado encontramos los idealismos, el instrumentalismo, el nominalismo, etc. En el realismo científico[13], representado por Putnam[14], puede ser cuestionado igualmente, aunque de una forma menos radical, si se mantiene el supuesto, que el logro de la verdad es la aspiración ultima del desarrollo de la ciencia, pero se entiende que la determinación que sea verdadero depende exclusivamente de factores epistémicos. El realismo científico, en su versión de realismo semántico y de realismo epistémico resulta minado si la verdad deja de ser considerada como una propiedad de los enunciados (o las teorías) poseen en función de la relación que guardan con el mundo y se convierten en una propiedad que los enunciados(o teorías) poseen en función de que les sean atribuibles ciertas características relativas a sus status como elementos del conocimiento (verificabilidad, justificabilidad, afirmabilidad garantizada, utilidad para la vida, etc)[15,16].

Latour intenta superar la supuesta confrontación entre realistas y constructivistas[17] y nos propone pasar al externalismo –los avances dependen de otras circunstancias como la economía o la política no de la ciencia en si misma- donde los hechos a tomar en cuenta para hacer ciencia están condicionados por la comunidad: la realidad está construida por nuestra subjetividad, la realidad ya no es objetivamente dada, sino subjetivamente construida. La probabilidad sustituye a la certeza. Espuny[18], al revisar la obra de Latour, concluye que la inestabilidad entre sociedad y naturaleza es normal, no hace falta arreglar fricciones entre objeto y sujeto, porque no hay tal separación. La inestabilidad es de hecho lo que nos hace avanzar y el hombre es naturaleza, desarrollándose gracias a su propiedad de pensarse a sí mismo virtualmente, y por ello, hemos sido siempre –concluye- modernos y no modernos.

En los años ochenta y noventa del siglo XX el estudio histórico de la enfermedad desde la perspectiva del constructivismo social adquirió una indudable preponderancia historiográfica[19,20,21]. Charles Rosenberg[22] llamó la atención sobre la complejidad de cualquier reflexión en torno a la enfermedad que pretenda ir más allá de la mera consideración de una alteración anatómica o fisiopatológica del organismo humano. Para este autor, la enfermedad es “un acontecimiento biológico”, pero también “un peculiar repertorio generador de construcciones verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, un aspecto de la política pública y la legitimación potencial de ésta, un elemento potencialmente definidor de roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico paciente”. Y concluye apuntando que “de alguna manera, la enfermedad no existe hasta que hemos acordado su existencia, al percibirla, nombrarla e intervenir sobre ella”. Afirma Huertas[23] que esto se ha visto reforzado por la contribución desde la filosofía de la ciencia. Ian Hacking[24-27] ha intentado contribuir a la historia cultural de la psiquiatría partiendo de conceptos; analizando la fuga disociativa y la personalidad múltiple, se propone “enfermedad mental transitoria” o “inventar/construir gente”, y se reflexiona en torno a la construcción socio-cultural de la enfermedad mental. Tal planteamiento puede tener, señala Huertas[23] , un gran atractivo para la historia y la epistemología de la psiquiatría porque nos permite reflexionar sobre la na-

turaleza de ciertos trastornos mentales en cualquier momento histórico –también en el presente-, así como sobre aspectos teóricos y prácticos de indudable trascendencia en la clínica y en el propio saber psicopatológico.

En resumen, lo que llamamos "discurso científico" es un espacio de representación colectiva en el cual se da la ciencia como actividad humana. El trabajo de la ciencia consiste en una permanente reformulación de sus objetos. De hecho, las disciplinas científicas pueden caracterizarse como discursos que crean y recrean los objetos de los cuales "fabrican" enunciados. Las "verdades" de la ciencia no son el fundamento de las comunidades científicas. Las comunidades científicas son comunidades de problemas y, sobre todo, de retóricas. Es necesario pues, estudiar el discurso científico en tanto que discurso, hay que reflexionar sobre sus orígenes y modo de constitución, hay que aceptar que no es sólo un producto sino una fuerza productiva. La realidad es una narrativa exitosa. Es aquello que se hace hablando en una comunidad de reconstrucciones de objetos que sólo existen en tanto se habla de ellos de una determinada manera. El discurso del especialista no es más que una diferenciación, a veces deformada, del lenguaje corriente.

Bien sea realidad o elaboración de la enfermedad mental[28], como reconoce Moscoso, la mayor parte de los historiadores no encuentra necesidad alguna de cuestionar la realidad del objeto sobre el que escriben. A pesar de las dificultades, la historia de la ciencia ha dado cuenta de propiedades o magnitudes que hoy no dudaríamos en considerar inexistentes. Por ejemplo, en la historia del calórico, o en las teorías del éter *lumífero*. La discusión de qué es y en qué consiste la enfermedad mental transitoria, vista por Hacking[27], no es ajena a otras consideraciones propias de la filosofía de la historia. Después de todo, lo que permite en todos los casos el establecimiento de un diagnóstico -y, por extensión, el postulado de una enfermedad- depende de la evidencia extraída de la historia médica y, más específicamente en estos casos, del modo en que la práctica psiquiátrica recupera los recuerdos de entre la amnesia y el olvido. El testimonio forma hasta tal extremo parte de la historia que Hacking puede hacer coincidir en un sólo texto la disolución de la personalidad con la aparición de las ciencias de la memoria. Moscoso se detiene en tres aspectos determinantes en relación con la realidad o elaboración de la enfermedad mental y las entidades inobservables, los problemas relacionados con la clasificación, con la causalidad y con la *metrización*.

DETERMINACIÓN CULTURAL DEL CONOCIMIENTO

Una línea especialmente importante de la sociología del conocimiento, desde el historicismo, deriva de la obra crítica de Michel Foucault. En 1961, en su *Historia de la locura en la época clásica*[29], afirma que las concepciones de locura y de lo que se considera "razón" o "conocimiento" están culturalmente determinadas, y a este respecto, refleja críticas similares de Thomas Szasz[30,31]. Foucault y Szasz coinciden en que los procesos sociológicos tienen un papel fundamental en la definición de la "locura" como "enfermedad" y en la prescripción de "curas" para la misma. Pero, Foucault extiende su crítica a toda la medicina científica moderna, en la que trata la metáfora conceptual central de la "observación", con sus implicaciones en clínica y en la mirada médica[32], en el diseño de prisiones y el estado carcelario[33].

En *Las palabras y las cosas*[34] (1966) y en *La arqueología del saber*[35] (1969), Foucault introdujo los conceptos abstractos de mathesis y taxonomía. Según él, estos conceptos transformaron los estudios, propios de los siglos XVII y XVIII, sobre "gramática general" convirtiéndolos en la moderna "lingüística", la "historia natural", en la "biología" moderna, y el "análisis de la riqueza", en la "economía" actual. Todo ello, apuntó

Foucault, sin pérdida de sentido. El siglo XIX transformó lo que había sido hasta entonces el conocimiento. *La arqueología del saber*[35] representa su principal aventura en metodología. Lo escribió para lidiar con la percepción que se tenía de *Las palabras y las cosas*. Hace referencia a la filosofía analítica angloamericana, en particular a la teoría del acto discursivo. Dirige su análisis hacía el enunciado, la unidad básica del discurso que considera ignorada hasta ese momento. Los enunciados dependen de las condiciones en las que emergen y existen dentro del campo del discurso. No son proposiciones, ni declaraciones ni actos discursivos. En su análisis, considera los actos discursivos serios en cuanto a su análisis literal, en lugar de buscar algún significado más profundo. Es importante notar que de ninguna manera está tratando de desplazar o invalidar otras formas de analizar el discurso.

Quizá la más famosa y controvertida afirmación de Foucault ha sido que, antes del siglo XVIII, "el hombre no existía". Los conceptos de humanidad y de humanismo fueron invenciones o creaciones de esta transformación acaecida en el siglo XIX. Del mismo modo, se introdujo un prejuicio o sesgo cognitivo en la ciencia, al conceder total confianza a la capacidad del científico individual para ver y representar las cosas objetivamente.

Veamos algunas de las críticas aportadas por Foucault y Szasz:

a. Historia de la locura

Foucault en *La Historia de la Locura en la época clásica*[29] analizó la experiencia de la locura desde el Renacimiento hasta la Modernidad. Eligió como objeto de análisis la sinrazón, con referencias literarias a Diderot y Artado. Trata el problema de la normalización, sirviendo Descartes de referencia. En esta obra ofrece una visión distinta y vigente de las disciplinas "psi" que invita a pensar nuestro presente y entender cómo ha surgido la experiencia actual de lo que se llama locura. Si bien esta historia se basa en abundante literatura médica, no desarrolla la historia de la verdad científica, sino una historia del silencio respecto de la locura. De algún modo, Foucault desmitifica aquel relato científico según el cual la psicología y la psiquiatría presentan un saber sobre la enfermedad mental representándola como algo natural y atemporal. Este filósofo francés busca las causas de la locura en el ámbito de una experiencia históricamente constituida, conformada por prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso de cuya confluencia surge la figura cultural de la enfermedad mental.

Esbozamos muy brevemente algunos recorridos de esta arqueología de la locura. Foucault considera que en el Renacimiento (Siglo XVI) se sucedieron y coincidieron dos formas de entender la locura: la locura como recíproca de la razón y como integrante de la razón en sus formas secretas. La primera responde a la convicción de que el mundo es "locura ante los ojos de Dios". Para Calvino, por ejemplo, la locura es la dimensión propia del hombre comparada con la razón omnipotente de Dios. Es decir, si Dios es el ser y la verdad, el hombre que vive inmerso en la locura, en la verdad parcial, es nada ante la verdad suprema. En este sentido, razón y locura se contemplan y contraponen en la relación entre la razón divina creadora y la locura de la criatura humana. La segunda forma surge de una torsión histórica en que la locura se integra a la razón, no como contrapuesta, sino como coincidente. Se acepta la duplicidad razón-locura en la medida en que la locura se manifiesta como una de las facetas de la razón. Aparece así la admiración por la sabiduría que ofrece la visión de locos sublimes, tales como los poetas. Hasta el Renacimiento, el loco estaba "más allá" de la cotidianeidad y se "les dejaba hacer". Pero, a partir del siglo XVII, la locura comienza a ser recluida en un lugar de encierro. El loco comienza a verse como el diferente que está "del otro lado", más

allá del límite de lo razonable y el límite físico, los muros del encierro. El mundo clásico (siglo XVII y XVIII) se escinde entre lo que pertenece a la razón y lo que no. Se organiza según la razón entendida como cordura y todo lo que no coincida con ella será sinrazón. Se excluye lo indeseable (la sinrazón) y se preserva lo deseable (la razón). Recordemos que con Descartes nace la razón moderna ejemplificada por la evidencia del *cogito* (pienso, luego existo) en las Meditaciones Metafísicas, pero para que ella sea posible se ha tenido que excluir a la sinrazón y reducirla al mutismo. De este modo, se acabaron los poderes apocalípticos y los riesgos de la razón que la sinrazón anunciaba en su presencia trágica y crítica del XVI. Las categorías culturales de la razón que fundamentaban el encierro de la sinrazón comprendía una amplia gama de categorías sociales: el loco se encerraba junto a los homosexuales, impíos, sacrílegos, blasfemos, brujas, alquimistas, herejes, iluminados, venéreos, degenerados, disipadores, prostitutas, ladrones, suicidas y libertinos. Foucault considera que 1656, fecha en que se decretó el establecimiento del Hospital General en Francia, es clave para el estudio del encierro en la experiencia neoclásica de la locura como sinrazón. El Hospital General estaba dedicado al encierro de los pobres de Paris y el loco era sólo uno de sus posibles internos. Allí se alojaba sobre todo a los pobres que incluía las categorías de válidos, inválidos, enfermos y convalecientes, curables e incurables. El loco, el enfermo y otros anómalos también eran encerrados, aunque no fueran pobres. Dentro del establecimiento existían elementos de tortura y el director poseía un poder intermedio entre la justicia y la policía. Desde el punto de vista social, correlativo al surgimiento del capitalismo, el encierro de los pobres tenía como función reabsorber el desempleo y controlar los costos de las mercancías. Además, en el neoclasicismo el trabajo tenía una valoración ética y la pereza era el gran pecado. Por lo mismo, se proyectó que el internamiento de los pobres fuera laborioso. Pero estas funciones no tuvieron éxito y el encierro que pretendió ser un lugar de trabajo terminó siendo solamente un lugar de ociosidad y confinamiento. Una de las tesis más importantes de Foucault es que en estos lugares de encierro de la sinrazón a los locos no se los consideraba enfermos y que el orden médico casi no existía. Pero, ¿cómo accede el saber médico al territorio de la sinrazón? Foucault afirma que en los albores del siglo XVIII, en el umbral entre el neoclasicismo y el comienzo del positivismo, la dicotomía razón/ sinrazón se reemplaza por la de normal/ patológico con la ingerencia del discurso médico. Mientras en el internamiento neoclásico no se discriminaba entre los límites de la sinrazón, entre los teóricos de la medicina había quienes consideraban a la locura como una enfermedad. Llega un momento en que locura y medicina se reúnen a fines del siglo XVIII y este encuentro hizo nacer los postulados de la psiquiatría positiva. El internamiento pasó de ser encierro indiscriminado con estructura jurídica, a asilo para locos con estructura médica. Desde ese momento la locura aparece bajo la figura de la alienación y el discurso médico se conforma como un horizonte humanístico que posibilitó una experiencia humanitaria hacia los alienados. Sin embargo, Foucault considera que la nueva forma de encierro decretado por la medicina funciona como órgano de gestión, como estrategia de moralización impuesta al alienado. Si bien al loco se le soltaron las cadenas que lo tenían atado a un lugar físico, el hecho de poder deambular dentro de los límites del asilo no representó un cambio trascendente. Se hablaba de la libertad de los alienados pero se les sometía a un régimen de castigos, recompensas y humillaciones físicas y psicológicas. La psicología, como medio de curación, se organiza alrededor de la punición en la medida que se trata de someter al loco a un control (mirada - juicio) constante. Entonces, el loco es culpabilizado por su condición debiendo tomar

la responsabilidad de su cura, el humano tratamiento sustituirá el látigo y las cadenas desde el interior del loco. Eso sí, lo que ya no estará más bajo su responsabilidad serán sus propios actos que se considerarán un sinsentido. La noción de locura comienza a asociarse a la de falta. Pero la noción de falta encierra doble sentido: en un sentido, la falta significa culpa, infracción, pecado , sentido otorgado por los cuidadores de los locos; en otro sentido la falta es carencia, opacidad, pérdida, significado instrumentado por el saber médico que sigue vigente en la psiquiatría y el psicoanálisis. Alrededor de 1800 el tratamiento médico empezó a ser visto como parte de la ciencia, y se creía que este supuesto progreso llevaría a una mejor comprensión de la enfermedad mental. El resultado es que en medicina, el individuo es responsable de ayudar en el proceso de la cura y de aceptar la diagnosis, la prognosis y la medicación. La versión psicoanalítica es que la responsabilidad del individuo al buscar la cura es hablar, aunque de una forma no sujeta a los principios de la racionalidad en virtud del método de la asociación libre. Sin embargo, lo que subyace a ambos planteamientos es que la experiencia anormal es algo interno a la persona, es decir, se psicologiza la locura. Se podría afirmar que en el discurso médico la falta, la perdida de la salud, del objeto deseado, de la palabra, contribuye a marcar la finitud del hombre y determinar los límites de aquello que nos falta en tanto seres encerrados en los límites de la vida, el deseo y el lenguaje. La Historia de la locura pretende ser una desmitificación de la psicología y psiquiatría hegemónicas, pero su crítica transciende esta esfera, no es sólo una crítica a las ciencias "psi" sino, sobre todo, a aquello de lo cual son garantes privilegiadas: la racionalidad occidental.

En definitiva, en *Historia de la locura* podemos observar de qué modo los saberes científicos pierden su velo de inocencia, su pureza positiva, y se embarran hasta mostrar qué son, qué pretenden y, quizás, a quién sirven. Al mismo tiempo vemos que el nacimiento del saber moderno tiene como imperativo la exclusión de la locura. La interpretación del *Cogito* cartesiano llevada a cabo por Foucault se concentra en unas pocas páginas de su *Historia de la locura*, al comienzo del capítulo llamado *El gran encierro*, y hacen que esas tres páginas sean unas de las más polémicas de *Historia de la locura*.

b. El nacimiento de la clínica

El nacimiento de la clínica[32] de M. Foucault contribuye de forma fundamental a la historia de las ideas y, en concreto, a la idea del hombre que se ha ido abriendo paso en la época moderna, desde la perspectiva de la medicina. Fue su segundo trabajo importante publicado en 1963 en Francia. El libro traza el desarrollo de la medicina, específicamente la institución de la clínica. Estudia las transformaciones socioculturales y económicas y las del examen médico, las estructuras lingüísticas y las técnicas anatomopatológicas. Su interés no se limita solo al campo de la medicina, también los historiadores y sociólogos del conocimiento se sentirán atraídos por el planteamiento original del libro. Al abordar el estudio de las clínicas psiquiátricas centró su atención en el modo poco racional en que los «normales» trataron a los enfermos mentales durante el Siglo de la Razón peor que el dispensado a los animales. Durante el Renacimiento y a partir del siglo XIX las cosas ocurrieron de modo muy distinto.

c. El Poder Psiquiátrico.

La Historia de la locura en la época clásica efectuaba la arqueología de la línea divisoria en virtud de la cual se separa en nuestras sociedades al loco del no-loco. El relato finaliza con la medicalización de la locura a principios del siglo XIX. El curso que M. Foucault consagra a finales de 1973 y principios de 1974 al «poder psiquiátrico» prosigue esta historia dando, sin embargo, un giro al proyecto *Acerca de Estrategias de*

poder. Foucault compara la sociedad moderna con el diseño de prisiones llamadas panópticos[33] de Bentham (nunca construidas pero tomadas en cuenta): allí, un solo guardia puede vigilar a muchos prisioneros mientras el guardia no puede ser visto. Foucault sugiere que en todos los planos de la sociedad moderna existe un tipo de 'prisión continua', desde las cárceles de máxima seguridad, trabajadores sociales, la policía, los maestros, hasta nuestro trabajo diario y vida cotidiana. Todo está conectado mediante la vigilancia (deliberada o no) de unos seres humanos por otros, en busca de una 'normalización' generalizada.

En su obra *Vigilar y castigar*[33], empieza con una descripción muy gráfica de la ejecución pública del regicida Damiens en 1757. Contra ésta, Foucault expone una prisión gris, 80 años después y busca entender cómo pudo ocurrir tal cambio en la forma de castigar a los convictos en un período tan corto. Detecta dos formas de castigo de tal contraste que los toma como dos ejemplos de lo que llama "tecnologías de castigo".

d. Psiquiatría- sociedad

Aunque el término antipsiquiatría fue creado por David Cooper[36] en un contexto muy preciso, sirvió para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, (1955-1975) en los Estados donde se habían institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis como saberes reguladores de la normalidad y la anormalidad. En Gran Bretaña, con Ronald Laing[37,38] y el mismo David Cooper; en los Estados Unidos, con las comunidades terapéuticas y los trabajos de Szasz[39]. La antipsiquiatría ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de "la locura", eliminando la noción misma de enfermedad mental, y funcionando las instituciones psiquiátricas como la conspiración del silencio. Hay que señalar que aunque las ideas dominantes señalan a la antipsiquiatría en las notas necrológicas del siglo XX, no se puede negar a esta corriente de pensamiento el efecto positivo que en muchos sectores de la sociedad contemporánea ha tenido, al menos como conciencia moral. Ha estimulado el pensamiento de la relación psiquiatría-sociedad, engendrando inaudita lucidez acerca del rol asignado al psiquiatra en la institución, tanto entre el público como entre los propios psiquiatras. Su crítica incidía sobre el acto mismo de clasificar y diagnosticar, es decir sobre el "modelo" médico de la enfermedad mental" y la "impugnación al acto de clasificar".

d.1. Crítica al modelo médico

La medicina es una práctica social cuyas funciones y cuya organización le son conferidas por el todo social que la reglamenta, la delimita y la legitima. Cada sociedad tiene la medicina que corresponde a su modo de producción y a la correlación existente en esa formación social. La medicina, tanto en el modo de producción capitalista como en el socialista, utiliza conceptos científicos emanados de distintas disciplinas previamente constituidas con el estatuto de ciencias. Para realizar esa práctica técnica que le está encomendada, la medicina contemporánea produce, en tanto que objetos de conocimiento, el concepto de las enfermedades que luego deberá explicar. Este paso es punto de partida y fundamento de toda acción racional relacionada con la salud. La enfermedad representa, para quien la padece, una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación en la posibilidad de producir y gozar, de producirse y gozarse, un displacer, un motivo de demanda. Se desprende también que "diagnosticar" y "clasificar" son legítimas actividades de la práctica psiquiátrica. Siempre que el diagnóstico no sea conclusión sino apertura de un problema.

Bourguignon[40] sostiene que es imposible que el psiquiatra pueda a la vez diagnosticar e interpretar porque el diagnóstico sería una "abstracción inútil y peligrosa" que "reduce a los individuos singulares" a entidades nosológicas y bloquearía la posibilidad de comprender.

d.2. Crítica de la impugnación al acto de clasificar

La clasificación psiquiátrica como una estrategia de coacción personal, título de un capítulo de *Ideology and insanity* de Szasz[41], refleja los argumentos antipsiquiátricos básicos:

1). "En psiquiatría, toda discusión del problema de la clasificación descansa sobre la premisa fundamental de que existen en la naturaleza afecciones mentales o formas de conducta anormales y de que es científicamente válido ubicar a las personas que sufren de tales afecciones o que manifiestan esa conducta en categorías apropiadamente designadas".

2). "Por supuesto, no pongo en duda la existencia de amplias variaciones en la conducta personal, ni la factibilidad de adherir a ellas etiquetas diversas. Lo que cuestiono es la base lógica y el estatuto moral de la premisa que está detrás de todas las clasificaciones psiquiátricas y que la conducta humana es un acontecimiento natural y que puede y debe ser clasificada".

3). "El señuelo del positivismo puede ser difícil de resistir, pero el estudioso del hombre debe resistirlo o fracasar como humanista. Pues en la ciencia del comportamiento la lógica del *fisicalismo* es manifiestamente falsa: descuida las diferencias entre personas y cosas y los efectos del lenguaje sobre cada una".

4). "El ser ubicado en ciertas clases afecta a la gente, mientras que no afecta a los animales y a las cosas. Usted llama "esquizofrénico" a alguien y algo le pasa; usted llama 'rata' a una rata y 'granito' a una roca y nada les pasa. En otras palabras, en psiquiatría y en los asuntos humanos en general, el acto de clasificación es un acontecimiento excesivamente significativo".

Desde el enunciado de la enfermedad inventada, Laing[42] ha pretendido cambiar el modo en que los "hechos" de la "salud mental" y de la "enfermedad mental" son vistos por muchas personas.

RESUMEN

La realidad es una construcción social de un observador que también puede ser actor. Las disciplinas científicas pueden caracterizarse como discursos que crean y recrean los objetos de los sujetos. El saber psiquiátrico esta en relación con esta construcción de la realidad y con el aparato de dominacion del poder. El discurso científico en tanto que discurso, hay que reflexionar sobre sus orígenes y modo de constitución, hay que aceptar que no es sólo un producto sino una fuerza productiva. La realidad es una narrativa exitosa. Es aquello que se hace hablando en una comunidad de reconstrucciones de objetos que sólo existen en tanto se habla de ellos de una determinada manera.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

La obra crítica de Michel Foucault. En su Historia de la locura afirma que las concepciones de locura y de lo que se consideraba "razón" o "conocimiento" estaban culturalmente determinadas. Pero Foucault extendió su crítica a toda la medicina científica moderna, en la que trata la metáfora conceptual central de la "observación", con sus implicaciones en clínica y en la mirada médica, en el diseño de prisiones y el estado carcelario

BIBLIOGRAFÍA

(1) Karl Marx. El Capital. México: FCE; 1971.
(2) Karl Marx. La ideología alemana. Barcelona: Grijalbo; 1974.
(3) Karl Manhheim. Ideología y utopía. México: FCE; 1941.
(4) Berger, P. Luckmann, T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968. pp 255.

(5) Schutz, A. Estudios sobre teoría social. Traduc. Nestor Míguez, Compilador Arvid Brodersen. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
(6) Schutz, A.. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Traduc. J. Prieto, Prólogo de Joan-Carles Mèlich. Barcelona: Paidós, 1993.
(7) Schutz, A. El problema de la realidad social. Traduc. Nestor Míguez. Compilador Maurice Natason. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
(8) Pinker P. The languaje Instinct. New York: Harpercollins; 2002. pp 202.
(9) Kuhn. T. La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE; 1971.
(10) Latour, B (1987). Ciencia en acción. Barcelona: Labor; 1992.
(11) Latour B. (1999). La Esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia. Barcelona: Gedisa; 2001.
(12) Vargas-Mendoza J.E. Realismo Filosófico. Lecturas la un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C; 2008.
(13) Dieugez A. Realismo científico: Una introducción al debate actual de la filosofía de la ciencia. Málaga: Universidad de Málaga; 1998.
(14) Putnam H. Reason, Truth and History. Cambridge: Cambridge University Press; 1981.
(15) Hacking I. The Social Cosntruction of What?. Cambridge: Harvard University Press, 2000 [edición en castellano: ¿La construcción social de qué?, Barcelona: Paidos, 2001.
(16) Martínez ML. El realismo científico de Ian Hacking: de los electrones a las enfermedades mentales transitorias. Redes 2005; 11: 153-176.
(17) Martínez ML. Hacking y Latour: realismo y constructivismo. En: Otero, M, editor. Constructivismo y realismo. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, 2000; pp 217-245.
(18) Espuny Gutierrez Solana. Bruno Latour, los estudios de la ciencia, y la comprensión. A Parte Rei 22: 1-16. http:\aparterei.com
(19) Cunningham A. Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease. En:Cunningham A, Perry W, editors. The Laboratory Revolution in medicine, Cambridge: Cambridge University Press, 1992; pp 209-244;
(20) Jordanova L. The Social Construction of Medical Knowledge. Social History of Medicine 1995; 8: 361-382.
(21) Arrizabalaga J. Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad. Arbor 1992; 142: 147-165.
(22) Rosenberg Ch E. Disease in History: Frames and Framers. M.Quaterly 1989; 67 (suppl.1): 1-15.
(23) Huertas R. En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Rev. A. E. N.*, 2011; 31 (111), 437-456. doi: 10.4321/S0211-57352011000300004.
(24) Hacking I. Why Language Matters to Philosophy? Oxford: OUP, 1975.
(25) Hacking I. Representing and Intervining. Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science, Cambridge: Cambridge University Press, 1983. [edición en castellano: Representar e intervenir. México: Paidos-UNAM, 1996).
(26) Hacking I. Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory. Princenton: Princenton University Press, 1995.
(27) Hacking I. Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses. Charlottesville& London: University Press of Virginia, 1998.
(28) Moscoso, J. Realidad o elaboración de la enfermedad mental. Frenia 2001; 1 (2): 131-144.
(29) Foucault, M.(1961): *Historia de la locura en la época clásica*. Barcelona, Muchnik editores, 1981.
(30) Szasz, Thomas. La fabricación de la locura, Kairos 1974
(31) Szasz, Thomas. La teología de la medicina. Barcelona: Tusquets; 1981.
(32) Foucault F(1963). El nacimiento de la clínica. Una arquitectura de la mirada medica. Madrid: SXXI; 2011.
(33) Foucault, M. *Vigilar y castigar; nacimiento de la prisión,* 1ª, ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2002.
(34) Foucault, M Las palabras y las cosas (1966). México: Siglo XXI editores; 1971.
(35) Foucault, M.(1989). Arqueología del saber. México: Siglo XXI editores; 2001.
(36) Cooper D. Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1967.
(37) Laing R.D. Experiencia y alineación en la vida contemporánea. Buenos Aires: Paidós; 1971.
(38) Laing R.D. Razón, demencia y locura. Barcelona: Crítica; 1987.
(39) Szasz, Thomas. El Mito de la Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
(40) Bourguignon, N.A. Crítica de la impugnación antipsiquiátrica de la clasificación. Capitulo 2. Clasificar en psiquiatría. 2011:35-45. docs.google.com
(41) Szazs T. Ideology and Insanity: Essays of the Psychiatric Dehumanization of Man. New Yersy: New Berunswick;1993.
(42) Laing R.D. The Politics of Experiencia and Bird of Paradise. Harmondsworth: Penguin. 1967.

3.2.2. La construcción social de los diagnósticos psiquiátricos y las clasificaciones

Francisco Rodríguez Pulido, Natalia González Brito

LOS DIAGNÓSTICOS Y LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

El diagnostico no se cuestiona en la mayoría de las ramas de la medicina, pero la situación es muy diferente en psiquiatría. Existe documentación publicada (Nunnaly[1], 1970) de que la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos era, hasta hace muy pocos años, muy insuficiente. Las principales fuentes de variación en los juicios clínicos parecen ser las siguientes: variaciones a nivel de observación clínica, variaciones de las inferencias deducidas de esas observaciones y variaciones en los esquemas nosológicos empleados por investigadores individuales. Por otra parte, las implicaciones pronosticas y terapéuticas son a menudo poco claras en los trastornos psíquicos, de ahí la propuesta de algunos autores, como Kendler et al [2,3] de la importancia de la validez y la utilidad del diagnostico psiquiátrico. Otras razones que se argumentan en la literatura son: los efectos perjudiciales del etiquetaje a veces debido a términos peyorativos y/o que generan expectativas sobre la conducta de una persona y que pueden autoconfirmarse.

En Psiquiatría, como señala Guimón[4], salvo en los Trastornos orgánicos, no hemos llegado sino a detectar síntomas, en forma de síndromes, pero que pueden provenir de diversos factores causales. Las categorías propuestas por las clasificaciones hoy al uso como la DSM-IV y la CIE-10, son poco específicas porque se solapan en exceso con otras, han sido escasamente validadas tanto por estudios biológicos como por las respuestas a los tratamientos y distinguen mal los grados de gravedad con lo que los casos subclínicos no se acomodan fácilmente a ellas. Tienen además limitaciones importantes para el diagnóstico a lo largo de la vida de algunos trastornos como, los bipolares. Finalmente, la categoría "No especificado" es muy heterogénea. Sin embargo, reconoce el mismo autor, las ventajas que se han derivado de su utilización hacen presagiar que las clasificaciones categoriales continuarán siendo las más utilizadas, al menos en el próximo decenio,

Veamos las clasificaciones actuales:

1. CENTRADAS EN LAS ENFERMEDADES

Los sistemas de clasificación tiene enorme interés y influencia, no solo para los profesionales de la salud mental, sino también, para los gobiernos, los médicos de atención primaria, los contextos médico legales, los contextos educativos, la asistencia social, e incluso la industria farmacéutica. La clasificación de los trastornos mentales y de la conducta también debe ser compatible con la información de otros dominios y tener presente que la mayor parte de los factores de riesgo y factores protectores son inespecíficos y comunes a muchos trastornos mentales. Una visión general sobre el actual debate pone de manifiesto que dos puntos de vista opuestos están ahora en conflicto[2]. Por un lado, está el «enfoque conservador», que insiste en que los cambios en los criterios del actual sistema de diagnóstico tienen muchas posibles desventajas, como tener que ser aprendidos por miles de clínicos, cambiar los registros ya estructurados en las formas de trabajo, podrían verse afectados los criterios de estudios. Todo ello podría desacreditar el proceso de revisión y ridiculizar el sistema DSM, por lo que los investigadores que proponen un enfoque conservador sugieren modificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM sólo en los pocos casos en que la evidencia

empírica de la necesidad de cambio es convincente (Kendell)[3]. En contraposición a esta visión están los autores que, aunque reconocen el gran éxito del sistema de DSM en la mejora de los diagnósticos psiquiátricos, se ven desalentados, al mismo tiempo, por los pobres resultados obtenidos en los archivos como diagnóstico, validez y utilidad clínica.

1. a. DSM e ICD: historia y evolución.

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM) fue publicada en 1952. Se trataba principalmente de una lista de entidades clínicas con un fuerte componente ideológico, una mezcla casi paradójica de terminología psicoanalítica y conceptuaciones «psicobiológicas» mayerianas. Adolf Mayer había sido el primero en tratar de integrar las definiciones de las enfermedades psiquiátricas en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore entre 1912 y 1960[5]. Mayer consideraba las enfermedades psiquiátricas como «reacciones» a diversos factores psicobiológicos y, al igual que Freud a los fenómenos «inconscientes», les confirió un carácter categórico y etimológico irrefutable. Este enfoque persistió en la segunda edición del DSM (1968), aun cuando se eliminase el término «reacción».

El DSM-III fue publicado en 1980[6] y, considerado una «revolución» en la nosología de los trastornos psiquiátricos. La aceptación mundial del DSM-III lo convirtió en la clasificación de facto de los trastornos psiquiátricos prácticamente en todos los países (traducido a 30 idiomas). Esto ocurrió pese a una omisión prácticamente total de los factores culturales[7]. Este método persistió en el DSM-III-R, publicado en 1987, que incorporó criterios más amplios para algunos trastornos pero, lo que es más importante, multiplicó aun más el número total de entidades diagnósticas. El éxito del DSM-III y el DSM-III-R puso de relieve el diagnóstico en la psiquiatría mundial. No hay duda de la nueva importancia que un diagnóstico bien fundamentado adquirió para la investigación, las actividades de enseñanza y los enfoques terapéuticos en la práctica. Abogados, administradores, compañías de seguro, burócratas y políticos prestaron más atención a los diagnósticos y sus implicaciones.

Los sistemas de clasificación son una responsabilidad constitucional central, que la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS) no tiene la opción de delegar a otras partes. La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD/CIE) es el más antiguo, central e históricamente importante de los sistemas de clasificación de la OMS. El propósito de la CIE es servir de norma internacional para la información de la salud a fin de posibilitar la valoración y el seguimiento de mortalidad, morbilidad y otras variables pertinentes. Puesto que la CIE desempeña tal papel decisivo en la comunidad sanitaria internacional, es decisivo que se base en el mejor conocimiento científico disponible y que se mantenga al día en los avances importantes de la atención a la salud que tienen el potencial de mejorar la fiabilidad, la validez y la utilidad. La CIE-10 fue autorizada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1990[8] y publicada en 1992[9], por lo que el periodo actual es el más largo en la historia de la CIE en el que no se ha hecho una revisión importante. Por consiguiente, se podría pensar que la mención de las variantes culturales en algunas entidades, la incorporación de los «síndromes ligados a la cultura», las recomendaciones específicas sobre los estilos y enfoques para las entrevistas, las explicaciones de criterios y otros aspectos del proceso, tendrían una presentación más enfocada. Sin embargo, esto no siempre ha ocurrido así en el transcurso de décadas y en varias versiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, pese al análisis académico y valeroso de estos aspectos que Stengel realizó a petición de la OMS hace cinco años[10] y a diversas publicaciones más recientes[11,12].

Como señalaba Maj[13], los dos procesos de actualización de la DSM-IV y la CIE10 perseguían objetivos que en parte son diferen-

tes. En el caso de la CIE, el principal propósito es mejorar la utilidad del sistema para la salud pública y en concreto la posibilidad de su uso por una gama de profesionales sanitarios. En el caso del DSM-IV el principal objetivo, o uno de los principales objetivos, es que la caracterización clínica de cada paciente sea más exhaustiva y por ello se añaden varias dimensiones al diagnóstico categórico. Probablemente tienen en común al menos la misma «metaestructura» y utilizan la misma nomenclatura para designar las principales categorías diagnósticas. Sin embargo, persistirá como diferencia importante el hecho de que la CIE-11 se basará en descripciones narrativas de los diversos trastornos mentales, en tanto que el DSM-V proporcionará criterios diagnósticos operacionales. Sin embargo, el grupo Consultivo Internacional para la revisión de los trastornos mentales y de la conducta de la CIE-10[14] reconoce que si bien la definición de trastorno mental es similar al DSM-IV y no se ha modificado desde el DSM-III, la definición del DSM-IV tiene una relación con aspectos del estado funcional diferente a la definición de la ICD-10. Así mismo, la universalidad de las categorías especificas de los trastornos mentales es una suposición inherente, no probada, en la ICD-10, considerando la cuestión de la cultura como una distracción o fuente de errores en la clasificación. Igualmente la utilidad en diferentes contextos está cuestionada, sobre todo en Atención Primaria donde se adoptó la clasificación de atención primaria, sintetizándola. Por otro lado, el enfoques de «correspondencia con un prototipo» y «características definitorias» en el diagnóstico psiquiátrico tienen posibles ventajas y desventajas. Cabe esperar que las investigaciones subsiguientes a la publicación de la ICD-11 y el DSM-V valoren estos pros y contras de manera sistemática y sirvan de guía para los avances en el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades psiquiátricas. Esto muy probablemente ocurrirá, afirman los partidarios de este modelo, si los sistemas aprovechan todo el potencial de los dos enfoques, es decir, si la ICD-11 proporciona descripciones narrativas de los diversos trastornos mentales que no sean menos precisas y detalladas que las listas de síntomas del DSM-IV y el DSM-5 propone umbrales y periodos de referencia que tengan una base empírica aceptablemente sólida.

Con en estos sistemas nosológicos,la psiquiatría puede haber renunciado a considerar los trastornos mentales como entidades naturales y su sostenibilidad en un corpus teórico. Ya se vio en el propio prólogo al glosario de la OMS, donde se dice que “las enfermedades son en todo caso conceptos abstractos”.

1. *b. Las pruebas en psiquiatría*

Los diagnósticos en psiquiatría no tiene la opción de los análisis de laboratorio o la adscripción categórica (patognomónica) de los síntomas o «biomarcadores» utilizados en especialidades médicas. La forma en que se evalúan las «pruebas» en otras especialidades de la medicina está en relación con una «norma de referencia». Sin embargo, en la actualidad ¿cuál sería la «norma de referencia» para el diagnóstico de esquizofrenia? Tendría que ser el DSM (o la CIE). No hay ninguna otra opción. Dado que nuestros diagnósticos actuales y previsibles basados en el DSM y la ICD son conglomerados empíricos y pragmáticos de síntomas clínicos, la búsqueda de un hallazgo biológico para pronosticar este conjunto heterogéneo de síntomas es poco firme. El segundo problema importante en la actualidad es la artificialidad de los datos actuales desde una perspectiva clínica. Los datos existentes en genética, estudios de diagnóstico por imagen y biomarcadores de la esquizofrenia se han obtenido en personas que de manera plena y sin ambigüedades cumplen los criterios característicos del DSM y por lo general se contrastan con voluntarios normales sanos, se podría decir «hipernormales»[15]. ¿Dónde está el problema en distinguir estas dos clases de personas?

Mientras no contemos con una norma de referencia es improbable que descubramos pruebas biológicas significativas. Por consiguiente, el DSM-5 y la CIE-11 continuarán con la tradición de sus predecesores[16]. Mientras tanto, lo que la psiquiatría biológica debiera buscar son pruebas que mejoren las opciones de tratamiento o permitan predecir un pronóstico diferencial. Para esto es necesario cambiar las investigaciones que realizamos[16]. El énfasis ya no está en encontrar diferencias biológicas con relación a testigos supernormales. El enfoque radica en pronosticar el diagnóstico fenomenológicamente definido[17]. Así, me puedo imaginar atendiendo a un nuevo paciente, diagnosticándole que tiene una esquizofrenia según el DSM-VI y la CIE- 12 y luego diciéndole «tiene esquizofrenia del subtipo «hipofrontal» y esto significa que no responderá bien a los antipsicóticos normales y por tanto comenzaremos mejor con clozapina»; o atender a otro hombre joven y decirle «tienes una esquizofrenia con «conservación de la función ejecutiva»; en este subtipo hemos visto que los antipsicóticos pueden suspenderse después de dos años, siempre y cuando participes activamente en una psicoterapia cognitiva conductual». En vez de enfocarnos en la esquizofrenia frente a los testigos normales con pruebas biológicas -a veces plagadas de diversas dificultades taxonómicas y prácticas- utilicemos el diagnóstico global y «subtipifiquémoslo». Y juzguemos el juego de manera empírica: dejemos que la prueba que mejor pronostique el desenlace en la vida real de los pacientes gane el premio.

Wood[18], señala que una pregunta crítica para la psiquíatría en general es: ¿en qué modifica las cosas un diagnóstico de esquizofrenia? ¿Afecta al tratamiento o al pronóstico? Un paciente que presenta síntomas psicóticos positivos sin una causa inmediata evidente (como convulsiones o uso reciente de drogas) posiblemente se tratará al principio con una baja dosis de antipsicóticos, y tal vez se le proporcionará una intervención psicológica como la psicoterapia cognitiva conductual. Independientemente de que este paciente tenga o no un diagnóstico de esquizofrenia, es improbable que este esquema de tratamiento inicial se modifique. Así mismo, un diagnóstico de esquizofrenia (por lo menos, uno que se establezca después de un breve periodo de la enfermedad) no proporciona muchos indicios del pronóstico. Es frecuente el restablecimiento, como lo es la modificación del diagnóstico. Sin embargo, estos enfoques están destinado al fracaso si no se establece primero la naturaleza de la enfermedad, el grado en el cual los biomarcadores diagnósticos varían con la evolución y la pertinencia del diagnóstico para el tratamiento y el pronóstico. Como afirma Owen[19], se sabe lo que estamos buscando. Sobre estos caminos sin salida de la psiquiatría biológica, y basado en los antecedentes de pensamientos y evidencias, el Grupo de Trabajo sobre la Psicosis del Comité del DSM-5 está planificando evaluar una serie de dimensiones, que incluyen alucinaciones, delirios, desorganización, restricción del afecto, avolición, alteraciones cognitivas, ansiedad, depresión y manía. Por tanto, estas dimensiones podrían volverse dianas de investigación y desarrollo del tratamiento. Bien puede ser, que las personas con diagnóstico actual de «esquizofrenia» necesiten diferentes tratamientos lo que depende de la prominencia relativa de cada dimensión, que posiblemente es un indicador más preciso de la patología subyacente, que un diagnóstico simple de «esquizofrenia». Mientras tanto, argumentan que, al menos en lo que se refiere a la investigación, necesitan preocuparse menos con respecto a cómo ubicamos a nuestros pacientes en grupos diagnósticos específicos y más en definir fenotipos que se adapten a las hipótesis específicas que estamos evaluando. En el ámbito clínico, tal vez debiéramos admitir también que tratamos síndromes como la psicosis, la depresión y la inestabilidad afectiva, más que diagnósticos,

y enfocarnos en mejorar la forma en que medimos estos más que en refinar la forma en que ubicamos a los pacientes en categorías que con toda probabilidad no representan verdaderas entidades patológicas subyacentes. Incluso, algunos autores llegan mas allá en su desesperación, reconociendo[19] que muchas correlaciones biológicas y psicológicas de la enfermedad no se localizarán claramente en categorías diagnósticas y por tanto tendrán utilidad dudosa para el diagnóstico por lo menos en lo que se refiere a los criterios actuales. Así mismo, Carpenter[20] señala que un solo enfoque categórico en el diagnóstico podría no captar la complejidad que existe y que otros modelos podrían ser más útiles para la investigación del ejercicio clínico.

Sin embargo, no puede pasarse de largo[21]. En primer lugar, la validez de contenido del concepto de esquizofrenia está seriamente limitada por la heterogeneidad considerable del trastorno en presentaciones representativas, características neurobiológicas así como factores etiológicos implicados[22]. Es frecuente en la bibliografía relativa a la esquizofrenia que los autores atribuyan a la heterogeneidad la explicación de los hallazgos incongruentes. La heterogeneidad se debe considerar como un problema que hay que abordar más que como una explicación o una solución y es el motivo más contundente para reevaluar la conceptuación por tanto tiempo atrincherada e inadecuada de esta entidad patológica.

La validez predictiva de la esquizofrenia como un concepto se ve dificultada por el hecho de que la evolución longitudinal de la enfermedad es muy variable[20-22], como lo es la respuesta a diferentes tratamientos[23]. Además, la validez distintiva de la esquizofrenia es limitada por sus fronteras no bien definidas con otros trastornos importantes como el trastorno bipolar. En medio, está el concepto central del trastorno esquizoafectivo como una entidad que combina las características de las dos enfermedades. En este contexto, Robins y Guze[24] propusieron cuatro principios de un diagnóstico psiquiátrico válido: comprenden la necesidad de una firma distintiva en la fenomenología, la evolución, los antecedentes familiares y la biología. El trastorno esquizoafectivo no cumple estos criterios y se caracteriza por tener imbricaciones con la esquizofrenia y el trastorno bipolar en cada uno de estos dominios[19]. La interfaz entre la esquizofrenia y la gama continua de «salud» también es nebulosa, lo que lleva a los síndromes intermedios de trastornos esquizotípicos y psicóticos breves.

El diagnóstico de esquizofrenia es politético. Es posible que dos pacientes con el mismo diagnóstico no tengan si quiera un síntoma en común, la disfunción social y el tratamiento pueden variar bastante entre ellos[25]. Falkai[26] afirma que nuestro concepto de la lesión estática del neurodesarrollo o del proceso degenerativo del cerebro en la esquizofrenia podría estar equivocado. Tenemos que percatarnos de que cualquier factor nocivo para el cerebro, por ejemplo complicaciones obstétricas, abuso de cannabis o síntomas psicóticos crónicos, dará lugar a esfuerzos regenerativos del cerebro. Por tanto, es decisivo definir la fase de la enfermedad de cada paciente que se estudie. En la actualidad, se sabe que ningún factor de riesgo específico es suficiente para producir el trastorno y aún se desconoce que agregado de factores de riesgo es suficiente. Dada la multiplicidad de las causas de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos, es probable que haya varias combinaciones, por lo que es muy poco factible que alguna vez contemos con una prueba o diagnóstica simple, para uso clínico. Sin embargo, los algoritmos de múltiples variables tarde o temprano resultarán factibles.

1. c. Crítica a los diagnósticos psiquiátricos

Los representantes de diferentes segmentos del público y el mundo profesional han criticado la forma y el contenido de las nomenclaturas actuales. De hecho, esto es un reflejo de la enorme importancia que el

diagnóstico psiquiátrico ha tenido en muchos ámbitos. Históricamente, los psicoanalistas fueron los primeros en lamentar la desaparición, en el DSM-III y las revisiones subsiguientes, de los múltiples conceptos e ideas que les eran tan preciados. Sus críticas giraban en torno a la omisión de los fenómenos inconscientes (o psicodinámicos) como componentes de los criterios diagnósticos, la omisión de algunos términos clínicos o diagnósticos y la sujeción a directrices precisas para la entrevista, la evaluación y las conclusiones, en vez del enfoque poco estricto «de asociación libre» de la escuela freudiana[27].

Resulta interesante que los fenomenólogos también criticasen el DSM-III y sus versiones sucesivas pese a la adopción de enfoques descriptivos claros en el nuevo sistema. Estos críticos señalaron que en el manual se había más o menos «manipulado» la fenomenología característica, privándola de su rico contenido filosófico, en aras de un uso más pragmático de los términos antiguos y la selección de nuevos[28]. Así mismo, los neurocientíficos y los investigadores en las ciencias básicas objetaban lo que consideraban la falta de reconocimiento de las contribuciones de sus respectivos dominios a algunos diagnósticos, sobre todo en el campo conocido como «neuropsiquiatría», lo que comprendía el conjunto de síntomas relacionados con la edad y de base genética[29,30]. Por último pero no menos importante, los psiquiatras sociales y culturales han denunciado constantemente el etnocentrismo no declarado (de orientación caucásica) del DSM y su «omisión benigna» de problemas específicos.

El dilema de la universalidad frente a la especificidad implícito en la elaboración de los sistemas diagnósticos y de clasificación a través de la historia tiene una perspectiva emblemática en el debate en torno a la incorporación de la cultura y los factores culturales en las ediciones futuras del DSM y la ICD.

1. *d. La psiquiatría cultural y los diagnósticos*

La psiquiatría cultural, al acercarse más a su ocupación del diagnóstico, no debiera considerarse sólo como una psiquiatría de minorías étnicas o de tierras exóticas, por cuanto esto negaría la repercusión de los factores culturales en la vida cotidiana de poblaciones mayoritarias de cualquier país o continente. Si bien es verdad que por conveniencia clínica, en la presentación y el análisis de los aspectos culturales de la salud, la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento se puede recurrir a ejemplos de minorías étnicas, inmigrantes, refugiados o a los llamados «grupos especiales» (niños, adolescentes, ancianos…), sería un gran error asumir que la cultura existe sólo en estos grupos[31]. Es evidente que la psiquiatría cultural no es lo mismo que la psiquiatría internacional, ni está limitada a raza, género y etnicidad como sus principales indicadores. El médico debe comprender muy bien los antecedentes culturales del paciente y su identidad, así como reconocer y valorar su repercusión para determinar el proceso diagnóstico. El tomar en cuenta los estudios en torno a dimensionar los factores culturales podría crear el marco para los sistemas diagnósticos y nosológicos futuros[32]. En el campo de los síndromes ligados a la cultura, los posibles temas de investigación son abundantes y hay una gran necesidad de su implementación.

Las similitudes y las diferencias entre la etnicidad y la identidad, la religiosidad y la espiritualidad son temas de conexiones valiosas con el diagnóstico psiquiátrico en diversos contextos culturales[33]. Los vínculos entre la biología y la cultura en psicopatología pueden tener una gran repercusión en los factores diagnósticos como flexibilidad, respuesta a sucesos traumáticos, violencia, susceptibilidad al tratamiento y creatividad, entre otros[34,35]. Los factores culturales en diagnósticos específicos como dolor crónico, fobias, trastornos disociativos y de la conducta alimentaria, así como trastornos de la personalidad, son prominentes y a la vez no están totalmente analizados[36].

Para finalizar, la expresión social de la enfermedad (mental) es consecuencia direc-

ta de los cambios sociales y culturales que se van produciendo a lo largo de la historia. Tanto las prácticas psiquiátricas como los discursos teóricos que las sustentan son inseparables de su momento histórico en el cual se producen y reproducen. Esto tiene mucha importancia porque nos permite superar el corsé con que el positivismo científico ha llegado a aprisionar a la locura pero, sobre todo, comprender que los elementos históricos, sociales, filosóficos y culturales pueden ser cruciales en la aparición de determinados síntomas. Pero no solo es preciso tener en cuenta estos contextos que pivotan en la génesis de la psicosis o de los trastornos mentales más graves, en los que la "violencia del diagnóstico" y la estigmatización del sujeto siguen formando parte del proceso de inventar/construir a la persona. También en el momento actual, nos explica Fernando Colina, "la sociedad de consumo indujo unas estrategias del deseo exigentes e insaciables, cuya primera consecuencia es la inestabilidad psicológica, la ansiedad y esa intolerancia al duelo, la depresión y la frustración que tan acertadamente nos caracteriza. Una vez instaurado el derecho a la felicidad como una exigencia irreemplazable, cualquier fallo, lentitud o tropiezo del deseo nos vuelve pacientes de la psiquiatría con excesiva facilidad"[37], o bien, nos preguntamos si la ampliación de criterios es para aumentar la demanda de consumidores. Cada cual debe elaborar su propia respuesta.

1. e. *Categorial* versus *Dimensional.*

Emil Kraepelin no razonaba de manera dicotómica, pero sus seguidores e imitadores sí lo hicieron. Kraepelin intentó clasificar las enfermedades mentales de manera sistemática, terminando así un periodo más o menos falto de sistematización. La clasificación de las denominadas psicosis endógenas en dos categorías (la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva) fue uno de sus intentos de sistematización. Sin embargo, Kraepelin advirtió respecto al razonamiento dicotómico, especialmente en uno de sus artículos más importantes, publicado en 1920: «Ningún psiquiatra experimentado negará que hay un número alarmantemente elevado de casos en los que, a pesar de la observación más detallada, parece imposible establecer un diagnóstico fiable [...]. Por lo tanto, nos tenemos que acostumbrar al hecho de que los síntomas que hemos utilizado hasta el momento no son suficientes para distinguir fiablemente entre la locura maníaco-depresiva y la esquizofrenia en todos los casos, sino que existen solapamientos fundamentados en el origen de estos síntomas a partir de condiciones previas concretas»[38].

Es evidente que Kraepelin describió «prototipos» más que entidades bien definidas con límites «impermeables». Aceptó la idea de un «solapamiento de los espectros afectivo y esquizofrénico»[39] o de un «espectro psicótico continuo»[40], si se utiliza la nomenclatura moderna. Según Kraepelin, los parámetros más importantes para diferenciar la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo eran el curso y la evolución. Sin embargo, incluso las investigaciones realizadas por él mismo y por sus colegas y alumnos demostraron que hay un «número alarmantemente elevado»[38] de casos cuyo curso y cuya evolución pertenecen al grupo contrario. Además, al observar a los pacientes con un curso a largo plazo de más de un decenio, nos damos cuenta de que los episodios esquizofrénicos, maníacos, depresivos, esquizodepresivos y esquizomaníacos, así como otros episodios psicóticos, alternan frecuentemente entre sí[41,42]. Las investigaciones clínicas realizadas durante los últimos 50 años[39] junto con las investigaciones genéticas de los últimos decenios[43,44] dejan claro que no hay una brecha entre los dos prototipos representados por la «esquizofrenia» y por los «trastornos del estado de ánimo», sino –más bien– puentes y solapamientos entre ambos. Se han realizado esfuerzos notables para identificar los solapamientos. Además, se han creado muchos conceptos, tales como los de trastor-

nos esquizoafectivos[45], bouffée délirante[46], psicosis cicloides[47,48], psicosis atípicas[49], psicosis reactivas[50], trastornos psicóticos agudos y transitorios[51], teniendo en cuenta esta tradición.

Craddock et al[52], resumen de forma brillante las limitaciones del enfoque operativo categorial del diagnostico (véase tabla 1) y sin salirse del modelo biológico, y ante el desarrollo de la genética molecular, las técnicas de neuro imagen, las limitaciones del estudio del genotipo, y otras avances, proponen construir otros modelos basados en la de función y disfunción cerebral que permitan mayor validez biológica y mayor utilidad clínica. Ahora bien, La utilidad clínica no solamente requiere la validez biológica. A partir de Kandel[53] se sabe que la expresión genética puede ser modificada por factores externos, como la psicoterapia. A partir de Eisenberg[54] se comprende que cuanto más se conoce respecto a la biología más específicas pueden ser las intervenciones terapéuticas no biológicas. A partir de Kendler[55] existe algo que se denomina «pluralismo explicativo».

Tabla 1. Principales limitaciones del enfoque operativo categorial del diagnóstico

- El centro de análisis es el episodio, más que la experiencia de características psicopatológicas a lo largo de la vida.
- Las jerarquías son causa de pérdida de información
- A menudo, los límites entre las categorías diagnósticas son arbitrarios
- Con frecuencia, para establecer los límites entre las categorías se requiere efectuar una apreciación esencialmente subjetiva
- Las categorías diagnósticas existentes son relativamente inútiles para evaluar una graduación de la gravedad
- Los casos subclínicos no se suelen ajustar a ninguna de las categorías
- Las categorías de trastorno«no especificado» son muy heterogéneas.

Sin embargo, como señalan Peralta et al[56], la organización de un enfoque dimensional es una tarea compleja. Es necesario el desarrollo de un modelo dimensional para describir los trastornos psicóticos, utilizando para ello un planteamiento sistemático y escalonado. En primer lugar, el aspecto más importante, teniendo en cuenta que los modelos dimensionales implican –por definición– la existencia de un espectro continuo, es que es imprescindible el desarrollo de nuevas escalas que permitan evaluar el espectro completo de las dimensiones de interés. La selección de los ítems quizá sea la decisión más importante en todo el proceso. Es necesario prestar una atención especial a la inclusión detallada y equilibrada de los ítems. Por ejemplo, ha existido un interés excesivo por la valoración de la distorsión de la realidad y de los síntomas negativos, en detrimento de otras manifestaciones psicóticas, como los rasgos cicloides, afectivos, motores y conductuales, de manera que en los futuros desarrollos se debería evitar este sesgo. El aspecto que debe ser considerado es el agrupamiento natural de los síntomas en los síndromes dimensionales. Hay cierto consenso acerca de la existencia de al menos seis síndromes nucleares en el conjunto de las psicosis: distorsión de la realidad, desorganización, síntomas negativos, catatonía, manía y depresión. Sin embargo, el número y la composición de las dimensiones resultantes variarán en función del número y el tipo de síntomas considerados. Las escalas de valoración exhaustivas, que abordan de manera detallada numerosos síntomas, dan

lugar de forma característica a estructuras dimensionales complejas de la enfermedad psicótica, que pueden ser organizadas de una manera jerárquica y escalonada, desde las dimensiones de orden bajo –cercanas a los síntomas– hasta las dimensiones de orden alto, cercanas a las categorías diagnósticas prototípicas de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva. Seguramente se planteará la cuestión de la importancia relativa de las dimensiones de alto y bajo orden, teniendo la precaución de evitar que la nosología futura se convierta en un enfoque básicamente reduccionista. Por ejemplo, aunque la pobreza psicomotora y la asociabilidad se podrían integrar coherentemente en un síndrome negativo de orden superior, la diferenciación entre ambas dimensiones todavía sería importante, debido a que estos conceptos ofrecen más información respecto a la planificación del tratamiento y a la rehabilitación neurocognitiva o psicosocial. Dado que las clases y las dimensiones de los trastornos psicóticos dependen en gran medida del periodo considerado para la evaluación de los síntomas, también es necesario tener en cuenta una perspectiva longitudinal a la hora de evaluar los síndromes dimensionales. Para ello se pueden realizar evaluaciones sucesivas a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad psicótica. Las evaluaciones especialmente significativas serían las realizadas en el estado psicótico agudo y durante el período de estabilización, con objeto de optimizar la evaluación de los parámetros diagnósticos y de evolución, respectivamente. Además, la evaluación realizada a lo largo de la vida se tendría que llevar a cabo, idealmente, respecto a cada una de las dimensiones en función de la presencia, la frecuencia y la gravedad de cada elemento constitutivo[56].

2.- CENTRADAS EN LA PERSONA

La complejidad clínica[57] surge como un indicador destacado de la riqueza conceptual y empírica de la psiquiatría y la medicina general. Es necesario apreciar, entender y formular esta complejidad, para poder transmitir adecuadamente el desarrollo de las herramientas clínicas cruciales, especialmente, un modelo integral de atención. Esta complejidad, viene determinada por las vivencias subjetivas que viven las personas en su contexto transversal y longitudinal, diversidad de evolución de unas personas a otras tanto en gravedad como en intensidad, la pluralidad de los valores de las personas que experimentan problemas de salud y que solicitan atención sanitaria. Y la comorbilidad, que es ampliamente considerada como un rasgo común de la asistencia clínica regular. El enfoque centrado en la persona también facilita la consideración de los aspectos positivos de salud, como la capacidad de resistencia a las situaciones adversas (resiliencia), los recursos, y la calidad de vida. Esto es importante en el tratamiento clínico, la prevención, la rehabilitación y la promoción de la salud. En este sentido se está desarrollando un programa destinado a promover una psiquiatría de la persona, para la persona, por la persona y con la persona, donde la ciencia y el humanismo se encuentren[58]. A este respecto, se está desarrollando un amplio modelo bajo la denominación «diagnóstico integrador centrado en la persona» (person-centered integrative diagnosis, PID)[59-61]. El concepto de psiquiatría orientada a la persona[58] es fundamental para destacar el hecho de que el valor y la dignidad de la persona son los puntos básicos esenciales en las iniciativas de salud pública. Inicialmente, se elaborarán tres proyectos de salud pública: a) la implicación de la persona como usuario y ciudadano en la elaboración de las políticas y en la planificación y provisión de los servicios; b) la persona en situaciones de tratamiento no consensuado, y c) los aspectos psicodinámicos esenciales para una Psiquiatría centrada en la persona. Posteriormente, será necesario efectuar la traducción de los «datos» a las «políticas»

y de las «políticas» a los «datos», utilizando para ello indicadores de una salud mental adecuada; ajustando los tipos de necesidades a los distintos niveles asistenciales; fomentando la salud mental, la rehabilitación y la recuperación comunitarias, y revisando la importancia de los sectores privado y público en los países de escasos recursos; planificando la influencia de los desastres sobre la salud mental; planificando a escalas nacional y local la prevención del suicidio, y evaluando la relación entre violencia de masas y salud mental.

El programa institucional de *Psiquiatría Orientada a la Persona: de la Asistencia Clínica a la Salud Pública (Institutional Program on Psychiatry for the Person: from Clinical Care to Public Health, IPPP*) de la WPA[58,59], aprobado por la Asamblea general de 2005, recoge una iniciativa de la WPA en la que se afirma que el centro y el objetivo de la asistencia clínica y de la promoción de la salud es la persona considerada globalmente en su contexto, tanto a nivel individual como comunitario. Para ello es necesaria la articulación de la ciencia y el humanismo, a fin de optimizar la asistencia de los pacientes y de potenciar los aspectos sanos de todas las personas. En este sentido la WPA ha abordado el tema de la necesidad de una atención centrada en la persona para responder a la complejidad clínica (desde la comorbilidad hasta los valores de los pacientes) y a otros desarrollos en el campo de la salud, a través este programa. Uno de sus componentes es la clasificación y los diagnósticos. Las Directrices Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (International Guidelines for Diagnostic Assessment, IGDA)[60] constituyen una importante contribución a la elaboración del PID. Las características más sobresalientes del PID son las siguientes: constituye un diagnóstico de salud (tanto de la enfermedad como de los aspectos positivos de la salud); supone la implicación y la colaboración del paciente, así como su fortalecimiento, y sirve como base informativa para la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la promoción de la salud. Estratégicamente, el modelo de PID constituye un entramado biopsicosociocultural, articula la ciencia y el humanismo, utiliza todas las herramientas descriptivas correspondientes (categorías, dimensiones y narrativas) en una estructura de múltiples niveles, e involucra a médicos, pacientes y familias en una «asociación» diagnóstica. Se espera que en los próximos años difundir esta clasificación y la formación pertinentes y ejercer ciertas influencias en los desarrollos de la CIE-11[61].

Cualquier iniciativa de debe considerar a la persona y sus contextos, en un movimiento que insiste en los conceptos de recuperación y resiliencia teniendo en consideración lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, donde la implicación científica y clínica este inserta en una perspectiva histórica, humanista y ética.

RESUMEN

Las nosologías y clasificaciones representan las construcciones de la visión de la realidad dominante en un momento dado. Las clasificaciones de las enfermedades basadas en el positivismo han predominado en este último siglo. Los diagnósticos psiquiátricos era, hasta hace muy pocos años, muy insuficiente en su fiabilidad: variaciones a nivel de observación clínica, al nivel de las inferencias deducidas de esas observaciones y variaciones en los esquemas nosológicos empleados por investigadores individuales. Una determinada psiquiatria busca mayor validez biológica, mientras otros paradigmas construyen clasificaciones operativas. Las categorías diagnosticas parecen que cede el paso a lo dimensional y al espectro, pero también, se abre una nueva psiquiatría orientada hacia la persona que arrastra a nuevas iniciativas de clasificar el hecho psíquico.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Recomendamos los artículos de Mezzich [citados en la bibliografía] porque representan una iniciativa emergente de ordenar el saber psiquiátrico, partiendo, por una lado, desde la complejidad de la clínica y centrado en la persona y por otro lado, en la articulación de la ciencia y el humanismo. Asimismo, centrado en las enfermedades, recomendamos el articulo de Craddock et al, que resume de forma brillante las limitaciones del enfoque operativo categorial del diagnostico y sin salirse del modelo biológico, proponen construir otros modelos basados en la de función y disfunción cerebral que permitan mayor validez biológica y mayor utilidad clínica

BIBLIOGRAFIA

(1) Nunnally, C. Introducción a la Medición Psicológica. (1a ed). México: Paidós.1970.
(2) Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
(3) Kendler KS, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology and nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:369-85.
(4) Guimon J. Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico.Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health Vol.5, núm.2 - Julio 2006 Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Revista Internacional On-line /An International On-line Journal.
(5) Muncie W. Psychobiology and psychiatry, 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1948.
(6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
(7) Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE (eds). International perspectives on DSM-III. Washington: American Psychiatric Press; 1983.
(8) World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
(9) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
(10) Stengel E. Classification of mental disorders. Bull World Health Organ 1959;21:601-603.
(11) Ustun TB, Bertelsen A, Dilling H et al (eds). ICD-10 casebook. The many faces of mental disorders. Adult case histories according to ICD-10. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
(12) Patel V, Saraceno B. Kleinman A. Beyond evidence: The moral case for international mental health. Am J Psychiatry 2006;163:1312-5.
(13) Maj. M. Diagnóstico psiquiátrico: pros y contras de los prototipos frente a los criterios operacionales World Psychiatry (Ed Esp) 2011;9:2:81-82.
(14) Grupo consultivo internacional para la revisión de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10. Un modelo conceptual para la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10 .*World Psychiatry 2011;10:86-92.*
(15) Kruesi MJP, Lenane MC, Hibbs ED et al. Normal controls and biological reference values in child psychiatry: defining normal. J Am Acad Child Adolesc Psychia- try 1990;29:449-52.
(16) Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the road to DSM-V and ICD-11. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258(Su- pp.. 5):2-6.
(17) Shitij Kapur. En busca de una «prueba biológica» para diagnosticar la «esquizofrenia»: ¿Estamos persiguiendo pistas falsas? World Psychiatry (Ed Esp) 2011;9:1:32.
(18) Wood, S.J. Yung, A.R. Marcadores diagnósticos en la esquizofrenia: ¿Realmente sabemos lo que estamos buscando?? World Psychiatry (Ed Esp) 2011:9:1:33-34.
(19) Owen Michel J.¿Hay una esquizofrenia que diagnosticar. World Psychiatry (Ed Esp) 2011:9:1:34-35.
(20) Carpenter WT. Conceptualizing schizophrenia through attenuated symptoms in the population. Am J Psychiatry 2010; 167:1013-6.
(21) Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone. Br J Psychiatry 2010;196:92-5.
(22) Keshavan, M.S. Brady, R. Biomarcadores en la esquizofrenia: necesitamos reconstruir el Titanic. World Psychiatry (Ed Esp) 2011;9:1:35-36.
(23) Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, «just the facts»: what we know in 2008. Part 1: Overview. Schizophr Res 2008;100:4-19.
(24) Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970; 126:983-7.
(25) Heckers S. Is schizoaffective disorder a useful diagnosis? Curr Psychiatry Rep 2009;11:332-7.

(26) Falkai P.Una búsqueda desesperada de biomarcadores en la esquizofrenia. ¿Qué anda mal? World Psychiatry (Ed Esp)2011; 9:1:38-39.
(27) Wallerstein RS, Peltz ML. Psychoanalytic contributions to psychiatric nosology. J Am Psychoanal Assoc 1987;35:693-711.
(28) Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009;166:645-50.
(29) Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 2007;8:725-32.
(30) Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Arch Gen Psychiatry 2008;65:1438- 46.
(31) Alarcón, R.D. Cultura, factores culturales y diagnóstico psiquiátrico: análisis y proyecciones. World Psychiatry 2009:8:131-139.
(32) Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: towards DSM-V and ICD- 11. World Psychiatry 2009;8:3-6.
(33) Denton DD. Naming the pain and guiding the care: the central tasks of diagnosis. Lanham: University Press of America; 2008.
(34) Alarcón RD. Bio-cultural connections in psychopathology. Presented at the First World Congress of Cultural Psychiatry, Beijing, September; 2007.
(35) Brummett BH, Boyle SH, Siegler IC et al. Effects of environmental stress and gender on associations among symptoms of depression and the serotonin transporter gene linked polymorphic region (5HT-TLPR). Behav Genet 2008;38:34-43.
(36) Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. New York: Wiley; 1998.
(37) Colina F. Prólogo: Psiquiatría y cultura. En: Álvarez, JM. La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos, 2008.
(38) Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8th ed.). Leipzig: Barth, 1913.
(39) Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr ges Neurol Psychiatrie1920;62:1-29.
(40) Marneros A, Akiskal H. The overlap oaffective and schizophrenic spectra. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
(41) Marneros A, Tsuang MT, Andreasen NC. Psychotic continuum. Berlin: Springer, 1995.
(42) Marneros A, Deister A, Rohde A. Syndrome shift in the long-term course of schizoaffective disorders. Eur Arch Psychi- atry Neurol Sci 1988;238:97-104.
(43) Marneros A, Pillmann F. Acute and transient psychoses. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
(44) Kelsoe JR.Theover lappingofth espectra: overlapping genes and genetic models. In: Marneros A, Akiskal H (eds). The overlap of affective and schizophrenic spectra. Cambridge: Cambridge University Press, 2007:25-42.
(45) Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. Genes for schizophrenia and bipolar disor- der? Implications for psychiatric nosology. Schizophr Bull 2006; 32:9-16.
(46) Marneros A, Tsuang MT. Schizoaffective psychoses. Berlin: Springer; 1986.
(47) Magnan V,Legrain M.Les dégénerés.Etat mental et syndromes épisodiques. Paris: Rueff, 1895.
(48) Kleist K. Über cycloide, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz Arch NeurolNeurochirPsychiatrie1928; 23:3-37.
(49) Leonhard K. Die Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag, 1957.
(50) Mitsuda H. The concept of 'atypical psychosis' from the aspect of clinical genetics. Acta Psychiatr Scand 1965;41:372-7.
(51) Strömgren E. Reactive (psychogenic) psychoses and their relations to schizoaffec- tive psychoses. In: Marneros A, Tsuang MT (eds). Schizoaffective psychoses. Berlin: Springer, 1986:260-271.
(52) Maier W. Do schizoaffective disorders exist at all?. Acta Psychiatr Scand 2006;113: 369-71.
(53) Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998;155: 457-469.
(54) Eisenberg L.Social psychiatry and the human genome: contextualising heritability. Br J Psychiatry 2004;184:101-103.
(55) Kendler KS.Toward philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005; 162:43-9.
(56) Peralta V.Cuesta, M.J. Una estructura dimensional y categorial para la clasificación de los trastornos psicóticos. World Psychiatry (Ed Español) 2007: 5: 2;100-101.
(57) Mezzich, J.E. Sallou, I.M. Complejidad clínica y diagnóstico integrador centrado en la persona World Psychiatry (Ed Español) 2008: 6: 1;1-3.
(58) Mezzich. J.E. Psiquiatría orientada a la persona: articulación de la ciencia y el humanismo de la Medicina? World Psychiatry (Ed Español) 2007: 5: 2;65-67.
(59) Mezzich JE. The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the Person. World Psychiatry 2007;6:129-30.

(60) World Psychiatric Association. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). Br J Psychiatry 2003;182(Suppl. 45):s37-s66.
(61) Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. Acta Psychiatr Scand 2007;116:1-5.

3.3. Teoría de la crisis

Alberto Fernández Liria, Lilia Marinas, Lara Repeto, Beatriz Rodríguez Vega

ORIGEN DEL TÉRMINO INTERVENCIÓN EN CRISIS

El término *intervención en crisis* se refiere no sólo a un procedimiento de intervención, sino a un modo de concebir la salud y los trastornos mentales y, consiguientemente, la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública. Tal concepción de la salud y de la enfermedad mental estuvo en el origen del movimiento de salud mental comunitaria que comenzó a extenderse por los Estados Unidos de América en los años 60. El objetivo de este movimiento de salud mental comunitaria, era sustituir la vieja red de atención psiquiátrica, basada en los manicomios y en la separación y exclusión de los enfermos mentales del resto de la sociedad, por una red alternativa (cuyo centro fueran los Centros de Salud Mental Comunitaria), en los que se actuara no sólo sobre las personas que ya sufren trastornos mentales, sino sobre la comunidad en su conjunto[1], planeando y llevando a cabo programas para reducir:

1. La frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo *(prevención primaria),*
2. La duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (*prevención secundaria*),
3. El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos *(prevención terciaria).*

Probablemente la aportación teórica más interesante del trabajo de Caplan es el desarrollo de un modelo que permitiera pensar en la posibilidad de hacer *prevención primaria* en materia de salud mental. El modelo de prevención primaria de Caplan[1]: la *provisión de aportes y la intervención en crisis*.

La posibilidad de realizar prevención primaria a través de la provisión de aportes se basa en la idea de que, para mantener su salud mental un sujeto debe recibir una serie de *aportes* necesarios para progresar en cada etapa del desarrollo y para no sufrir crisis. Caplan distingue tres tipos de aportes:

Los aportes *físicos* se refieren a cosas como la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial o el ejercicio. Los aportes *psicosociales* aseguran la satisfacción de las necesidades interpersonales. Los aportes *socioculturales* son los que proporcionan las costumbres, la cultura o la estructura social.

Si la adecuada provisión de aportes posibilita el mantenimiento del funcionamiento en cada una de las etapas de desarrollo, la *intervención en crisis* pretende influir en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento. Caplan[1] nos remite a las ideas de Erikson[2] para sostener que el desarrollo de la personalidad puede entenderse como una sucesión de fases diferenciadas, cualitativamente diferentes entre sí. La transición entre estas etapas se realiza en unos períodos de características especiales que Erikson denominó *crisis evolutivas*. Definió también las *crisis accidentales* en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces.

Según este modo de ver las cosas, la crisis es un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo personal (si se resuelve satisfactoriamente) como un peligro, al aumentar la vulnerabilidad del individuo para los trastornos men-

tales. La hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende *sobre todo de la forma en la que se maneje la situación en ese momento,* y no tanto de la historia anterior de la persona.

Caplan plantea un modelo de crisis dividido en cuatro fases, que se presentarían en su desarrollo normal de la siguiente manera:

FASE 1: La elevación inicial de la tensión por el impacto del estímulo pone en acción las habituales respuestas homeostásicas de solución de problemas.

FASE 2: La falta de éxito de estas respuestas y el mantenimiento del estímulo determinan la elevación de la tensión y un estado de alteración e inefectividad.

FASE 3: La tensión sigue aumentando y traspasa un tercer umbral al comenzar a actuar como poderosos estímulo interno para la modificación de recursos internos y externos. El individuo recurre a sus reservas de energía y a sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para acometer lo que está encarando, que mientras tanto, puede haber perdido en intensidad. El individuo puede llegar a redefinirlos gradualmente de modo que lleguen a encajar en su experiencia previa. Entonces advierte aspectos que hasta entonces había descuidado. Entonces descubre aspectos abordables con capacidades y técnicas que hasta entonces había considerado inaplicables. Otros aspectos, imposibles de manejar, pero menos importantes, pueden dejarse de lado. Quizás se abandonen algunos objetivos inalcanzables. Es posible que se explore mediante ensayo y error que técnicas serían aplicables y cuáles no.

FASE 4: Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad, o evitarse con la resignación a la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura. Se produce entonces una importante desorganización del individuo, con resultados graves.

Referente a este tema, hay algunos conceptos básicos, que son comúnmente aceptados por quienes practican la intervención en crisis y que Swanson y Carbon[3] resumen del siguiente modo:

1. Las crisis son *experiencias normales* en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno[1].
2. El estrés que desencadena la crisis puede ser un *acontecimiento externo o interno*[2]. Puede ser un sólo hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves[4]
3. La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de *su percepción por el individuo*[5]
4. Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y *conflictos del pasado*[6].
5. Las crisis son *acontecimientos autolimitados* (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente[7].
6. En la crisis las defensas están debilitadas por lo que el sujeto está *más receptivo a la ayuda*[8] y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos[5].
7. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una *triple oportunidad*[1]:
   – dominar la situación actual
   – elaborar conflictos pasados
   – aprender estrategias para el futuro
8. La resolución no está tan determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad como por *procesos presentes*[9].
9. Las *pérdidas* anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar[10,11].
10. Con la resolución adaptativa emergen *nuevas fuerzas yoicas y nuevas habilidades* de resolución de problemas útiles para el futuro.

INTERVENCIÓN EN CRISIS:

La palabra *crisis* en chino indica *peligro* y *oportunidad*. La propuesta de la intervención en crisis se basa en este doble carácter: la crisis amenaza la salud mental del paciente (a veces gravemente) pero a la vez

marca la oportunidad de que los cambios requeridos con ella permitan un funcionamiento mejor que el que la antecedió. La posibilidad de hacer prevención primaria se apoya, según Caplan en tres características de los períodos críticos:

1. En desenlace de la crisis no depende tanto de los factores antecedentes (naturaleza del peligro, personalidad, experiencias previas...) como de la interacción de factores (endógenos y exógenos) que operan durante la crisis.
2. Durante la crisis el sujeto experimenta una gran necesidad de ayuda (y sus signos de anhelo despiertan en quienes lo rodean una reacción biosocial primitiva).
3. Durante la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros.

Estas características hacen que el que la crisis proporcione a los agentes comunitarios la posibilidad de desplegar sus esfuerzos con el máximo provecho. Ayudando, no sólo a sortear el riesgo de pérdida de la salud mental por el que está atravesando el sujeto y de detectar y resolver formas perniciosas de solución que probablemente esté ensayando, sino de poder ofrecer ayuda para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo para los que, en otros momentos, no hubiera habido ni ocasión de intervenir (porque el sujeto no hubiera buscado ayuda) ni posibilidad de modificar (porque el problema no hubiera sido tan fácilmente modificable por ella).

La intervención a poner en marcha en estas situaciones puede tener objetivos más o menos específicos y requerir encuadres diferentes. Skaileu[12] por ejemplo habla de una *intervención de primer orden o primera ayuda psicológica*, cuyos objetivos son proporcionar apoyo, reducir la letalidad y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda. Según este autor, este tipo de intervención tiene los siguientes componentes:

- Hacer un contrato
- Examinar las dimensiones del problema
- Explorar las posibles soluciones
- Ayudar a optar por una actuación concreta
- Garantizar el posterior seguimiento

Frente a esta, habla de la *intervención de segundo orden o intervención en crisis* propiamente dicha, que tiene unos objetivos más amplios:

- Contribuir a la supervivencia física
- Identificar y expresar los sentimientos, pensamientos y conductas involucrados en la crisis
- Obtener el dominio cognitivo
- Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales

Algunos autores han pretendido caracterizar situaciones críticas tipo, y proponer orientaciones generales para actuar psicoterapéuticamente ante cada una de ellas. El intento clásico en este sentido es el de Bellak[13,14], un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica que se vio obligado a desarrollar procedimientos de intervención practicables con el límite de seis sesiones que cubría el seguro de la población con la que trabajaba. Sin embargo, otras visiones más actuales de la práctica psicoterapéutica como la construcción de narrativas[15] consideran que la utilización de estos guiones a largo plazo entorpece y empobrece la práctica clínica.

Desde la óptica de la construcción de narrativas terapéuticas la intervención en crisis no puede concebirse como una intervención manualizable a aplicar en condiciones en las que se detecten una especie de criterios diagnósticos de situaciones de crisis, a las que se supone que se debería ajustar la experiencia del paciente. Lo que el psicoterapeuta debe reconocer son unas condiciones que permitan la construcción de la narrativa de la crisis en el encuentro entre terapeuta y paciente.

Se trata, en definitiva de unos puntos de anclaje a través de los cuales la narrativa de la intervención en crisis puede construirse, a través del trabajo conjunto de terapeuta y paciente, sobre la narrativa del paciente que originalmente motiva la demanda. Podrían resumirse como sigue:

I. La persona cuenta un funcionamiento previo razonablemente satisfactorio para ella hasta el momento anterior a la aparición de la situación que va a ser tipificada como crisis
II. Se ha producido una quiebra brusca de este funcionamiento que puede atribuirse a una suspensión de los aportes físicos, psicológicos y/o socioculturales que la persona recibía. Puede hablarse de una ruptura del equilibrio mantenido hasta ahora
III. La persona tiene la experiencia de que en la etapa anterior ha podido enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas. Pero los procedimientos utilizados para salir adelante en esas situaciones no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en el que se ha producido esta ruptura

El paciente presenta en el momento de ser atendido:

- Ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo. Se produce una suspensión del tiempo que pasa a ser experimentado como un conjunto de instantes aislados sin proyección sobre el pasado ni sobre el futuro
- El sujeto se refiere a sí mismo y a su mundo significativo como adherido a una narrativa saturada o dominada por el problema y que produce un estrechamiento del mundo de alternativas de significado del paciente
- La persona se vive a sí misma como incapaz de remontar ese problema, lo que facilita la petición de ayuda.
- Hay una pérdida del significado y sentido sostenido hasta ahora por la paciente acerca de su mundo personal, relacional y de creencias
- Hay una vivencia de malestar subjetivo

Partiendo de ese reconocimiento de circunstancias externas o subjetivas, el terapeuta puede proponer, basándose en la narrativa que trae el paciente, una nueva narrativa que incluya y haga posible la intervención en crisis.

En definitiva, para ser asumida por el paciente la narrativa de la intervención en crisis ha de ligarse a las narrativas dominantes del paciente a través de una serie de puntos de anclaje. La existencia de estos puntos hace más fácil la entrada en el mundo de significados del paciente y, permite, por tanto llevar a cabo lo que denominaremos el acompasamiento de la narrativa del paciente.

Si el terapeuta puede construir, sobre esos puntos de anclaje, un acuerdo con el paciente se produce la apertura de un significado nuevo que incluye la necesidad de ser ayudado y la aceptación de dicha ayuda.

Es decir, en el encuentro terapéutico con una persona que experimenta un malestar que podemos trabajar como una intervención en crisis:

I. Terapeuta y paciente se encuentran en escenarios diversos, cada uno de ellos con sus peculiaridades
II. El terapeuta hace uso de unas técnicas preferidas en la situación de crisis, que tienen por objeto: la contención de una situación de peligro potencial y la resignificación de la crisis en la vida del paciente, que le permita abrir un abanico de significados nuevos y preferidos por él.
III. Terapeuta y paciente se despiden incluyendo el significado de la intervención en la vida de la persona. Como consecuencia de la intervención el paciente puede proseguir su vida manteniendo un funcionamiento que, por la definición misma de la crisis, será diferente a partir de entonces, pero podrá garantizarle los aportes necesarios para resultar satisfactorio. Este nuevo funcionamiento puede ser incorporable a la definición previa de la identidad del paciente (en cuyo caso puede bastar una intervención muy circunscrita) o puede desafiarla y dificultar el funcionamiento en otras áreas de actividad, lo que haría aconsejable una terapia a más largo plazo.

El formato de psicoterapia breve, que los teóricos de la crisis gustan en llamar

intervención en crisis propiamente dicha, tiene como característica básica que, aunque se prolonga en el tiempo más allá de la intervención puntual y de urgencia, lo hace durante un periodo de tiempo y por un número de sesiones limitado. Este tipo de intervención se realiza con un encuadre más parecido al de la actividad terapéutica estándar.

La intervención en crisis puede llevarse a cabo con un encuadre individual, familiar o grupal. El formato de grupo resulta particularmente útil en situaciones de catástrofe, en las que puede ser liderado por voluntarios bajo supervisión[16]. También puede utilizarse con grupos homogéneos en cuanto al acontecimiento vital que se relaciona con la crisis (son frecuentes los grupos de adolescentes, pacientes con cáncer u otras enfermedades, personas que están atravesando situaciones en relación con la jubilación, la emigración, el desempleo, la marcha de los hijos de casa o la menopausia...).

Nos gustaría concluir resaltando la riqueza y versatilidad de la teoría de la crisis, ya que proporciona un paradigma desde el que se puede desarrollar intervenciones tanto en el abordaje individual, familiar o grupal, como en el ámbito colectivo o poblacional.

RESUMEN
En el presente capítulo se describe la Teoría de la Crisis como un paradigma desde el que entender la salud, la enfermedad mental y consecuentemente la forma de intervenir sobre ésta. Caplan fue el primero en hablar de la prevención primaria en materia de Salud Mental, basada en la provisión de aportes (físicos, psicosociales y socioculturales), y en la intervención en crisis. Se plantea la crisis como un momento en el que los procedimientos de afrontamiento habituales del individuo dejan de funcionar, suponiendo tanto una oportunidad para el desarrollo personal si se resuelve satisfactoriamente, como un peligro al aumentar la vulnerabilidad del sujeto a los trastornos mentales. Por otro lado, la intervención se ve facilitada por una mayor receptividad de la persona a recibir ayuda. Por último, se describe el modelo de la construcción de narrativas terapéuticas como una de las orientaciones que pueden aportar mayor riqueza a este tipo de intervenciones.

CUADRO 1, MODELO DE PREVENCION PRIMARIA, Caplan (1964)

	Acción Social	*Acción Interpersonal*
PROVISION DE APORTES – Físicos – Psicosociales – Socioculturales	Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo...	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (paritorios, maternidades, cárceles, UVIS, etc...)
INTERVENCION EN CRISIS	1. Atenuación de circunstancias peligrosas. 2. Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis.	1. A través de agentes de salud. 2. Directamente a través de profesionales de salud mental.

CUADRO 2, INTERVENCIÓN EN CRISIS, Skaileu (1988)

Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica	• Proporcionar apoyo, reducir la letalidad y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda • Examinar las dimensiones del problema • Explorar las posibles soluciones • Ayudar a optar por una actuación concreta • Garantizar el posterior seguimiento
Intervención de segundo orden o intervención en crisis propiamente dicha	• Contribuir a la supervivencia física • Identificar y expresar los sentimientos, pensamientos y conductas involucrados en la crisis • Obtener el dominio cognitivo • Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basisc Books 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidos. 11ª reimpresión 1980). Es el texto fundacional de la intervención en crisis y de los planteamientos de la salud mental comunitaria desde la óptica de la salud pública. Un clásico de lectura agradecida.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Texto en el que se fundamenta el modelo de psicoterapia integradora, desde la óptica de las narrativas, sobre el que se plantea el modelo de intervención en crisis expuesto en el presente libro.

Slaikeu KA. Crisis intervention, Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon 1984 (Trad cast: Intervención en crisis. Mexico: Manual Moderno 1988. El texto de intervención en crisis más utilizado en lengua castellana. Se basa en una aplicación a este campo de la terapia multimodal de Lazarus.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basisc Books; 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidos. 11 reimpresión 1980)
(2) Erikson EH. Childhood and society. New York: Norton; 1950.
(3) Swanson WC, Carbon JB. Crisis Intervention: theory and technique. En Karasu TB (Coord). Treatment of psychiatric disorder. Washington: American Psychiatric Press 1989; vol 3: 2520-2531.
(4) Korner I. Crisis reduction and the psychological consultation. En Spector G, Claiborn W (eds). Crisis intervention. New York: Behavioral Publications; 1973.
(5) Rapoport L. The state of crisis: some theoretical considerations. Social Service Review 1962; 32: 36: 211-217.
(6) Hoffman D, Remmel M. Uncovering the precipitant in crisis intervention. Social Casework 1975: 56: 259-267.
(7) Bloom B. Definitional aspects of the crisis concept. J Consult Clin Psychol 1963: 27: 498-502.
(8) Schwartz S. A review of crisis intervention programs. Psychiatry Q. 1971; 45: 498-508.
(9) Paul L. Crisis intervention. Mental Hygiene 1966; 50: 141-145.
(10) Hitchcock J. Crisis intervention: the problem in the pool. Am J Nur 1973; 73: 1388-1390.
(11) Stickler M, LaSor B. The concept of loss in crisis intervention. Mental Hygiene 1970; 54: 301-305.
(12) Slaikeu KA. Crisis intervention, Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon; 1984 (Trad cast: Intervención en crisis. Mexico: Manual Moderno; 1988.

(13) Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Straton, 1965 (trad cast: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970)
(14) Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psichotherapy (B.E.P.) New York: CPS Inc, 1983 (Trad cast: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986).
(15) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
(16) Fernández Liria A, González Aguado F. Sobre el programa de salud mental de Médicos de Mundo en Mostar. Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 1995; 4: 16-19.

3.4.1. Psicoterapias en el ámbito de la sanidad pública. Factores comunes y psicoterapia de grupo

Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega, Ainoa Muñoz, Susana Cebolla

Se han dado numerosas definiciones al término "psicoterapia", algunas tan extensas que tienen el inconveniente de ser poco específicas y extenderse sobre terrenos imprecisos y poco útiles para dar cuenta del trabajo que se realiza en el sector público de atención a la salud, como el autoconocimiento, el crecimiento personal o la búsqueda de experiencias.

En 1997, el Grupo de Consenso de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse), elaboró la siguiente definición: "Psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo".

Esta definición excluye otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- Otras relaciones de ayuda (amigos, familia,...), en las que el que la da no es un profesional experto.
- Consejo médico o psicológico, en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental.
- Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información, confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

Existen otras muchas definiciones de psicoterapia, así como múltiples corrientes psicoterapéuticas. Sin embargo, hay un punto en común entre todas ellas, y es que el paciente ha de considerarse implicado en el problema presentado, ya sea en el origen, en el mantenimiento o en las posibilidades para solucionarlo[1].

Hoy en día se considera que, la psicoterapia, sola o en combinación con los psicofármacos, constituye el tratamiento de primera elección de un gran número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil para la intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud. Por ello, la psicoterapia individual y de grupo, se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y, por tanto, su oferta constituye una obligación del sistema sanitario público.

En el sector público las psicoterapias se desarrollan en unas condiciones diferentes de las de la práctica privada. Para empezar, la indicación de la intervención ha de estar justificada por un criterio que va más allá del mero deseo del paciente y ha de tomar en consideración aspectos como la *necesidad* o la *eficiencia*.

Pero esta diferencia no convierte la práctica en el sector público en un especie de adaptación de algo cuyo patrón de oro se sitúa en otro lugar, sino que supone una exigencia que creemos que ha sido sumamente enriquecedora. En el trabajo en el sector público, a diferencia de lo que sucede en el privado, – donde el terapeuta puede seleccionar con qué pacientes o problemas quiere trabajar-, la pregunta no es "sobre qué pacientes puedo actuar de un modo más eficaz con esta técnica concreta", sino "con qué técnica puedo obtener mejores resultados sobre este paciente concreto". Las

investigaciones más recientes en psicoterapia apoyan la idea de que tanto las características del paciente, como las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se lleva a cabo contribuyen al éxito o fracaso del tratamiento; de hecho, debería buscarse la óptima combinación entre estos factores para asegurar el éxito de la intervención[2]. El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo[3].

Cuando nuestras teorías sobre la psicoterapia no se ajustan al escenario donde se desarrolla nuestra práctica, lo que debemos cambiar es nuestra idea, dotándonos de teorías capaces de ayudarnos a seleccionar nuestras actuaciones, explicar porqué funcionan cuando funcionan y mejorarlas o diseñar otras nuevas cuando no funcionan o lo hacen de un modo insuficiente.

FACTORES COMUNES

La investigación en psicoterapia comenzó a desarrollarse de manera significativa a mediados del siglo pasado, de manera que hoy en día tenemos suficientes datos provenientes de la investigación para guiar esta tarea de construcción teórica y desarrollar nuevos y fundamentados programas de investigación. A continuación vamos a referirnos a algunos hitos de la historia de la psicoterapia, que, curiosamente, han tenido siempre forma de veredicto, y que han sido determinantes de las tendencias actuales en el modo de hacerla y de pensarla.

EL VEREDICTO DE EYSENC: LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Este primer veredicto fue emitido por Eysenck en 1952. En el momento de su publicación, la psicoterapia era una práctica extendida y prestigiada, por cuyo liderazgo competían diversas escuelas a pesar de que no existían pruebas serias de que fuera eficaz. Eysenck concluyó que la evidencia existente apuntaba a que la psicoterapia era menos eficaz que la permanencia en lista de espera y que, de algún modo, impedía la remisión espontánea de los trastornos neuróticos[4].

Aunque el fundamento de esta conclusión y la metodología del estudio fueron justamente discutidos, hizo que se pusieran en marcha una cantidad importante de proyectos de investigación y se desarrollara una metodología investigadora en ocasiones finísima, que trataban de solventar las numerosas dificultades a las que debían hacer frente aquellos que apostaban por la efectividad de la psicoterapia. La metodología del ensayo clínico aleatorizado se impuso como método científico para la toma de decisiones en medicina en general y, también, en psicoterapia. No obstante, esta metodología, aplicada a la psicoterapia, presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento.

Así, veinticinco años más tarde de la publicación de los hallazgos de Eysenk, Lambert y Bergin[5], que habían revisado los resultados de diferentes ensayos clínicos realizados para estudiar el efecto de la psicoterapia sobre diversos trastornos, concluyeron que la magnitud del efecto de la misma era semejante a la de otros tratamientos utilizados en Medicina. Hoy en día nadie duda de la efectividad de la psicoterapia[6]. Generalmente, se acepta que los estudios meta-analíticos – si bien plantean problemas adicionales - resuelven algunas dificultades como, por ejemplo, la exigüidad del tamaño de las muestras o la introducción de sesgos, permitiendo obtener una mayor objetividad a través de métodos estadísticos que pueden ser reproducidos por otros investigadores[6, 7].

EL VEREDICTO DEL PÁJARO DODO: LA EFICACIA RELATIVA DE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS

Como hemos señalado arriba, la investigación realizada desde la formulación del veredicto de Eysenck tuvo éxito en la demostración de la eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de los trastornos mentales

en general y de algunos cuadros clínicos en particular[5, 6].

Sin embargo, no ha sido capaz de satisfacer lo que constituyó uno de los estímulos para la investigación para muchos investigadores adscritos a diferentes escuelas de psicoterapia: demostrar la superioridad de las intervenciones basadas en una determinada teoría, y que esta pudiera ser considerada como más correcta o más acertada que el resto para explicar los trastornos mentales y su tratamiento.

Esta incapacidad dio lugar a lo que Lester Luborski[8] bautizó como veredicto del pájaro Dodo[a]. Y es que a pesar del abultado trabajo de investigación realizado hasta la fecha, no se han obtenido diferencias consistentes entre intervenciones psicoterapéuticas basadas en diferentes teorías o escuelas[9].

Por ello, este segundo veredicto abrió dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes aunque se miran entre sí con creciente interés.

Por un lado, nace el intento de buscar formas no contaminadas o puras de cada una de las terapias propuestas, procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. Se trata de intentar garantizar la pureza de las intervenciones aplicadas y estudiar la especificidad de los factores terapéuticos que estas activan. En su versión extrema ha dado lugar a todo el proceso de manualización de las psicoterapias. Los manuales representan un instrumento útil para la investigación y, en ocasiones, para la formación de psicoterapeutas. Alguno de ellos ha sido específicamente adaptado para las condiciones de trabajo en nuestro sector público y ha dado lugar a una cierta cantidad de docencia e investigación en ese campo (Terapia Cognitiva de la Depresión[10], Terapia Interpersonal de la Depresión[11], Terapia Basada en Mentalización para el trastorno límite de personalidad[12, 13, 14], Terapia Conductual Dialéctica, también para el trastorno límite de personalidad[15], prevención de recaídas en depresión recurrente[16], Intervención precoz en psicosis[17], Grupos de psicoeducación en la prevención de recaídas en trastorno bipolar[18]).

La segunda línea de trabajo abierta es la que ha dado origen a lo que se conoce como el movimiento por el eclecticismo o la integración en psicoterapia, que engloba a su vez, tres modos distintos de actuación descritos por Norcross y Arkowitz[19, 20] y que tienen su traducción en tendencias y prácticas que detectamos en el sector público.

El primero de ellos, ha sido bautizado como *eclecticismo técnico*, encontrando sus mejores representantes en Lazarus y Beutler. Según los partidarios de esta tendencia, los avances en la práctica clínica no tienen por qué corresponderse con los de nuestras teorías sobre la naturaleza de los trastornos mentales. Lo que estos autores sostienen es la posibilidad de construir sistemas capaces de permitirnos seleccionar intervenciones de un modo sistemático (y no intuitivamente) para los problemas que presenta cada paciente (o como acertadamente propone Beutler, para los problemas que se le presentan a cada pareja terapeuta-paciente).Tanto el eclecticismo sistemático de Beutler[21, 22] como la terapia multimodal de Lazarus[23, 24] se presentan como sistemas que pueden permitir diseñar intervenciones independientemente de cuál sea la posición teórica del terapeuta que las indica.

El segundo modo, descrito por Norcross y Arkowitz[19, 20], es el propuesto por los partidarios de la *integración teórica*, cuyo desafío es construir sistemas teóricos que permitan explicar, a la vez, la eficacia de intervenciones de diferente fundamento teórico y servir de guía para utilizarlas en la práctica clínica. Son precursores tempranos de esta postura Alexander[25] y Dollard y Miller[26]. Wachtel[27-31] ha propuesto un mo-

[a] Personaje de Alicia en el país de las maravillas en cuya boca pone Lewis Carroll la frase "todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio" (Luborski, Singer y Luborski, 1975)

delo original de psicoterapia que sintetiza principios y hallazgos del psicoanálisis, la modificación de conducta y las terapias sistémicas; Horowitz[32-34] ha construido un modelo teórico y un método práctico que reformula conceptos psicoanalíticos en términos de psicología cognitiva y emplea conceptos basados en la teoría de los roles y el análisis transaccional; y Ryle[35-37] ha propuesto un modelo de psicoterapia cognitivo-analítica que pretende adscribir a una teoría del desarrollo basada en Vigotsky. Estos autores apuntan a que no debemos ignorar los hallazgos de los compañeros de otras escuelas y de quienes hacen psicología en los medios académicos e intentar construir teorías que nos permitan comprender cada elemento de nuestra práctica.

La última de las posibles respuestas, es la planteada por los partidarios de lo que se conoce como *teoría de los factores comunes*. El punto de partida de esta escuela fue planteado por Frank[38], que sostenía que la postura mantenida por los partidarios de la integración teórica (explicar cómo pueden operar a la vez los factores terapéuticos hipotetizados por diferentes escuelas) partía de un prejuicio, el de suponer que las terapias basadas en cada una de las concepciones teóricas funcionaban por los motivos por los que esa concepción suponía que lo hacían.

Si las terapias basadas en las diferentes orientaciones teóricas tienen resultados equivalentes puede ser porque los factores hipotetizados por cada uno de ellas son efectivamente puestos en marcha mediante las técnicas diseñadas para ello y tienen una potencia equivalente (como supondrían eclécticos o integradores teóricos). O, como concluye Frank, porque lo que determina la eficacia de cada una de las intervenciones posibles no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas; y, por eso, porque lo que actúa es lo que todas tienen en común, el resultado es equivalente.

Estos factores comunes son, además, los mismos que actúan en otras relaciones de ayuda, como las que establecen brujos o chamanes. Según Frank todas estas relaciones, en definitiva, tienen en común el hecho de ser practicadas por un oficiante que en la relación que establece con el consultante no busca más beneficio que la remuneración que se la da por buscar el beneficio del otro, estar estructuradas de tal modo que se dan en un encuadre determinado (el cromlech o, el diván...), mediante un rito (el ensalmo o la asociación libre...) y estando justificadas por un mito en el que creen tanto ayudador como ayudado (mal de ojo o psicoanálisis).

En esta línea de los factores comunes se incluyen los trabajos de Prochaska y Diclemente[39], que desarrollaron una teoría del cambio que permite planificar intervenciones considerando el momento en el que se encuentra el paciente dentro del proceso de cambio a enfrentar por él mismo; y los de Beitman[40-42], que ha sistematizado los aconteceres de cualquier proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y ha desarrollado sistemas muy estructurados de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico que hoy guían la formación en psicoterapia que reciben los residentes de psiquiatría en los Estados Unidos de América y otros muchos países[43].

Definir los factores terapéuticos comunes de modo que den lugar a un sistema coherente no es fácil y, por regla general, los intentos de ser exhaustivos se han acompañado de pérdidas en sistematicidad. Norcross y Arkowitz[19, 20] y Bergin y Garfield[5] han recogido listados exhaustivos de factores de este tipo señalados por diversos autores (Tabla 1). Norcross ha publicado muy recientemente[44] un artículo, con las conclusiones de la revisión sistemática de más de una docena de metanálisis sobre los elementos de la relación terapéutica que se han mostrado eficaces en psicoterapia (Tabla 2).

Tabla 1. Listado de factores terapéuticos comunes entre las diversas terapias que se han asociado con resultados positivos[5] (Bergin y Garfield, 1984).

de apoyo	de aprendizaje	de acción
catarsis identificación con el terapeuta mitigamiento de la soledad relación positiva tranquilización liberación de tensión estructura alianza terapéutica participación activa terapeuta/cliente experiencia del terapeuta calidez, respeto, empatía aceptación y autenticidad del terapeuta confianza	consejo experiencia afectiva asimilación de experiencias problemáticas cambio de las expectativas sobre eficacia personal aprendizaje cognitivo experiencia emocional correctora exploración de las referencias internas retroinformación introspección razonamiento	regulación de la conducta destreza cognitiva estimulación a enfrentar miedos asunción de riesgos esfuerzos de adiestramiento modelado confrontación con la realidad experiencias con éxito perlaboración

Tabla 2. Elementos de la relación terapéutica eficaces en psicoterapia[44] (Norcross, 2011).

	Elementos de la relación proporcionados por el terapeuta	*Métodos de adaptación de la psicoterapia a características particulares del paciente*
	Alianza en psicoterapia individual	Nivel de resistencia
	Alianza en psicoterapia en jóvenes	Preferencias
Demostrada efectividad	Alianza en terapia familiar	Cultura
	Cohesión en terapia de grupo	Religión y espiritualidad
	Empatía	
	Recoger el feedback del paciente	
	Objetivos consensuados	Estadios de cambio
Probable efectividad	Colaboración	Estilo de afrontamiento
	Buena opinión	
Prometedor pero insuficiente	Congruencia/ autenticidad	Expectativas
Necesaria investigación	Reparar las rupturas de la alianza	Estilo de apego
	Manejo de la contratransferencia	

El grupo de consenso al que antes hacíamos referencia[1], a partir de la reflexión sobre su práctica en el sector público madrileño, lleva a cabo una caracterización de una intervención psicoterapéutica, identificando los siguientes factores terapéuticos:

1. Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
2. Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
3. Reconocimiento o experiencia de emociones
4. Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
5. Experiencia emocional correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
6. Aprendizaje interpersonal
7. Sugestión
8. Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)

EL VEREDICTO DE LA APA: LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

En las últimas décadas se produjo un movimiento que ha marcado un tercer hito, también con forma de veredicto, en la historia reciente de las psicoterapias: la creación, por parte de la división 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicólogos, de un catálogo de tratamientos empíricamente validados que incluía sólo a aquellos que, debidamente manualizados, y contrastados vía ensayo clínico randomizado y doble ciego, habían demostrado ser eficaces frente a un trastorno, también, debidamente definido de forma operativa con criterios DSM o similar. No fue el único intento en este sentido. Un informe encargado por el Servicio Nacional de salud británico, con el mismo objetivo, llegó a conclusiones prácticamente idénticas[45]. Hoy las Guías de práctica clínica organizan la práctica de la llamada medicina (o psicología clínica) basada en la evidencia.

Esto ha destapado una especie de caja de Pandora a partir de la cual algunas compañías de seguros pretenden pagar sólo el número y tipo de sesiones establecidas en los manuales según el tipo de trastorno, y terapeutas discutiendo sobre si este movimiento les priva de la libertad y creatividad necesarias para actuar como tales en un entorno como el de la clínica cotidiana, que poco tiene que ver con el creado artificialmente para llevar a cabo las investigaciones en las que se han fundamentado tales manuales.

En esta línea, entre los trabajos de investigación más importantes sobre eficacia de la psicoterapia, encontramos el financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental americano sobre depresión[46-48], o los británicos sobre trastornos de la conducta alimentaria[49-52].

El primero de los dos mencionados, a modo de ejemplo, se llevó a cabo comparando la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979[10], y la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP), cuya versión manualizada se publicó en 1984[11]. Ambos enfoques presentan características comunes que facilitaron el que pudieran desarrollarse y ser publicadas en un momento histórico en el que la psicoterapia estaba siendo activamente marginada de la reflexión sobre la atención a la salud mental:

1) Ambas se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del ensayo clínico.
2) Ambas se definen como tratamiento de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros criterios (estructura de la personalidad, funciones yoicas, características del sistema familiar...) y, menos aún, de otros valores como el autoconocimiento o el desarrollo personal...
3) Ambas se perfilan como una destreza profesional bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.

4) Ambas conciben su utilidad como complementaria con la de los tratamientos farmacológicos y no como antagónica a estos.

Hoy en día los investigadores en psicoterapia se encuentran en una posición difícil. Deben demostrar la eficacia de las intervenciones que someten a prueba. Pero, además, han de hacerlo sobre categorías diagnósticas (las del DSM o la CIE) que nadie considera demasiado útiles[51, 53, 54], o han de cuestionar las líneas maestras sobre las que hoy se concibe la psicopatología y proponer sistemas alternativos. Todo ello, bajo la presión de una poderosísima industria farmacéutica y la mirada vigilante de los gestores de los sistemas sanitarios.

Esto nos obliga, irremediablemente, a participar en un debate general sobre la naturaleza de la salud y los trastornos mentales.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos hoy en día es indiscutible. No obstante, la dificultad para la investigación en psicoterapia (la medicina basada en la evidencia implica la necesidad de realización de ensayos clínicos aleatorizados como metodología para la demostración de la eficacia de las diferentes intervenciones, siendo imposible conseguir el doble ciego, y muy complicado el uso del placebo o intervención neutra) hace que existan pocos estudios "de calidad" sobre las distintas intervenciones psicoterapéuticas, centrándose la mayoría de los mismos en intervenciones individuales.

El trabajo de Smith y cols[55] supuso un punto de referencia en cuanto a la eficacia de la psicoterapia, especialmente la de grupo, ya que gran parte de los estudios que revisaron (49% estaban basados intervenciones grupales); demostraron no sólo que la terapia era efectiva, sino que las diferencias entre los resultados obtenidos por terapias de diferente orientación teórica eran mínimas (algo similar a los resultados ya publicados por Luborski y cols[8]. unos años antes, en 1975, pero incluyendo gran parte de estudios que utilizaban intervenciones grupales).

La psicoterapia grupal supone una modalidad de tratamiento que ha demostrado ser eficaz. Además, no existe evidencia científica de que los resultados de la terapia de grupo difieran de los alcanzados con psicoterapia individual de la misma duración y para abordar el mismo tipo de problema, y tampoco existe evidencia de que un tipo de abordaje psicoterapéutico grupal sea superior a otro.

La psicoterapia de grupo ofrece un beneficio adicional a las terapias individuales, y es el hecho de la posibilidad de ofrecer un tratamiento científicamente demostrado eficaz (tanto como una intervención individual) a varias personas a la vez, optimizando tiempo y recursos dentro del sistema sanitario. Dentro del sistema público de salud se hace necesario utilizar intervenciones eficaces y coste-eficientes para la recuperación de la salud de aquellas personas que la han perdido. Es probable que la implantación de intervenciones grupales o de duración limitada (y mejor la combinación de ambas) permitiera una gestión adecuada de los recursos con una asistencia de calidad. Como ejemplo podría citarse un programa de intervención grupal para pacientes ambulatorios con diagnóstico de duelo complicado[56]: son grupos de siete pacientes y medio de media, que tienen lugar una vez a la semana durante las doce semanas que dura el tratamiento, de noventa minutos de duración cada uno. Comparándolo con doce sesiones individuales de psicoterapia, de cuarenta y cinco minutos, el terapeuta puede tratar cuatro veces más pacientes utilizando la intervención grupal e invirtiendo la misma cantidad de tiempo.

La psicoterapia de grupo es utilizada, con frecuencia, para modificar problemas o dificultades a nivel relacional (psicoterapia de grupo interpersonal), como tratamiento de soporte (el terapeuta debe fomentar la

auto-ayuda y garantizar que las experiencias entre los miembros del grupo son utilizadas positivamente y que no sean demasiado intensas, protegiendo a las personas más vulnerables y asegurando que cada miembro es ayudado pero que también da ayuda a los demás) o como forma de estimular la adaptación a los efectos de una determinada enfermedad médica o mental (grupos orientados a desarrollar determinados aspectos o habilidades, como grupos de relajación, grupos de psico-educación o de entrenamiento en habilidades sociales, entre otros).

Dentro de los tratamientos grupales se engloba la terapia de pareja, la terapia familiar y la propia terapia de grupo. Suponen diferente tipo de contexto (la pareja, la familia o un grupo que comparte un sufrimiento similar) dentro del cual se abordan los conflictos personales e interpersonales, constituyendo un contexto social y dinámico desde el que abordar estas dificultades.

En la terapia de grupo aparecen factores terapéuticos adicionales no presentes en la psicoterapia individual. Estos factores terapéuticos son comunes a todos los tipos de psicoterapia grupal y fueron descritos por Yalom en 1985[57]:

- *Universalidad:* compartir la experiencia con otros y darse cuenta de que estos "otros" tienen similares problemas, dificultades y experiencias, suele ser más útil que cualquier intervención tranquilizadora del terapeuta.
- *Altruismo:* ayudar a otros aumenta la autoestima de la persona que da la ayuda, así como es útil para quien la recibe.
- *Cohesión grupal*: la sensación de pertenencia a un grupo es sumamente valiosa para aquellas personas que previamente se han sentido solas.
- *Socialización:* los miembros del grupo pueden probar nuevos patrones de comportamiento, en relación con la adquisición de nuevas habilidades sociales en la interacción con los demás, con la seguridad del grupo.
- *Imitación:* aprendizaje a través de la observación y adopción de comportamientos de otros miembros del grupo. Si el grupo funciona bien y está conducido de forma adecuada, los participantes imitan comportamientos adaptativos; por el contrario un mal funcionamiento del grupo se manifestará por la expresión de conductas maladaptativas, tales como expresiones emocionales extravagantes.
- *Aprendizaje interpersonal:* aprendizaje a través de la interacción con otros miembros del grupo, practicando nuevos patrones de relación que resulten más saludables.
- *Recapitulación del grupo familiar primario:* muchas de las interacciones entre los miembros del grupo están basadas en relaciones pasadas entre los miembros y sus padres o hermanos. Este tipo de transferencia se desarrolla de manera eventual en todos los grupos y es fomentada y utilizada en algunos tipos de tratamientos, fundamentalmente aquellos de corte psicoanalítico.

Conceptualmente, la presencia y el comportamiento de otros pacientes en el grupo de terapia crea una oportunidad única para el aprendizaje y el cambio, oportunidades que no están disponibles en la terapia individual por el simple hecho de que los otros pacientes no están presentes. El grupo, que es a menudo asociado con un microcosmos social, es capaz de provocar y hacer surgir los patrones maladaptativos de comportamiento de cada paciente, y de movilizar importantes motores de cambio que tienen que ver con la interacción con los demás. Los otros pacientes pueden observar, dar feedback y ofrecer sugerencias para el cambio. Y cada paciente puede, subsecuentemente, practicar comportamientos más adaptativos dentro y fuera del grupo y recibir nuevo feedback de los demás. Este proceso cíclico es comúnmente conocido como aprendizaje interpersonal.

Numerosos estudios han sugerido que la varianza en cuanto a los resultados ob-

tenidos por diferentes terapeutas era explicada, en parte, por diferencias individuales entre los terapeutas. En el metanálisis de Cris-Christoph y Mintz de 1991, encontraron que, aproximadamente un 9% de la varianza en los resultados de la terapia era debido a diferencias individuales entre los terapeutas, sin que se hubiese podido concretar qué diferencias eran las responsables de esa variabilidad[58]. La evidencia reciente avala el hecho de que estas diferencias entre los resultados obtenidos por diferentes terapeutas tienen que ver con el hecho de emplear intervenciones que faciliten habilidades interpersonales en el paciente (y no con la orientación teórica como ya se ha comentado previamente). En este sentido, la terapia grupal, por el tipo de intervenciones y factores terapéuticos de que se sirve, sería un abordaje facilitador de este tipo de estrategias.

Publicaciones recientes[2, 3, 44, 59] han revisado qué elementos de la relación terapéutica han demostrado evidencia científica de ser realmente efectivos, concluyendo que lo son la alianza terapéutica, tanto en psicoterapia individual, familiar como intervenciones en jóvenes, la cohesión de grupo en la psicoterapia grupal, la empatía y el hecho de recoger el feedback del paciente sobre lo que está sucediendo.

Cabe hacer una referencia a la psicoterapia de grupo en trastornos mentales graves. La mayoría de la investigación en psicoterapia de trastornos psicóticos se ha centrado en la esquizofrenia. Las intervenciones familiares y las intervenciones psicoeducativas han demostrado eficacia en cuanto a la prevención de recaídas. La terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos sobre la reducción de la gravedad de los síntomas positivos también ha demostrado ser eficaz. El Sistema Público de Salud se encuentra con la necesidad de aportar una asistencia psicoterapéutica adecuada y de calidad a un número creciente de usuarios contando con un proporcionalmente reducido número de profesionales. La psicoterapia cognitiva de los síntomas psicóticos fue desarrollada fundamentalmente por el Sistema Nacional de Salud Británico, con el fin de ofrecer una psicoterapia de calidad y científicamente avalada a los pacientes con síntomas psicóticos. Sin embargo, el alto grado de especialización necesaria para llevarla a cabo y la prolongada duración de la misma, hace que sea un tipo de intervención que no ha podido generalizarse para la práctica en otros contextos sanitarios, tal como nuestro Sistema de Salud, generando gran interés en el desarrollo de modelos psicoterapéuticos eficaces de corta duración o grupales. El Servicio Vasco de Salud acaba de poner en marcha un ensayo[60] para evaluar la eficacia de una intervención grupal manualizada en pacientes psicóticos en la red pública, basada en Terapia Psicológica Integrada, que ha demostrado eficacia sobre sintomatología positiva y negativa, el funcionamiento social y la neurocognición[61] y que contiene elementos de corrientes cognitivas, conductuales, interpersonales, grupo-analíticas e integradoras de psicoterapia.

En formatos grupales la psicoterapia expresiva- de apoyo para mujeres con cáncer de mama metastásico[62] y la psicoterapia centrada en el significado, también para pacientes con cáncer avanzado[63] son de las terapias que cuentan con más estudios empíricos que demuestran importantes beneficios psicosociales.

Publicaciones recientes en cuanto a los formatos grupales en trastorno bipolar[64], demuestran que el desarrollo y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y de redirección de la vulnerabilidad y manejo del estrés, reducen el riesgo de recaída de cualquier tipo así como el tiempo en que los pacientes no se encuentran bien. Colom y Vieta[18] han demostrado que la psicoeducación grupal (en formato de 6 meses de duración) es eficaz a largo plazo (5 años de seguimiento) en cuanto a la prevención de recurrencias y la disminución del tiempo que permanecen enfermos estos pacientes.

La psicoterapia de grupo, debido a su

demostrada eficacia y su coste-eficiencia, debería ocupar un lugar privilegiado dentro de la cartera de servicios nuestro Sistema Público de Salud, para lo cual es necesario la formación específica de los especialistas en este tipo de intervención, debiendo incluirse en los programas de formación de psicólogos y psiquiatras.

RESUMEN

1. La psicoterapia, sola o en combinación con fármacos, es un tratamiento eficaz para los trastornos mentales.
2. Tanto en formato individual como grupal, cuenta con una sólida base empírica que avala su oferta en el catálogo de prestaciones de nuestro Sistema Nacional de Salud.
3. La psicoterapia de grupo, debido a su demostrada eficacia y su coste-eficiencia, debería ocupar un lugar privilegiado dentro de la cartera de servicios nuestro Sistema Público de Salud.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001. Texto que se sitúa en el movimiento hacia la integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas, haciendo un breve recorrido teórico sobre las fuentes que han llevado a los autores hasta su particular modo de trabajar y enseñar. Expone, de forma práctica, la forma en que realizan este trabajo, desde la formulación de casos y el contrato terapéutico hasta el desarrollo de todo el proceso psicoterapútico y la terminación del mismo.

Yalom I. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000. El trabajo de Yalom emergió y fue el resultado de una ola de cambios sociales en el campo de la psiocterapia. Recibía la influencia de Lewin del aprovechamiento de la Psicología Social; de Rogers, quien había estado trabajando en los "grupos de crecimiento personal", usando sus conceptos de la terapia centrada en el cliente; de Jerome Frank, que estuvo simultáneamente investigando el impacto de "factores inespecíficos", semejantes a la esperanza y aceptación en la relación de ayuda; de H.S.Sullivan, que desarrolló sus ideas sobre las relaciones interpersonales como base del desarrollo psicológico. El enfoque de Yalom reflejó su orientación personal con las rutas de los psicólogos humanistas-existencialistas. Hizo énfasis en la importancia de la interacción entre los miembros del grupo, promoviendo la operación de los llamados "Factores Curativos". El grupo fue visto como un microcosmos social con sus propias propiedades terapéuticas. El insight genético y las interpretaciones del terapeuta decayeron como mecanismos de cambio en favor de las experiencias de aprendizaje interpersonal en la interacción corriente del grupo. Este enfoque tuvo en su época una influencia general en la terapia de grupo que continúa hasta el presente

Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irrwin; 1984. Proponen un modelo para explicar las circunstancias en torno a las cuales es posible que aparezca un cambio intencional en el comportamiento, integrando elementos de distintas escuelas psicoterapéuticas. Defienden la idea de que el cambio intencional no es un proceso de todo o nada, sino un movimiento gradual a través de estadios específicos. No ser conscientes de este fenómeno ha llevado a algunos de los teóricos de la terapia a asumir que todos los clientes están en el mismo estadio de cambio y preparados, por tanto, para el mismo proceso de cambio. Identifican cinco estadios básicos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Los estadios de cambio son entendidos como el grado de motivación para el cambio en un momento determinado. El plan de actuación con un paciente se establecerá, según este modelo, a partir del estadio en el que se encuentre. Por ejemplo, lo que habrá que plantear con un paciente precontemplador (que ni siquiera se ha planteado la conveniencia de hacer algo para intentar cambiar) es una estrategia que le haga experimentar como problemática o no deseable la pauta de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones que va a ser objeto del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN; 1997.
(2) Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. Psychotherapy 2011;48(1): 98-102.
(3) Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. J Clin Psychol 2011;67(2):143-154.
(4) Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952;16:319-324.
(5) Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley; 1994.p. 143-189.
(6) Lambert MJ, Olges BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 2004.p. 139-193.
(7) Macbeth G, Razumiejczyk E, Ledesma R, Cortada de Kohan N, López Alonso AO. La medición de los sesgos de la confianza mediante modelos discretos y continuos. Investigaciones en Psicología 2007;13:117-134.
(8) Luborsky L, Singer B. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"?. Archives of General Psychiatry 1975;32:995-1007.
(9) Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. J Consult Clin Psychol 2001;69(6):875-899.
(10) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depresion: a treatment manual (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983). New York: Guilford; 1979.
(11) Klerman FL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT). New York: Basic Books; 1984.
(12) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry 2001;158(1):36-42.
(13) Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry 2008;165(5):631-638.
(14) Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2009;166(12):1355-1364.
(15) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 2006;63(7):757-766.
(16) Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4):615-623.
(17) Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 2010;197(5):350-356.
(18) Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009;194(3):260-265.
(19) Norcross JC. The evolution and current status of psychotherapy integration. In:Norcross JC, editor. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992p. 4-40.
(20) Arkowitz, H. "Psychotherapy" versus "treatment". Am Psychol 2005;60(7):734-735.
(21) Beutler L. Eclectic psychotherapy : a systematic approach. New York: McGraw-Hill; 1983.
(22) Beutler L. Predictors of sustained therapeutic change: some thoughts about conceptualizations. Psychother Res 2010;20(1):55-59.
(23) Lazarus A. El enfoque Multimodal. España: Mc Graw Hill; 1981.
(24) Lazarus AA, Abramovitz A. A multimodal behavioral approach to performance anxiety. J Clin Psychol 2004; 60(8):831-840.
(25) Alexander, F. The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. Am.J.Psychiatry 1963;120:440-448.
(26) Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill; 1950.
(27) Wachtel P. Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books; 1977.
(28) Wachtel P. Action and insight. New York: Guilford; 1987.
(29) Wachtel P. Therapeutic Comunication; principles and effective practice (Trad cast La comunicación: principios y práctica eficaz. Bilbao: Desclée; 1996). New York: Guilford; 1993.

(30) Wachtel P. Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world. Washington: American Psychological Association; 1997.
(31) Wachtel P. Psychotherapy in the twenty-first century. Am J Psychother 2000;54(4):441-450.
(32) Horowitz MJ. Introduction to Psychodynamics, a new synthesis. New York: Basic Books; 1988.
(33) Horowitz MJ. Formulation as a Basis for Psychotherapy Treatment. New York: American Psychiatric Press; 1997.
(34) Horowitz MJ, Weiss DS, Kaltreider N, Krupnick J, Marmar C, Wilner N et al. Reactions to the death of a parent: results from patients and field subjects. J Nerv Ment Dis 1984;172(7):383-392.
(35) Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. J Pers Disord 2004;18(1):3-35.
(36) Ryle A, Kerr IB. Cognitive analytic therapy. Br J Psychiatry 2003;183:79.
(37) Ryle A, Fawkes L. Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. J Clin Psychol 2007;63(2):165-174.
(38) Frank J. Critical evaluation of Strupp and Bergin common features account for effectiveness. Int J Psychiatry 1969;7(3):122-127.
(39) Prochaska JO, Di Clemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy. Dow Jones-Irwin; 1984.
(40) Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press; 1987.
(41) Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. Am J Psychiatry 1989;146(2):138-147.
(42) Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. Defining the core processes of psychotherapy. Am J Psychiatry 2005;162(8):1549-1550.
(43) Beitman BD, Yue D. Learning Psychotherapy: a Time-Efficient, Research-Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program (Trad cast: Psicoterapia. Programa de formación, Barcelona: Masson, 2004). New York: W.W.Norton; 1999.
(44) Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. Psychotherapy 2011;48(1):4-8.
(45) Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford; 1996.
(46) Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin A, Garfield S, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley; 1994.
(47) Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy I: active ingredients and mechanisms of change. Am J Psychiatry 1988;145(8):909-917.
(48) Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy II: nature and timing of treatment effects. Am.J.Psychiatry 1988;145(9):1070-1076.
(49) Fairburn CG, Gerald L, Klerman GL, Weissma M, Myrna M. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In: Fairburn CG, editor. New applications of Interpersonal Psychotherapy; 1993.p. 353-378.
(50) Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. Arch Gen Psychiatry 1991;48(5):463-469.
(51) Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. Br J Psychiatry 2011;198(1): 8-10.
(52) Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000;57(5):459-466.
(53) Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, Kim NS. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? Am J Psychiatry 2009;166(4):427-433.
(54) Mundt C, Backenstrass M. Psychotherapy and classification: psychological, psychodynamic, and cognitive aspects. Psychopathology 2005;38(4):219-222.
(55) Smith M, Glass G, Miller T. The benefits of psychotherapy. Baltimore MD: John Hopkins University Press; 1980.
(56) Piper, W. Short-term group psychotherapy for complicated grief. Direction in Psychiatry 2006;26:69-78.
(57) Yalom I. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 1985.
(58) Crits-Christoph P, Mintz J. Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. J Consult Clin Psychol 1991;59(1): 20-26.
(59) Norcross JC, Wampold BE. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. J Clin Psychol 2011;67(2):127-132.
(60) Osakidetza. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto de investigación comisionada. 2009.

(61) Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. Schizophr Bull 2006;32 Suppl 1: S81-93.
(62) Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psychooncology 2007;16(4):277-286.
(63) Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2010;19(1):21-28.
(64) Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S et al. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;196(5): 383-388.

3.4.2. Psicoterapias en el ámbito de la sanidad pública. Diferentes modelos de intervención

Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria, Susana Cebolla, Ainoa Muñoz

PSICOTERAPIAS MÁS DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO PÚBLICO

La investigación de la eficacia en psicoterapia es, como se ha señalado arriba, relativamente reciente. No obstante, ha sido objeto de muy serios esfuerzos investigadores y diversas modalidades de intervención psicoterapéutica han sido puestas a prueba frente a la ausencia de tratamiento, diversos tipos de placebo y otras modalidades terapéuticas aceptadas. Como resultado de este esfuerzo, hoy podemos afirmar que las intervenciones psicoterapéuticas o psicosociales en general, constituyen (en combinación o no con tratamientos medicamentosos) el tratamiento de primera elección de una gran parte de los trastornos mentales (agorafobia y otros trastornos fóbicos, obsesiones, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidad o patología psicosomática) y son un elemento coadyuvante imprescindible en el tratamiento de casi todos ellos (incluidos la esquizofrenia o el trastorno bipolar). Consecuentemente, como ya hemos mencionado con anterioridad, la psicoterapia individual y la de grupo han sido incluidas en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

Sin embargo, algunas medidas de control actualmente en uso en nuestro sistema sanitario no sólo favorecen, sino que penalizan la práctica de la psicoterapia como procedimiento tipificado, entre otras cosas, por una frecuencia, una duración y un número de sesiones. En ausencia de este concepto, para dar cuenta de la actividad de los profesionales que la llevan a cabo, se considera que ésta se realiza en una serie de consultas, y uno de los indicadores para evaluar la actividad de consulta es el índice primeras/sucesivas. Entre los objetivos exigidos por sus administradores a los dispositivos sanitarios está el de que este índice se acerque a uno. Pero, a falta de otro constructo, si hablamos de psicoterapia, resulta que esas "consultas" son el tratamiento, y no sólo un medio para controlar su efecto (como ocurre con las sucesivas tras una cirugía de apendicitis, por ejemplo). Lo que hacemos si disminuimos el número de sesiones sucesivas es privar al paciente de tratamiento.

Algunas decisiones de política sanitaria, como la británica de introducir diez mil psicoterapeutas en el sistema nacional de salud para proveer psicoterapia a las personas que sufren trastornos de ansiedad o depresión, se basan en estudios coste/beneficio[1]. La discapacidad e incapacidad asociadas a las enfermedades mentales podrían paliarse con un tratamiento efectivo, que, en términos coste-beneficio, supone la implementación del sistema de salud con equipos de psicoterapeutas para tratar, fundamentalmente con terapia cognitivo conductual (que es tan efectiva como los fármacos y supone un coste similar a estos), siguiendo las recomendaciones de las guías NICE, a las personas con trastornos depresivos o de ansiedad, que suponen porcentualmente el grueso de los trastornos mentales. Ofrecer el tratamiento adecuado disminuirá la discapacidad y los gastos del Estado en relación a la misma.

La superioridad de la combinación de psicoterapia y psicofármacos para el tratamiento de los trastornos mentales respecto a las alternativas aisladas deja de aparecer como una tendencia para pasar

a ser incontrovertidamente demostrable estadísticamente en los primeros años dos mil, cuando empiezan a realizarse ensayos con muestras mucho mayores, poblaciones seleccionadas con criterios más estrictos e intervenciones más específicas para los trastornos a tratar[2].

En EEUU, la *Terapia Interpersonal de la Depresión*[3], inicialmente desarrollada para el tratamiento de los trastornos depresivos pero, más tarde, utilizada también en drogodependencias o trastornos de alimentación, se ha convertido en la práctica psicoterapéutica en la que se forman con más frecuencia los psiquiatras americanos[4]. A ello han contribuido varios factores. En primer lugar, la falta de doctrinarismo; para entrenarse en este tipo de intervención no es preciso aceptar sistemas teóricos o visiones del mundo completas, generalmente atrincheradas por los celosos guardianes de la ortodoxia de cada escuela. Ni siquiera es necesario admitir una determinada teoría de la depresión, como en el caso de la terapia cognitiva, que postula que en realidad la alteración del afecto es secundaria a la del pensamiento. Basta con aceptar la evidencia de que determinados factores psicosociales influyen en la incidencia y el curso de los trastornos depresivos y que determinadas intervenciones del mismo orden pueden modificar su pronóstico.

Un segundo factor es, sin duda, su compatibilidad con el paradigma médico. Muchos de los psiquiatras que han buscado este tipo de formación se encuentran más cómodos trabajando con un método que maneja la depresión como una enfermedad y que se contempla a sí mismo como un tratamiento (alternativo o complementario al farmacológico) que con otros que explican primariamente su acción en otros registros (en relación a la verdad, la racionalidad o el desarrollo personal) y sólo secundariamente afrontan su utilidad clínica.

En tercer lugar, la existencia de un procedimiento reglado, accesible y eficiente de formación hace que un clínico con cierta experiencia pueda con facilidad capacitarse para practicar este tipo de intervención (el seminario y la supervisión según un procedimiento claramente establecido en un manual).

Por último, se trata de una intervención eficiente, compatible con las condiciones reales de trabajo de los clínicos realmente existentes (y no sólo con las de los departamentos universitarios donde se realizan las investigaciones). Veinte horas de de tratamiento para un trastorno depresivo no están por encima de las que realmente se dedican a ello con intervenciones menos sistematizadas y de eficacia por probar (fuera del hecho de que en ellas se prescriben antidepresivos). La frecuencia de una sesión semanal para un tratamiento de 3-4 meses tampoco parece disparatada. La abortada ley Clinton concedía en su nivel de cobertura mínima más del doble.

En Europa en general, y en nuestro país en particular, la práctica de la psicoterapia sigue anclada a planteamientos mucho más doctrinarios, de escuela, en los que la práctica clínica se plantea como una aplicación de una determinada teoría de la salud o los trastornos mentales de la que deriva generalmente una técnica cuyas condiciones de aplicación suelen estar reguladas por algún tipo de academia. Esta actitud ha favorecido el auge del biologicismo reduccionista y el desplazamiento de las actividades psicoterapéuticas desde los lugares en los que se desarrolla el grueso de la clínica (la psiquiatría pública) a los reductos de la práctica privada controlada por las propias escuelas.

MODELOS DINÁMICOS

Basados en el psicoanálisis clásico, que se centraba en resolver el conflicto surgido entre las instancias (yo, superyó y ello). En las últimas décadas, han surgido nuevos modelos que abogan por distintas dinámicas psíquicas para explicar los síntomas.

Así, por ejemplo, encontramos el Modelo de Déficit[5-8], que apuntaría como causa de la enfermedad mental una carencia en

el desarrollo del paciente, con existencia de estructuras psíquicas debilitadas o ausentes; o la Terapia Basada en la Transferencia para el tratamiento del trastorno de la personalidad, desarrollado por Otto Kernberg[9-11], que surge de la idea de que todo individuo lleva dentro de sí diferentes representaciones mentales de sí mismo y de los demás, establecidas a partir de sus relaciones con sus cuidadores principales y a través de las cuales se relaciona con el exterior (relaciones objetales). La Terapia Basada en Mentalización, de Bateman y Fonagy[12, 13], también desde una aproximación psicodinámica, propone el desarrollo de la capacidad de mentalización (o tener sentido de uno mismo y de los otros en términos de estados subjetivos y procesos mentales) como tratamiento del trastorno borderline de personalidad.

MODELOS CONDUCTISTAS

La terapia conductual surge a principios del siglo XX, haciéndose eco de la fe en el progreso científico. Watson (1878-1958) es considerado el fundador del conductismo, que pretende ser un procedimiento científico que promueva el cambio sobre el comportamiento. Se utilizan técnicas fundamentadas en la psicología experimental y se aplican las leyes de aprendizaje normal para comprender también la conducta anormal, pues se considera que ambas siguen los mismos principios. La resolución del problema consiste en desaprender o eliminar los comportamientos desadaptativos y aprender otros nuevos que faciliten la adaptación. Se descarta el análisis de conflictos subyacentes, interesando, exclusivamente, el comportamiento directamente observable.

A principios de los años 70, Meichenbaum da cuenta de la importancia de las cogniciones como reguladores de la conducta[14]. Desarrolló un modelo en tres etapas de entrenamiento en inoculación de estrés, que incluía una fase educativa, una fase de ensayo de las técnicas de afrontamiento y una fase práctica de esas nuevas habilidades en su entorno. Estos programas formaron la base de su teoría de la modificación cognitivo- conductual. Según explicaba, el trabajo del terapeuta consistiría en entrenar al cliente a darse cuenta de la conducta, a pensar sobre ésta y cambiarla, y luego reconstruir el diálogo interno (pensamiento) sobre esa conducta[14]. A partir de esta fecha, la evolución del modelo conductual se produjo desde el campo de lo cognitivo- conductual.

La mayoría de los modelos cognitivos emplean técnicas de tipo conductual, importadas directamente del enfoque conductual o diseñadas ex profeso para ello, que tienen dos usos principales[15]. Son técnicas paliativas, que se emplean para disminuir algunos de los síntomas de los pacientes o para aumentar conductas que supongan modificar síntomas concretos (por ejemplo, aumentar la motivación o disminuir la ansiedad); o como método de contrastación empírica a la hora de descartar pensamientos disfuncionales y desarrollar otros alternativos. Las técnicas conductuales serían, desde esta perspectiva, técnicas adyuvantes para el cambio cognitivo. Según Caro[15], el clínico que se mueve en la óptica del modelo cognitivo suele hacerlo, también, en la del modelo conductual, y viceversa; aunque, según ella, la denominación adecuada del modelo debe ser la de modelo *cognitivo o psicoterapia cognitiva.*

MODELOS COGNITIVOS

La terapia cognitiva, cuyos inicios se sitúan en los primeros trabajos de Albert Ellis[16] y Aarón Beck[17], a mediados de los 50 y comienzos de los 60, asume que el cambio en el modo de procesar e interpretar la información, así como de los esquemas cognitivos que resultan maladaptativos, mejora el malestar psicológico. Estos modelos se desarrollan paralelamente a la evolución de la terapia de conducta expuesta arriba.

Durante toda la década de los 80 se establece, de forma definitiva, la terapia cognitiva, puesto que los modelos de rees-

tructuración y los modelos cognitivo- comportamentales aumentan su relevancia y grado de aplicación. Es la década de ampliación y popularización, donde se aplica terapia cognitiva a prácticamente cada tipo de psicopatología, junto a la profusión de manuales y libros de autoayuda. Aparecen nuevos modelos como la terapia de valoración cognitiva de Wessler[18] (1987), la terapia centrada en esquemas de Young[19] (1990) o el modelo de tratamiento para el pánico de Clark[20] en 1986. Ésta es la fase donde se defiende un cambio de paradigma y la apertura de la terapia cognitiva a otros modelos e influencias. Surgen las críticas de los modelos constructivistas hacia los modelos cognitivos que podríamos denominar "clásicos", centrándose en la clasificación que establecieron Mahoney y Gabriel[21] (1988) entre modelos "racionalistas" y "constructivistas/ evolutivos".

La década de los 90 se caracteriza por una mayor contribución al campo cognitivo de los modelos constructivistas, lingüísticos y narrativos, sobre todo en Europa y menos en EEUU, donde se sigue consumiendo el modelo de Beck y sus múltiples derivados[15]. Lo más importantes es la convivencia de dos paradigmas de trabajo cognitivo, el *clásico o racionalista* y el *rupturista o evolutivo*, que corresponderían, respectivamente, a los que se pueden considerar como modelos *modernistas y postmodernistas* en terapia cognitiva. Esta etapa termina con la publicación, en 2002 del texto de Segal, Teasdale y Williams, *Terapia cognitiva basada en la conciencia plena para la depresión (TCCP)*[22].

La TCCP está de moda, como lo están todos los desarrollos sobre el mindfulness en otros campos, como la terapia de conducta[23]. Incluso se ha llegado a considerar al mindfulness como un ingrediente común a las psicoterapias[24].

Algunos autores alegan que la psicoterapia cognitiva es un modelo más de terapia de conducta, dentro de la denominada *tercera ola* de la terapia de conducta[25].

Según Seoane[26] la nueva *cultura social* que está surgiendo supone un cambio radical de lo que se demandaba a la psicología en los años 60 y 70. Ahora es la sociedad la que impone el estilo y tipo de práctica psicológica[15]. Los argumentos de autoridad no se llevan y la sociedad se siente más cómoda pudiendo elegir entre diversos modelos no conflictivos entre sí[27].

Según Caro[15], podemos distinguir cuatro tipos principales de práctica cognitiva:

- Modelos de reestructuración cognitiva: se incluyen aquí la Terapia Racional Emotivo Conductual de A. Ellis[16] y la Terapia Cognitiva de Beck[17].
- Modelos cognitivo- comportamentales. Entrenamiento en Solución de Problemas de A. Nezu[28, 29] y Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum[30].
- Modelos intermedios: Terapia Cognitivo Analítica de Ryle[31], Terapia de Valoración Cognitiva de R. Wessler[32], Terapia Centrada en Esquemas de Young[19], Terapia Lingüística de Evaluación de I. Caro[14, 33] y las técnicas basadas en Mindfulness.
- Modelos constructivistas/construccionistas: Psicoterapia Cognitiva Postracionalista de V. Guidano[34, 35], Psicoterapia Cognitivo Narrativa de O. Gonçalves36 y Psicoterapia Constructiva de M. Mahoney[37, 38].

Las terapias cognitivas, lo mismo que las conductuales, se han preocupado de evaluar su eficacia y, por ello, son de los modelos más contrastados empíricamente y más ampliamente aceptados por la comunidad científica.

TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Tras una primera generación de terapias basada en los principios del análisis experimental, principalmente en el condicionamiento clásico y operante, y una segunda que se centró, fundamentalmente, en técnicas cognitivas, hoy podemos hablar de una tercera generación, volcada en aspectos metacognitivos, que recupera el análisis funcional (analiza las conductas que cons-

tituyen el núcleo del problema del paciente, que lo generan y/o mantienen; sus antecedentes y sus consecuentes) y enfatiza el planteamiento contextualista (el contexto en el que se dan).

– *Terapia de aceptación y compromiso*[39, 40]*:* el paciente se expone a los eventos desagradables que ha evitado anteriormente, adoptando una postura de observador de la experiencia sin crítica, con una actitud de amabilidad hacia uno mismo.
– *Terapia conductual dialéctica*[23, 41, 42]*:* basada en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se contempla como un trastorno biológico de la regulación emocional, caracterizado por una elevada sensibilidad emocional, aumento de la intensidad de las emociones y lento retorno a la emotividad basal.
– *Terapia cognitiva basada en mindfulness*[22]*:* se refiere a la actitud intencional de entrar en contacto con la propia experiencia, centrándose en el momento presente y suspendiendo el juicio. Uno debe dirigirse a sí mismo, en términos de Kabat-Zinn, con "mente de principiante", con propósito y sin juzgar. Se adquiere, por tanto, una forma de estar en el mundo centrada en el "ser", más que en el "hacer", fomentando la autocompasión.

MODELOS HUMANISTAS – EXISTENCIALES Surgen a principios de los años sesenta y se denominan a sí mismos "la tercera fuerza", pues intentan ofrecer una alternativa al psicoanálisis y al conductismo. Provienen tanto de la tradición fenomenológica-existencial europea como del fenómeno americano de la psicología humanista.

Conciben a la persona como un todo y consideran que la conducta humana es intencional; conceden mucha importancia a la búsqueda de sentido y a las motivaciones axiológicas como la libertad o la dignidad. De esta forma, proponen un modelo para ayudar a las personas a alcanzar su mayor potencial y trabajan con los aspectos positivos. Los modelos humanistas introducen cambios útiles en el marco psicoterapéutico. Confían en que el paciente es capaz de dirigir su propia vida y de encontrar un camino hacia la autorrealización, por lo que rechazan la posición de autoridad y "de saber" del terapeuta. Ayudan al paciente a conectarse con sus emociones genuinas, en una atmósfera de aceptación, centrándose en trabajar con la experiencia en el aquí y ahora.

Según estos modelos, el ser humano es radicalmente libre, y se auto determina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones. Parten de una idea del ser humano en continuo desarrollo, capaz de alcanzar metas, autotrascendente, influido por el entorno pero no delimitado por éste, con capacidad de elegir y decidir, libre pero responsable dentro de una coexistencia, ya que es un ser en relación con otros, tal como señala Heidegger en su Ontología fundamental en 1965. Es clara la influencia de la fenomenología de Husserl y el existencialismo filosófico de Buber, Heidegger, Jaspers y Kierkegaard, entre otros.

Dentro de estos modelos encontramos:

– *Psicoterapia centrada en el cliente* de Rogers[43], basaba en la no-directividad, y en la confianza de que el cliente sabría desarrollar su propio potencial. Parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado.
– *Terapia gestáltica* de Perls[44], en la que se enfatiza el aquí y ahora y los elementos emocionales, tratando de evitar las especulaciones e interpretaciones sin fin. Se basa en una concepción del hombre como gestalt, como totalidad construida por polaridades complementarias, incluyéndose no sólo el cuerpo y la mente sino también el entorno, con procesos de autorregulación organísmica, a través de los

cuales todo organismo tiende a realizar sus posibilidades al máximo, según sus necesidades, con el fin de atender a la necesidad más urgente, para el mantenimiento de la homeostasis. La principal revolución de la terapia gestalt es la de pasar de un modelo de pensamiento individualista a un modelo de campo, en donde el concepto de holismo ya no sólo se refiere a la unidad cuerpo-mente, sino que incluye al entorno. Desde este momento el objeto de la psicología y de la psicoterapia ya no es una psique, no es un sujeto, el objeto de la psicoterapia es *"la experiencia"* de la persona y ésta se da en un campo, que está constituido por un organismo y su entorno.

– *Psicología del ser* de Maslow[45], quien enfatiza la tendencia al crecimiento, con el objetivo de la autorrealización. Maslow formuló una jerarquía de necesidades humanas; su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas (alimentación, sueño, salud), los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados (autorrealización).
– *Análisis transaccional* de Berne[46], cuyo fin es ayudar a la persona para que pueda controlar sus conflictos internos y las situaciones de tensión. Propone la existencia de tres Estados del Yo: el Padre, el Adulto y el Niño. El Análisis Transaccional consiste en el análisis de las transacciones entre dos personas, entre los estados del yo de cada una de esas personas en un momento determinado. Las transacciones son unidades de acción social. Para Berne los "Estados del Yo" no son meros constructos; son realidades fenomenológicas. Para que la persona pueda controlar sus conflictos internos y las situaciones de tensión, lo importante es que el Adulto se dé cuenta de qué Estado tiene el poder ejecutivo en cada momento, que someta a prueba la realidad y se imponga a las contaminaciones y exclusiones.
– *Psicodrama* de Moreno[47], que propone la representación de roles, ya que la espontaneidad y la creatividad pueden ayudar a la persona a librarse de roles rígidos y crear nuevos roles. El psicodrama pone al paciente en un escenario, donde puede exteriorizar sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es un método de diagnóstico tanto como de tratamiento. Uno de sus rasgos característicos es que la representación de papeles se incluye orgánicamente en el proceso de tratamiento. Se puede adaptar a todo tipo de problemas, personales o de grupo, de niños o de adultos. Mediante técnicas como las del yo auxiliar, la improvisación espontánea, la autopresentación, el soliloquio, la interpolación de resistencia, se relevan nuevas dimensiones de la mente y, lo que es más importante, se las puede explorar en condiciones experimentales.

MODELOS SISTÉMICOS

La década de los 60, supuso, para los autores sistémicos, un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. La aparición de la cibernética, como la ciencia de la comunicación y del control en máquinas y los seres vivos, permitió la utilización de otro tipo de metáforas. Se pretendía una teoría general (Teoría General de Sistemas) que diera cuenta de del funcionamiento de los sistemas humanos, lo mismo que era capaz de explicar otros sistemas biológicos o químicos. La familia era descrita como un sistema con una "estructura" determinada que era posible modificar por un terapeuta suficientemente entrenado en el uso de determinadas técnicas. Por un lado, en E.E.U.U, Bateson[48] publica su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos, mientras que Minuchin[49, 50] postula que los sistemas familiares se organizan como alianzas (mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia) o coaliciones (alianzas de dos

en contra de un tercero). Sluzki[51] distingue dos tipos de cibernética, de primero y de segundo orden; la cibernética de primer orden corresponde a los desarrollos teóricos primitivos que solían venir del campo de la ingeniería y de las ciencias informáticas. Es una cibernética que considera al sistema como algo a observar, separado del observador; la cibernética de segundo orden (nueva cibernética o cibernética de los sistemas observantes), incluye al observador como agente constructor de la realidad que se está observando, es una cibernética de sistemas observantes en contraposición con la de primer orden que es una cibernética de los sistemas observados.

En la misma década en Europa aparece el llamado grupo de Milán[52, 53] que describe a las familias llamadas de Transacción Psicótica, generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa, como sistemas de relación muy rígidos. Un aspecto destacado del enfoque de la Escuela de Milán es el llamado análisis de la demanda de tratamiento, a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones intentan modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un "bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

Se caracterizan por su visión de la familia como un sistema transaccional, en el que el síntoma de uno de los miembros de la familia es considerado como el emergente de una dinámica familiar disfuncional y no como un problema derivado de un conflicto intrapsíquico. Aunque los métodos terapéuticos empleados varían según la escuela, hay una serie de elementos comunes, por ejemplo, dentro del proceso diagnóstico. Éste suele requerir entrevistas con toda la familia y deben explorarse, como una parte más de la historia clínica, una serie de aspectos centrales en el funcionamiento de una familia[54]: la estructura o grado de claridad de los límites familiares, jerarquías y la diferenciación de los miembros; la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible; la manera en que se comunican los miembros de la familia o forma en que se transmite la información entre ellos; y la capacidad de adaptación de la familia a la hora de asimilar cambios y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a una crisis o reto familiar.

La tendencia, en las últimas décadas, de la Terapia Familiar Sistémica ha sido hacia la desvinculación de la Teoría General de Sistemas y la adopción conceptos basados en el constructivismo social y en las narrativas. Esta perspectiva, asociada a posturas posmodernas en la práctica terapéutica y en la reflexión intelectual, implica la redefinición de la psicoterapia como la génesis intencional de nuevos significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los clientes mediante un diálogo colaborativo.

LA PSICOTERAPIA DESDE LAS NARRATIVAS

En los últimos años, un número creciente de terapeutas, provenientes de diversas orientaciones teóricas y con formaciones y modos de trabajar muy diferentes, han adoptado la óptica de las narrativas, intentando buscar en la actividad narrativa instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos mentales, y no en el terreno de las ciencias naturales, forzando, en la extrapolación, conceptos y principios. Anteponer el interés por "saber qué es" es lo que convierte a una historia precisamente en esa historia y, también, es lo que puede convertirla en otra.

Se han sumado a ésta óptica, psicoanalistas[55-59], terapeutas cognitivos[34, 36, 60], experienciales[61] o sistémicos[62-68] y autores procedentes del estudio del desarrollo y de la neurobiología interpersonal[69-73].

Y lo han hecho con planteamientos epistemológicos y filosóficos también muy diver-

sos. Para algunos terapeutas integradores la óptica de las narrativas ofrece una especie de metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas escuelas[74-76].

Así vistos, lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad e impiden, por tanto, las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

Esta narrativa pasa a ser considerada una enfermedad, como cualquier otra enfermedad, en el momento en el que se produce un consenso social en que, efectivamente, se trata de algo indeseable y dado que existe, por un lado, la posibilidad de hacer algo por remediarla, y por otro, unas personas a las que esa cultura les encomienda la función de hacerlo (médicos, chamanes, psicólogos o brujos...). Según este punto de vista, la terapia consiste en transformar y expandir, por medios lingüísticos, las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y la sociedad. El cambio humano ocurre a través de la evolución de nuevos significados. La psicoterapia es, por tanto, un procedimiento de intervención sobre estas narrativas no deseadas, que busca la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal.

La falta de estudios sobre terapia narrativa puede estar relacionada con su reciente emergencia como paradigma empírico y el énfasis en una comprensión subjetiva y cualitativa de los problemas que presenta el paciente. Nuestro grupo[77] llevó a cabo un ensayo clínico que comparó terapia combinada (terapia narrativa más antidepresivo) frente a tratamiento habitual (antidepresivo solo) para pacientes diagnosticados de cáncer de mama, pulmón y colon en estadio no metastásico y de depresión mayor. Encontramos que los pacientes en tratamiento combinado obtuvieron mejorías significativamente mayores, en todas las dimensiones funcionales de calidad de vida y una mejor adherencia al tratamiento que los pacientes en la rama de tratamiento habitual. Nuestro grupo también realizó un análisis cualitativo, mediante grupos focales de pacientes oncológicos, sobre la experiencia de enfermedad en las dos ramas de tratamiento para examinar en profundidad el significado de los resultados cualitativos, especialmente dimensiones de calidad de vida, desde la perspectiva del paciente. Los pacientes en tratamiento combinado señalaban la terapia narrativa como una herramienta de ayuda y mostraron signos mayores de crecimiento personal que los pacientes en tratamiento habitual.

Además de nuestros ensayos clínicos sobre terapia narrativa, hay también publicado un ensayo clínico sobre terapia narrativa y trastornos depresivos[78] y otro sobre dolor en pacientes con cáncer[79].

RESUMEN

Actualmente en el ámbito público se utilizan intervenciones basadas en una multiplicidad de modelos que incluyen, al menos, los psicodinámicos, conductistas, cognitivos, humanista-existenciales, sistémicos y narrativos.

En mayor o menor medida las intervenciones basadas en las distintas orientaciones teóricas van logrando una demostración experimental de su eficacia, que hoy es exigida para su inclusión en las guías de práctica clínica.

Desde el movimiento integrador se ha puesto de manifiesto que la falta de diferencia en la eficacia de las intervenciones basadas en las diferentes orientaciones teóricas podría no obedecer tanto a la equipotencia de los factores específicos que desde

cada una de ellas se postulan como responsables de la eficacia y que los distinguen las intervenciones basadas en otras orientaciones, sino, precisamente a lo que tienen en común. Hoy existe una cantidad importante de pruebas empíricas de la importancia de estos factores comunes y se habla de "relaciones empíricamente validadas".

La idea de que no existe una única forma válida de abordar un caso, sino que habría tantas como combinaciones paciente-terapeuta puedan darse, coexiste hoy con la que pretende seleccionar un abordaje que sería específico para cada trastorno con las reglas de la medicina basada en la evidencia. Desde ambas posturas se han producido hallazgos que suponen argumentos a favor de la inclusión de la psicoterapia entre los servicios ofertados por la sanidad pública y que animan a vincular a esta práctica una investigación que permita poner de manifiesto no sólo que las intervenciones propuestas son eficaces, sino, además, cuales son los factores responsables de esa eficacia. El movimiento de los factores comunes en psicoterapia postula que lo que determina la eficacia de cada una de las intervenciones posibles, de diferente orientación teórica, no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas; y, por eso, porque lo que actúa es lo que todas tienen en común, el resultado es equivalente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Psicoterapia interpersonal de la depresión. New York: Basic Books; 1984. Manual de psicoterapia interpersonal de la depresión. Existe versión traducida al español. Las estrategias de la TIP se emplean en tres fases del tratamiento. Durante la fase primera, se identifica el principal problema asociado al inicio de la depresión y se realiza un contrato terapéutico explícito con el paciente para trabajar esta área problema. Concluida esta fase, empieza la fase intermedia. En ésta se trabajan las principales áreas problema interpersonales actuales. La fase de terminación no es exclusiva de la TIP en la medida en que se habla de los sentimientos ante la terminación, se pasa revista a los progresos efectuados y se planea el trabajo que resta por hacer. Como en otros tratamientos breves, los acuerdos para la terminación son explícitos y se consensúan.

Caro I. hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas, Modelos y técnicas principales. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011. Revisión y actualización del modelo cognitivo, además de un manual de uso, teórico y práctico, que integra técnicas y formatos de diferentes modelos cognitivos, desde los modelos de reestructuración cognitiva a modelos construccionistas en psicoterapias cognitivas. Se exponen las técnicas principales, las principales formas de evaluación cognitiva y cuestiones relativas a la formación de terapeutas cognitivos, junto a sus características y sus competencias básicas.

Linares, JL. Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica. Barcelona: Paidós; 1996. Las corrientes posmodernas de la terapia familiar han enfatizado la importancia de la mirada del observador y recuperado temas históricos, como la sobredeterminación social de los procesos individuales, relativizando las aproximaciones objetivadoras a los fenómenos psicológicos. Resta plantear, sin embargo, cuestiones eternas de máxima vigencia para el psicoterapeuta: ¿por qué hay situaciones que cambian más fácilmente que otras?, ¿qué significa la gravedad en psicopatología?, ¿existen redundancias entre expresiones relacionales que implican a la familia y a sistemas más amplios?, ¿cómo puede el terapeuta organizar su intervención para que resulte útil? Este libro pretende aportar algunas respuestas, desde la profunda creencia en que el respeto por la incertidumbre y la complejidad es compatible con la utilización de mapas y brújulas que faciliten orientarse en ellas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Mental Health Policy Group. The depression repport; a new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics; 2006.

(2) Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A. Psicoterapia y Psicofármacos: ¿Por fin juntos? Psiquiatría Pública 2000;12:285-288.

(3) Klerman FL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman, MM. Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT). New York: Basic Books; 1984.
(4) Docherty JP, Hertz ML, Gunderson J. Psychosocial treatment research in psychiatry: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association; 1993.
(5) Fairbairn R. Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1943.
(6) Balint JA, Shelton WN. Understanding the dynamics of the patient-physician relationship: balancing the fiduciary and stewardship roles of physicians. Am J Psychoanal 2002;62(4):337-346.
(7) Balint M. The basic fault. Londres: Tavistock; 1968.
(8) Killingmo B. Conflict and deficit: implications for technique. Int J Psychoanal 1989;70(Pt 1):65-79.
(9) Kernberg O. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. Binghamton NY: Yale University; 1977.
(10) Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. Int J Psychoanal 2008;89(3):601-620.
(11) Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality disorders: focusing on object relations. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2006.
(12) Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for the borderline personality disorder; mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
(13) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry 2010;9(1):11-15.
(14) Caro I. Manual de Psicoterapias Cognitivas. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1997.
(15) Caro I. Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011.
(16) Ellis A. Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). Behavior Therapist 1993;16:257-258.
(17) Beck A. Cognitive therapy and the emotionals disorders. New York: International University Press; 1976.
(18) Wessler R. Listening to oneself: cognitive appraissal therapy. In: Dryden W, Trower P, editors. Developments in cognitive psychotherapy. London: Sage; 1987.
(19) Young J. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc; 1990.
(20) Clark DA, Beck AT, Alford BA. Cognitive theory and therapy of depression. New York: Willey Press; 1999.
(21) Mahoney M. Rationalism and constructivism in clinical judgment. In: Turk DC, Salovey, editors. Reasoning, inference and judgment in clinical psychology. New York: Free Press; 1988.
(22) Segal Z, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
(23) Hayes SC, Follete VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guildford Press; 2004.
(24) Martin J. Mindfulness: a proposed common factor. Journal of Psychotherapy Integration 1997;7:291-312.
(25) Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy 2004;35:639-665.
(26) Seoane J. Prólogo. El escenario posmoderno de la psicología social. En: Collier G, Minton HL, Reynolds, editores. Escenarios y tendencias de la psicología social. Madrid: Tecnos; 1997.
(27) Ibáñez T. ¿Cómo se puede no ser constructivista hoy en día? Revista de psicoterapia 1992;3:17-28.
(28) Nezu A. Problem solving an d behavior therapy revisited. Behavior Therapy 2004:1-33.
(29) Nezu AM, Nezu CM. Entrenamiento en solución de problemas. En: Caballo V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI; 1991.
(30) Meichenbaum D. Stress inoculation training. New York: Pergamon Press; 1985.
(31) Ryle A, Low J. Cognitive analityc therapy. En: Stricker G, Gold JR, editors. Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum; 1993.
(32) Wessler R. Cognitive appraissal therapy and disorders of personality. In: Kuehlwein, Rosen H, editors. Cognitive therapies in action. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
(33) Caro I. La terapia cognitiva de evaluación: datos sobre su eficacia. Boletín de Psicología 1992;37:89-109.
(34) Guidano V. The self in process. New York: Guilford Press; 1991.
(35) Guidano V. El modelo cognitivo postracionalista: hacia una reconceptualización teórica y crítica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1999.
(36) Gonçalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. Journal of Cognitive Psychotherapy 1994;8:105-126.

(37) Mahoney M. Human change processes. New York: Basic Books; 1991.
(38) Mahoney M. Constructive psychotherapy. New York: Guilford Press; 2003.
(39) Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006;44(1):1-25.
(40) Hayes SC, McCurry SM, Afari N, Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Working Manual for the Treatment of Emotional Avoidance Disorders. Reno: Context Press; 1995.
(41) Linehan, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry 1994;151(12):1771-1776.
(42) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 2006;63(7):757-766.
(43) Rogers C. Client-centered therapy. Boston: Houghton and Mifflin; 1951.
(44) Perls F. The gestalt approach & eye witness to therapy (Trad cast: El enfoque guestaltico & testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 1976). Palo Alto (California): Science & Behavior Books; 1973.
(45) Maslow A. Toward a Psychology of Being. New York: Princeton; 1962.
(46) Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy. New York: Grove Press; 1961.
(47) Moreno J. Psicodrama. Buenos Aires: Horme; 1978.
(48) Bateson G. Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family. New York: Grunne & Stratton; 1979.
(49) Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge MA: Harvard University Press; 1974.
(50) Minuchin S, Fishman C. Técnicas de terapia familiar. México: Paidós; 1990.
(51) Sluzki C. Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. Revista Sistemas Familiares 1987;3(2).
(52) Selvini M. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós; 1988.
(53) Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoja y contraparadoja. Barcelona: Paidós; 1998.
(54) Foster S, Gurman AS. Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1988.
(55) Gill MM. Psychoalalysis in transition. New York: Basic Books; 1994.
(56) Luborsky L, Barber JP, Diguer L. The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit. Psycotherapy Research 1992;2(4):277-290.
(57) Schafer R. A New language for psychoanalysis. New Haven: Yale University Press; 1976.
(58) Schafer R. The analytic attitude. New York: Basic Books; 1983.
(59) Spence D. Narrative truth and historical truth. New York: Norton; 1982.
(60) Gonçalves O. Psicoterapia narrativa cognitiva. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.
(61) Greenberg, Rice L, Elliott R. Preocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Guilford Press; 1993.
(62) Efran J, Lukens M, Lukens, R. Language, structure and change. New York: Norton; 1990.
(63) Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
(64) Hoffman L. Constructing realities: an ars of lenses. Fam Process 1990;29:2-12.
(65) Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós; 1996.
(66) McNamee S, Gergen KJ. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós; 1996.
(67) Sluzki CE. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. Family Process 1992;217-223.
(68) White M, Epson D. Narrative means to therapeutic ends (Trad cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós; 1993). New York: Norton; 1990.
(69) Allen J, Fonagy P, Bateman A. Mentalizing in clinical practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2008.
(70) Siegel DJ. The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée; 2007). New York: Guilford Press; 1999.
(71) Stern D. The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and devepmental psychology (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós; 1985). New York: Basic Books; 1985.
(72) Stern D. The intersubjective matrix. In: Stern D, editor. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004.
(73) Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004.
(74) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
(75) Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum; 1996.
(76) Omer H, Alon N. Constructing Therapeutic Narratives. Northvale: Jason Aronson; 1997.

(77) Rodríguez Vega B, Barnier OP, Palao A, Bayón C, Torres G, Hospital A et al. Differences in depressed oncologic patient´s narrative after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. Psychooncology 2011.
(78) Vromans L. Process and outcome of Narrative therapy for Major Depressive Disorder in adults. Queensland: Thesis; 2007.
(79) Cepeda MS, Chapman CR, Miranda N, Sanchez R, Rodriguez CH, Restrepo AE et al. Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain. J Pain Symptom Manage 2008;35(6):623-631.

3.5. Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica

Álvaro Múzquiz Jiménez, Iván de la Mata Ruiz

INTRODUCCIÓN

Robert Castel señala como en el imaginario reformista psiquiátrico de los años sesenta y setenta la aparición de los modernos tratamientos psicofarmacológicos ocuparon escaso lugar en las discusiones sobre los envites de la práctica psiquiátrica y que cuando se hablaba de ellos era para limitar su importancia o reinterpretarlos a partir de algunos elementos secundarios[1]. Sin embargo los medicamentos psiquiátricos se convirtieron en el denominador común de la práctica psiquiátrica siendo ampliamente utilizados en todos los servicios y en el elemento tecnológico central a partir del cual se configuró el paradigma biomédico como ideología dominante en la psiquiatría de las últimas décadas. La consecuencia de esta ausencia de discurso bio-farmacológico en la psiquiatría reformadora fue que se aceptó sin crítica el modelo de acción de los psicofármacos (y consecuentemente el modelo de enfermedad) propuesto por la renacida psiquiatría biomédica como si se trataran de hechos científicos incontestables y ajenos a cualquier historicidad o contingencia social. La psiquiatría comunitaria, más que integrar una tecnología, se vio colonizada por ella y por la ideología biomédica que la organizaba.

La centralidad de la tecnología farmacológica en la práctica psiquiátrica actual se refleja en el incremento continuo del consumo de psicofármacos que se viene produciendo en los países occidentales, multiplicándose por tres o cuatro el número de prescripciones por mil habitantes de casi todas las clases de psicofármacos en cada una de las últimas décadas, y en la ampliación de la población diana[2-8]. Sin embargo cada vez se tiene más datos que apuntan a que su papel está sobredimensionado tanto en su eficacia terapéutica[9-13] como en la recuperación funcional[14-17]. Así mismo existen datos de que la utilización de psicofármacos por tiempos prolongados se relacionan con importantes efectos sobre la morbilidad y mortalidad de los pacientes[18-19] y también se apunta a que su consumo crónico podrían contribuir a empeorar el curso natural y el pronóstico a largo plazo de algunas de las condiciones en las que se indican[20-26].

Esta tecnología psicofarmacológica se organiza en torno a un modelo de racionalidad de prácticas configurado no por la aplicación univoca de un corpus teórico científico sino construido en el seno de un cuerpo social cuyas contingencias determinan su desarrollo y sus valores[27-28]. La alusión explícita a este modelo no aparece habitualmente en la literatura, sino que suele encontrarse de forma dispersa y poco desarrollada[29]. Cuando el modelo de racionalidad está explicitado es normalmente a través de una inferencia realizada a partir del análisis de elementos que lo señalan: las prácticas relacionadas con los psicofármacos (prescriptiva y de investigación), la forma en que éstos se clasifican o la omisión sistemática de descripciones de los efectos de los psicofármacos que no encajen en ese modelo[29].

El modelo de racionalidad es, por tanto, un orden que subyace a la forma de elaborar la teoría psicofarmacológica, y que, sólo tomando cierta distancia, puede ser visto y descrito[30]. En este trabajo, pretendemos analizar el modelo de racionalidad de la práctica prescriptiva actual y su proble-

mática, para después exponer un modelo explicativo alternativo de la acción de los psicofármacos cuyo principal valor es poder inscribirse de forma menos problemática en el proceso de reconstrucción de una práctica psiquiátrica que recupere al sujeto, su historicidad y su contexto.

EL PROCESO PRÁCTICO DE PRESCRIPCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

La psicofarmacología, como técnica en el seno de la psiquiatría, es una disciplina fundamentalmente práctica. Como tal, puede ser dividida en dos componentes: la teoría psicofarmacológica y la práctica concreta llevada a cabo por los psiquiatras. Que la teoría obedece a elementos no tematizados que constituyen su saber en un ámbito específico y que se forman tras una ruptura histórica que retiene aquellos elementos del conocimiento que pueden ser aceptados en su seno y expulsa aquellos que no, y que a esto se le ha dado el nombre de paradigma, fue ampliamente estudiado en las obras de Foucault y Kuhn.

Teoría y práctica están inseparablemente relacionados[31], pero su relación no es la de una teoría preformada por distintos elementos, externos a la práctica, que la condicionan y que una vez desarrollada dirigirá la práctica como si ésta fuera una acción racional del psiquiatra quien, valorando las distintas opciones teóricas que existen a su disposición, elige la que cree más conveniente. La relación de teoría y práctica no es una relación de dominio y dirección de la primera sobre la segunda. Nadie tiene ni la experiencia ni la cantidad de información necesaria para tomar decisiones de esta manera[32]. Lo que ocurre, más bien, es que la práctica tiene su propia lógica, una que antepone la eficacia, la simplicidad y la generalidad al rigor, y que es generada a partir de una serie de esquemas de pensamiento, percepción y acción a los que Bourdieu da el nombre de habitus[31]. Estos esquemas se incorporan en el psiquiatra sin necesidad de una atención explícita a postulados teóricos desarrollados previamente, y lo hacen principalmente a lo largo de su primer entrenamiento, durante el periodo formativo, con escasa flexibilidad a partir de entonces. Las primitivas disposiciones determinarán su aceptación o rechazo de lo nuevo, incluyendo incluso la forma en que el psiquiatra obtiene la información, momento en el que la teoría como tal ejercerá su máxima influencia. La información teórica escrita suele provenir de disciplinas relacionadas con la psiquiatría pero que se encuentran en los márgenes de ésta; disciplinas habitualmente dominadas y diseñadas por empresas, en este caso farmacéuticas[33]. Los productores de esta teoría tendrán su propio habitus. Esto es posible porque el psiquiatra no se encuentra aislado; está en un tiempo y un espacio. También lo están el paciente al que trata y aquellos que producen la información teórica a la que el psiquiatra accede. Excede al objeto de este capítulo el análisis de todas las fuerzas que influyen en la conformación del habitus. Baste decir que se podría hacer un recorrido por las mismas, desde la imitación mimética de sus "maestros" por el psiquiatra alumno, hasta las estructuras más generales y abarcadoras -sociales y económicas-, que influirán en la psiquiatría (en otros trabajos se ha señalado cómo el neoliberalismo ha transformado la psiquiatría[34]), pasando por la disciplina psiquiátrica en conjunto (se ha dicho que nos encontramos en un periodo de "Segunda psiquiatría biológica"[35]), o elementos institucionales más cercanos, como la inclusión en un sistema público de salud.

Todos estos elementos pragmáticos e institucionales operantes se corporalizan en el psiquiatra y se materializan en lo más propiamente intrapsiquiátrico, es decir, en la experiencia psiquiátrica constituida por el encuentro del médico con el paciente[36]. El psiquiatra, entonces, inicia ese proceso, aún sin descifrar, de movimiento constante y alternante entre un acto de encuentro con una persona y con una instancia psicofísica[37], cuyo caso más ejemplar es, precisamente, el de la práctica psicofarmacológica.

EL MODELO DE ACCIÓN CENTRADO EN LA ENFERMEDAD

El modelo de racionalidad dominante de la practica prescriptiva actual se basa en lo que Joanna Moncrieff ha identificado y tematizado como modelo centrado en la enfermedad[29]. Este modelo se define por su concepción de la acción de los psicofármacos como una acción específica que corrige un trastorno mental concreto. La idea de esta especificidad se basa en una hipótesis causal de los trastornos mentales: que éstos son la consecuencia de alteraciones bioquímicas cerebrales. El modelo terapéutico acorde a esta hipótesis es que es posible la cura de los trastornos mentales corrigiendo estas alteraciones al restablecer el equilibrio bioquímico cerebral. El nombre de los grupos en que los psicofármacos se clasifican y la forma de prescripción de los mismos son un buen ejemplo para entender la influencia de este modelo[38]. Disponemos de los antidepresivos, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, etc., y de esta forma son utilizados: como fármacos que tienen la capacidad de corregir aquel desequilibrio que subyace a la depresión o la manía, a la psicosis, etc., y que poseen un efecto si no curativo, sí al menos corrector de los trastornos que han recibido estos nombres.

Directamente relacionados, y acompañando a este hecho definitorio central, existen otros presupuestos: los efectos de los psicofármacos se dividirán en aquellos específicamente curativos y en efectos secundarios, y, puesto que los sujetos sanos no presentan alteración bioquímica alguna en su cerebro, los efectos de los psicofármacos serán diferentes en estos individuos con respecto a los observados en los pacientes[29, 39].

EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL MODELO

Aunque los psicofármacos han sido ampliamente utilizados desde antes de la llamada revolución psicofarmacológica de los años 50 del siglo XX[29,39,40] es a partir de esos años cuando se producen una serie de cambios que determinarán tanto el impacto descrito en la primera parte como el desarrollo del modelo de racionalidad centrado en la enfermedad:

1. El acontecimiento fundamental que marca el cambio es el descubrimiento de la clorpromacina en 1952 [29, 39,41]. El impulso político e intrapsiquiátrico hacia una integración completa en la medicina y el descubrimiento de un fármaco que por medio de su aparente especificidad podía facilitar esa integración, así como ayudar en el proceso de desinstitucionalización que ya se venía produciendo, fueron las fuerzas principales operantes del cambio. Aunque se ha mencionado no se ha insistido lo suficiente en el hecho de que automáticamente se incluyera en otra serie de prácticas y teorías que ya venían desarrollándose en el ámbito de la medicina: el descubrimiento de la penicilina y por tanto la idea y la práctica del uso de los fármacos como sustancias específicas para tratar enfermedades concretas, lo que Ehrlich denominó "bala mágica" [29,39]. Si bien el uso de la clorpromacina introdujo particularidades propias de la psiquiatría, la especificidad del fármaco no podía dejar de ser considerado el ejemplo, el paradigma de la bala mágica de la psicofarmacología[29]. Al mito de la Clorpromacina como bala mágica se une el cambio en la medicina en las últimas décadas como practica preventiva. Así los fármacos ya no son solo entendidos como un tratamiento curativo sino que además se trata de manejar factores de riesgo, por ejemplo el riesgo del suicidio en el caso de la depresión o el riesgo de que se desencadene una psicosis[39]. El interés actual por lo biomarcadores en psiquiatría, tanto como técnica para detección de potenciales riesgos de enfermedades mentales como para diseño de pautas farmacológicas "personalizadas" no deja de ser un nueva reactualización del paradigma de la "bala mágica"[42].

2. Además, en 1962 se institucionaliza y legaliza el modelo centrado en la enfermedad a través de la enmienda Kefauver-Harris de la Food and Drug Administration (FDA)[a]39,43. Esta enmienda, creada como reacción a los estragos producidos por la talidomida, obligó a las empresas a demostrar la eficacia de sus fármacos para un trastorno específico como requisito para la aprobación de su comercialización. El método elegido para esta demostración fue el ensayo clínico aleatorizado, que es el que se mantiene hasta nuestros días. Si el principal propósito de los ensayos clínicos consiste en obtener una autorización administrativa los ensayos clínicos son tomados por lo que no son. Considerados criterio de especificidad, en realidad solo deberían servir para descartar aquellos tratamientos que no funcionan. Por tanto, no se puede inducir el efecto general de un fármaco ni su especificidad para el tratamiento de un trastorno[39].
3. La posición de la industria farmacéutica en aquellos años no dejaba de ser ambivalente: se debatía entre la promoción de sus productos adaptándose al nuevo modelo y la insistencia en los efectos propios de las sustancias en cuestión[29]. Esta segunda posición se mantuvo durante algún tiempo puesto que parecía ser un modelo que aparentemente abarcaba un mercado más amplio. La atención mediática prestada en los años 70 a la dependencia provocada por las benzodiacepinas (paradigma de fármaco inespecífico) determinó finalmente que la industria aceptara el modelo centrado en la enfermedad como modelo comercial[44]. Ya no se trataba de convencer de las propiedades sedantes, hipnóticas, energizantes o estimulantes de los fármacos, sino de promocionar enfermedades para las que tenían un tratamiento específico. Y esas enfermedades estaban definidas y estandarizadas en las categorías diagnósticas que describía el nuevo DSM III que vio la luz en 1980. El modelo categorial de los trastornos mentales y el modelo farmacológico centrado en la enfermedad son fruto de la misma época, en un ejemplo más de cómo teoría y práctica se configuran no de forma secuencial, sino de forma interdependiente y en relación con un conjunto de contingencias sociales, políticas, económicas y culturales. Healy señala como la inversión pública en la investigación farmacológica empezó a decaer con la aparición de las políticas neoliberales a finales de los setenta[39,44]. Desde ese momento las empresas farmacéuticas toman el absoluto control sobre los datos sobre psicofármacos. Los ensayos clínicos los realiza la industria, es en su seno donde se plantean las preguntas, se diseñan los protocolos, se analizan e interpretan los datos y es esta misma industria la que controla lo que se publica[45,46].
4. Tanto en el ideario de la psiquiatría académica como en el de las compañías farmacéuticas subyace la idea de que las enfermedades mentales (sin distinción) son ocasionadas por alteraciones en los sistemas de neurotransmisión y que los fármacos actúan corrigiéndolos[47]. La promoción comercial[48] y las campañas institucionales[49,50] difunden este ideario entre la población general transformándose la idea popular que se tenía de las enfermedades mentales, más cercana a modelos psicosociales, por una narrativa de desequilibrio bioquímico que se convierte en la metáfora cultural dominante [28,51,52].

[a] La *Food and Drug* Administration (FDA) es una agencia federal de los EEUU encargada de regular y supervisar los medicamentos, productos biofarmacéuticos, alimentarios, transfusiones de sangre, cosméticos, entre otros productos que inciden a en la salud. (Nota de los editores).

La validez interna del modelo de acción centrado en la enfermedad

Aunque la idea de que los psicofármacos actúan de forma específica sobre la fisiopatología de los trastornos mentales pre-

side la investigación farmacológica y gran parte del discurso profesional o popular, la realidad es que esta hipótesis está lejos de haberse demostrado[29,39,48]. La debilidad del modelo parte de la debilidad de su principal postulado: los psicofármacos actúan corrigiendo específicamente las alteraciones fisiopatológicas de los trastornos mentales. La mayor justificación para la validez del modelo de acción de los psicofármacos centrado en la enfermedad sería que la patofisiología de la enfermedad se pudiera describir independientemente o de manera previa a la indicación del fármaco[29,39]. Como hemos señalado, el conocimiento actual de las hipotéticas bases de la fisiopatología del conjunto de los trastornos mentales es muy poco concluyente. Incluso en el caso en que se admitiesen ciertos hallazgos de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, como en el caso de las hipótesis dopaminérgicas de la esquizofrenia[53,54], es difícil de determinar si es la causa, la consecuencia o el mero correlato de la experiencia emocional o subjetiva del estado psico(pato)lógico. En realidad las modernas hipótesis fisiopatológicas de las enfermedades mentales derivan de los mecanismos de acción conocidos o presumidos de los psicofármacos, o bien se han intentado adaptar para explicar la acción de estos [29]. Este tipo de razonamiento ha sido reiteradamente criticado por partir de un error lógico conocido como la falacia *post hoc*: si la fluoxetina, que produce una inhibición de la recaptación de la serotonina, parece aliviar la depresión, entonces algo alterado en la recaptación de serotonina produce la depresión[29,39]. Sin embargo el sistema nervioso central presenta un alto grado de integración, de tal manera que la acción inicial de los psicofármacos forma parte del inicio de una larga cascada de adaptaciones del cerebro que generalmente sobrepasan los efectos iniciales[55]. Estas consideraciones cuestionan la simplificación de la narrativa del desequilibrio, pero, lo más importante, cuestionan en sí, la idea central de la especificidad de acción. Esto explica cómo en la clínica se utilizan fármacos similares para tratar diferentes síntomas o trastornos y cómo fármacos diferentes se utilizan para los mismos síntomas o trastornos[29]. Cuando se observa este efecto, la conclusión no es que la mejoría se deba a un efecto inespecífico, como por ejemplo el bloqueo emocional o la o sedación, sino que estas sustancias tienen también propiedades antidepresivas o antipsicóticas.

Implicaciones del modelo de acción centrado en la enfermedad.

Las implicaciones que este modelo tiene para la práctica e investigación psicofarmacológicas y para la psiquiatría en su conjunto demuestran las limitaciones y potenciales efectos negativos del mismo, de los que señalamos algunos de ellos:

1. Tendencia hacia una creciente conceptualización medicalizadora y reduccionista de los trastornos mentales al considerarlos meramente como productos de un cerebro alterado, excluyendo los determinantes sociales de la enfermedad tanto en su génesis como en su mantenimiento. La idea de que "las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra enfermedad" tiene como referente el modelo medico más clásico de disfunción biológica [29,50].
2. Construcción de una narrativa cultural de la enfermedad basada en el desequilibrio bioquímico en la que la identidad social queda anulada por una identidad neuroquímica del sujeto[39,51]. El sujeto así construido se percibe así mismo como portador de un disfunción cerebral que debe ser corregida independientemente del contexto en que hayan surgido sus problemas y minimizando su capacidad de resolución sin la intervención de la tecnología médica[47]. Socialmente esta narrativa parece dificultar más que favorecer la disminución de las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental[50].

3. Limitación de la participación en la toma de decisiones en la práctica al médico (como experto en la materia), excluyendo al paciente de cualquier consideración al respecto.
4. Limitaciones propias de la investigación psicofarmacológica: al considerar que la acción de los psicofármacos es específica, en el análisis de sus efectos se presta escasa atención a aquéllos que no modifiquen los valores en las escalas de síntomas del trastorno, limitando así el análisis global de sus propiedades[46]. Estos otros efectos incluyen desde los considerados efectos secundarios hasta las consecuencias derivadas del uso a largo plazo o que afectan a otros ámbitos no especificados como síntomas propios de la enfermedad (trabajo, familia, etc.) y la negación de los efectos iatrogénicos[46].

El modelo centrado en la enfermedad puede ser concebido como un tipo de saber que se da en un determinado momento. Como señala Foucault[56], cualquier saber se forma a través de un régimen de poder que circula entre los enunciados que lo constituyen. Los enunciados que se relacionan de esta manera son prácticas discursivas, es decir, que son realizados por alguien (investigadores, médicos, etc.) desde algún lugar (una institución, un edificio concreto, etc.) y a través de alguna forma (leyes, artículos científicos, etc.). A la relación entre este conjunto heterogéneo de elementos (discursivos y no discursivos), Foucault le dio el nombre de dispositivo[57] Como se puede ver, la práctica concreta de los psiquiatras también forma parte de este entramado. Antes utilizábamos la clorpromacina o la "bala mágica" como singularidades que nos ayudaban a ejemplificar el modelo al señalarlos como paradigmas, y los elegíamos también como origen histórico, pero no por ello se convierten en los únicos elementos individuales a considerar. Si las prácticas forman parte de la relación de poder que conforma el saber, cada acto del psiquiatra puede ser valorado de manera similar. Es decir, cada uno de estos actos es susceptible a su vez de ser señalado como paradigma, en cada uno de ellos se produce y reproduce la "bala mágica", el paradigma del fármaco como corrector de una enfermedad. Por tanto, las prácticas desarrolladas dentro de los esquemas del habitus de los psiquiatras tienen una importancia capital en el saber configurado en torno a la psicofarmacología. Lejos de ser una conclusión determinista, estas afirmaciones apuntan hacia las posibilidades de cambio propuestas en las obras de Healy[39] y Moncrieff[29]. Para esclarecer más esta afirmación es necesario precisar lo siguiente:

1. El régimen de poder entre los elementos no es jerárquico y fijo, sino que se va formando por la circulación de los efectos del poder entre ellos y es susceptible de modificaciones[58,59].
2. Como indicamos al principio, existen factores prácticos a distintos niveles que influyen en la formación del habitus y la lógica práctica; no todos provienen de estructuras generales (estado, economía, industria, etc.).

Por tanto, modificaciones de elementos a cualquier nivel pueden influir en las relaciones establecidas y con ello en ciertas prácticas discursivas en torno al saber psicofarmacológico.

LA CRÍTICA METODOLÓGICA INTERNA AL SABER FARMACOLÓGICO

La formalización de la investigación psicofarmacológica en las últimas décadas del siglo pasado que veíamos anteriormente a través del ensaño clínico aleatorizado ha tenido como contrapunto el desarrollo de tecnologías para el análisis metodológico crítico de la calidad de los ensayos y de la consistencia de los hallazgos cuyo paradigma más conocido es la llamada medicina basada en la evidencia. A este tipo de análisis crítico en el caso de la psicofarmacología le denominaremos la crítica metodológica interna, pues en último término no cuestiona el modelo de acción centrado

en la enfermedad que hemos explicitado ni el problema de la validez y utilidad de las categorías diagnósticas psiquiátricas como entidades naturales. No obstante la crítica metodológica interna cumple dos funciones importantes en el estado actual de la investigación biomédica y de la psicofarmacológica en concreto:

1. Realiza un análisis crítico de la metodología de los ensayos clínicos. Así en el caso de la investigación psicofarmacológica esta crítica ha señalado las limitaciones y omisiones de los ensayos clínicos: el diseño de las preguntas, la aleatorización, el enmascaramiento, los problemas del lavado, el problema del placebo, las intervenciones control, la duración de los ensayos, las escalas psicométricas como variables subrogadas, la interpretación de los abandonos, el análisis de los efectos secundarios, la ausencia de datos de seguridad a largo plazo y de repercusión en el funcionamiento psicosocial, la falta de análisis económicos, etc[46, 60-64].
2. Crítica política. El principal valor de la crítica metodológica interna es desvelar los conflictos de intereses, valores y poder en la creación del conocimiento sobre todo entre la industria farmacéutica como promotor hegemónico de la investigación farmacológica y los intereses de pacientes y consumidores[65-67]. En este sentido se trata de una crítica política ya su objetivo es lograr una investigación independiente o al menos transparente, regulando el acceso a los datos, transformado las agencias de regulación, controlando el proceso de publicación, denunciando los sesgos en la información a los consumidores, desvelando las relaciones entre los investigadores y el financiador y desvelando otros posibles sesgos.

Por tanto esta crítica metodológica "interna" pretende tanto separar el grano de la paja como construir un saber farmacológico "neutral", libre de conflictos. La crítica metodológica en los dos aspectos que hemos señalado tiene un papel importante, pero limitado en el caso de la psicofarmacología. Como creadora de información independiente sus análisis llegan muchas veces cuando las practicas y las ideas ya están internalizadas en el habitus del que hablamos antes y han expuesto a muchos pacientes y no tan pacientes a intervenciones farmacológicas iatrogénicas con importantes consecuencias para la salud[65,66]. La historia del tratamiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia es paradigmática en este sentido. Las primeras teorías sobre la hiperactividad dopaminérgica en la esquizofrenia supuso la exposición a megadosis de neurolépticos a los pacientes[39]. Cuando se vio que estas dosis no solo eran innecesarias sino que eran claramente iatrogénicas habían pasado ya dos décadas. La construcción del concepto de atipicidad por parte de la industria farmacéutica y por la academia psiquiátrica generó la idea de que existían unos nuevos fármacos menos tóxicos con perfiles receptoriales novedosos cuando lo que probablemente sucedió es que se los nuevos neurolépticos se usaban a dosis comparativamente más bajas que sus predecesores[68]. Se crearon y se siguen creando nuevas teorías receptoriales (algunas incompatibles) para explicar los beneficios de cada nuevo antipsicótico que sale al mercado[69]. Dos décadas después de la introducción de los "atípicos" sabemos que estos fármacos no ofrecen mucha mayor ventaja que sus parientes lejanos, que no han transformado la calidad de vida de los pacientes, que han producido nuevos problemas como los síndromes metabólicos y que existe una correlación de los viejos y de los nuevos con disminuciones en el volumen cerebral de los pacientes[18,26,63]. Pero la atipicidad forma ya parte del habitus ampliándose ahora a la nueva población diana de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar [70] Como "agenda" política su influencia es difícil de valorar tanto entre la propia comunidad profesional como en el conjunto de los ciudadanos o en el poder político y

no es el objetivo de este trabajo. No cabe duda de que la tarea de concienciar sobre lo conflictos entre la lógica del mercado y los valores de salud es un trabajo a largo plazo.

Aunque esta crítica metodológica interna no cuestiona la racionalidad de la práctica psicofarmacológica en sí, el análisis de las incoherencias, omisiones y limitaciones de los datos lleva a autores como David Healy y Joanna Moncrieff a cuestionar las bases de esta racionalidad, a saber: la especificidad de acción de los psicofármacos corrigiendo las bases bioquímicas especificas de un estado cerebral patológico[29,39]. Como hemos señalado, para estos autores, esta forma de entender el mecanismo de acción de los psicofármacos es actualmente especulativa, se basa en unos cimientos muy débiles sobre los que se construyen unas prácticas discursivas sobre la enfermedad mental y el sujeto cuyas consecuencias tiene que valorarse también en un plano ético y político. Lo que omite este modelo de racionalidad y la forma en cómo se desarrolla la investigación farmacológica son los efectos subjetivos o comportamentales que producen los psicofármacos sobre las personas que los toman[46]. A continuación explicaremos de forma resumida un modelo alternativo que explica la acción de los psicofármacos basándose en sus propiedades psicoactivas y las posibles implicaciones sobre la práctica que tendría la asunción de dicho modelo. Este modelo es sugerido a lo largo de la obra del psicofarmacólogo David Healy[39,68], pero es tematizado por Joanna Moncrieff en su libro "The myth of chemical cure" [29].

EL MODELO CENTRADO EN LA ACCIÓN DEL FÁRMACO

El modelo alternativo de entender el mecanismo de acción de los psicofármacos es considerarlos sustancias psicoactivas que inducen un estado psicofisiológico determinado que puede ser en ocasiones beneficioso en el alivio de determinados síntomas, conductas o experiencias subjetivas mientras dura el tratamiento[61]. Esta forma de entender cómo funcionan los psicofármacos se ha denominado modelo centrado en la acción del fármaco o sustancia psicoactiva[29]. La respuesta a la sustancia psicoactiva variara en función de las características químicas de la sustancia, de su interacción con el cerebro particular de la persona que la toma y del contexto en que se prescribe, incluido el estado emocional, el contexto terapéutico y las circunstancias sociales[29]. Este modelo tiene varias implicaciones teóricas y prácticas:

1. El efecto psicofisiológico alterado que la sustancia produce en sujetos sanos o en sujetos diagnosticados de un trastorno mental son similares[29,39]. La diferencia estriba en si este efecto puede ser útil para el funcionamiento interpersonal o social de estos últimos, al menos de forma transitoria.
2. Los fármacos en este sentido no serían específicos de ninguna enfermedad. Fármacos similares podrían ser beneficiosos para distintos estados emocionales o experiencias subjetivas y fármacos distintos podrían beneficiar condiciones similares. La especificidad vendría dada por la cualidad del efecto psicofisiológico que induzcan, por ejemplo sedación o bloqueo emocional, y su capacidad en aliviar determinados síntomas o experiencias de un determinado paciente[29].
3. La distinción entre efecto terapéutico y efectos secundarios pierde sentido[39]. La acción de los psicofármacos debe entenderse como generadora de un efecto neurofisiológico global que puede ser terapéutica, pero que también tiene implicaciones negativas. Por ejemplo el bloqueo emocional que produce los neurolépticos que puede ayudar a disminuir la implicación afectiva de las voces es el causante a su vez del desinterés por las actividades sociales o problemas cognitivos que puede dificultar el proceso de recuperación. La utilización de psicofármacos conlleva siempre calibrar los beneficios que puedan obtenerse con las

alteraciones que inducen, especialmente a largo plazo, sobre todo al considerarlos como sustancias psicoactivas que interfieren en el funcionamiento normal del cerebro.

4. La distinción entre drogas "recreacionales" y psicofármacos se desdibuja ya que ambas actúan sobre el sistema nervioso central causando un estado emocional o de conciencia alterado[29,39]. De hecho alguno de los psicofármacos son utilizados con fines recreacionales como los estimulantes o las benzodiacepinas. Mientras que en el caso de las drogas recreacionales o el alcohol los mecanismos de adaptación que el sistema nervioso central produce en su uso continuado[55] son el elemento central para explicar tanto los problemas de tolerancia y de abstinencia e incluso de las recaídas, en el caso de los psicofármacos este problema, aunque conocido, es sistemáticamente negado [21-24,71]. Por ejemplo el uso continuado de neurolépticos que bloquean los receptores dopaminérgicos produce una reacción del organismo de tal manera que se incrementa el número de receptores y además su sensibilidad a la dopamina. Esto no solo produce el mismo fenómeno de tolerancia, sino que además cuando el fármaco se retira, sobre todo bruscamente, puede producir síntomas de abstinencia y la reaparición sintomatología similar al episodio que se había tratado[25,72]. Quizás el problema más conocido de neuroadaptación compensatoria al uso continuado de psicofármacos por su irreversibilidad y gravedad en ciertas ocasiones es la discinesia tardía[68]. También es importante señalar como mientras en el caso de las drogas recreacionales el énfasis está puesto en la abstinencia, en el caso de los psicofármacos el énfasis está puesto en el cumplimiento independientemente de la condición de que se trate.

El modelo explicativo de la acción centrado en el fármaco tiene sus antecedentes en las primeras descripciones de la acción de los neurolépticos por sus descubridores. Así Deniker consideraba que los efectos terapéuticos de la clorpromacina se debían a la inducción de "una enfermedad neurológica experimental" caracterizada por una reducción de los movimientos (acinesia) y una indiferencia emocional[29]. De hecho las primeras clasificaciones de los psicofármacos se organizaban en torno a las propiedades psicoactivas de los mismos, distinguiéndose tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, estimulantes, timolépticos, etc. Actualmente y de forma no tematizada este paradigma también se puede ver en las prácticas prescriptivas actuales como cuando se utilizan medicaciones sedantes como las benzodiacepinas y los estimulantes en niños con conductas hiperactivas. En este último caso, aunque la psiquiatría hegemónica considera este tratamiento como especifico, su mecanismo de acción en realidad se puede deducir del efecto general que las anfetaminas o metilfenidato producen en cualquier persona[29]: a dosis bajas incrementan el nivel de alerta y focalizan la atención y la actividad al suprimir la reactividad al ambiente, incluida la interacción social, el comportamiento exploratorio y la reactividad emocional mientras que a dosis altas al aumentarse este efecto se producen comportamientos compulsivos, estereotipias y un incremento de la actividad motora.

En este modelo determinar los efectos neurofisiológicos que producen cada fármaco a corto y a largo plazo resulta crucial para confrontarlo con los efectos que el paciente u otros pretenden obtener. Como hemos señalado antes el problema del ensayo clínico estándar frente a placebo es que no pude distinguir si el fármaco está actuando de forma específica frente a una enfermedad o si por el contrario está actuando de forma inespecífica induciendo un estado neurofisiológico alterado que disminuye las manifestaciones sintomáticas o modifica la intensidad o forma en que se perciben (por ejemplo produciendo sedación o indi-

ferencia emocional)[46]. El modelo de acción centrado en las propiedades psicoactivas de los fármacos tiene la limitación de que tampoco existe una investigación específicamente diseñada para conocer con precisión los efectos en la experiencia subjetiva, estado de conciencia, cambios comportamentales de los distintos psicofármacos[73,74]. Por tanto su conceptualización no está todavía suficientemente sistematizada, pero articula un marco en el que explorar el conjunto de efectos de los psicofármacos. Para Moncrieff determinar con precisión estos efectos debería ser el elemento central de la investigación farmacológica, dado que frente a las hipótesis que postulan que los psicofármacos actúan sobre la base biológica de los trastornos mentales es mucho menos especulativo. Pese a no existir una descripción precisa de los efectos que producen cada clase de psicofármacos sí que existen datos para hacer una aproximación fiable de los efectos característicos de los principales psicofármacos. En la Tabla I se muestra un intento de clasificación de los psicofármacos en función de sus propiedades psicofisiológicas.

Implicaciones del modelo de acción centrado en el fármaco.

La comprensión de la acción de los psicofármacos desde sus efectos psicofisiológicos implica una nueva problematización de su utilización ante la que aparecen también distintas lecturas y discursos divergentes que en cierto sentido permanecían silenciados en el paradigma curativo dominante. Plantea un nuevo marco en el que poder discutir cuestiones terapéuticas, éticas y políticas del uso de los psicofármacos. Scherman tipifica estas visiones entre dos extremos: las visiones distópicas y las visiones utópicas de la tecnología farmacológica[75]. En un extremo están los que como Peter Breggin resaltan los efectos tóxicos e invalidantes y la dependencia de las drogas psiquiátricas incidiendo en los aspectos coercitivos y el abuso de la psiquiatría biocomercial[76]. En el otro estarían los que consideran algunos psicofármacos como tecnologías capaces de potenciar determinadas cualidades humanas, cuyo representante paradigmático es Peter Kramer[77] y que ponen sobre el tablero la problemática de la llamada psicofarmacología cosmética y la medicalización, de similares características a los sucedido con la disfunción eréctil o la hormona del crecimiento[52,78]. Sin embargo la tecnología psicofarmacológica no tiene por qué tener un valor intrínsecamente negativo o alienante ni ser una panacea, sino que se puede conceptualizar de otra manera y situarla en otro orden de legitimidad, en otro discurso[79].

El modelo explicativo de la acción de los psicofármacos centrado en sus propiedades psicoactivas, como hemos apuntado, se basa en la constatación de que los fármacos tienen efectos psicofisiológicos y que estos no difieren entre los que caen bajo las categorías diagnósticas y los que no. Este hecho puede explicar por si mismo los efectos terapéuticos o iatrogénicos de los psicofármacos en espera de si se confirman o no las hipótesis fisiopatológicas que se viene sucediendo en las últimas décadas sobre la naturaleza de las problemas mentales. Aceptar un modelo de acción centrado en el fármaco podría tener una serie de implicaciones en la práctica psiquiátrica:

1. Sobre el concepto de enfermedad. La idea de que los psicofármacos "curan" o "restablecen el orden cerebral" sobre la que se basa la psiquiatría biomédica conlleva implícitamente la conceptualización de los síntomas o de las enfermedades como carentes de sentido, como productos descontextualizados de un cerebro alterado. Sin embargo el principio de racionalidad centrado en los efectos psicoactivos de los fármacos se adapta mejor a un modelo biopsicosocial de los trastornos mentales al no implicar una causalidad biológica determinista. Los psicofármacos así entendidos son compatibles con una comprensión de los problemas mentales como manifestaciones

de la variedad de respuestas del ser humano ante los desafíos de la vida social.

Hemos visto también como el mito del fármaco curativo contribuye a la construcción de una narrativa de enfermedad en la que los pacientes y los psiquiatras pueden llegar a entender las experiencias subjetivas en términos de desequilibrios bioquímicos. Hemos señalado antes los posibles efectos alienantes de esta narrativa. La necesidad del tratamiento psicofarmacológico se ha basado en la promoción de esta idea de forma repetida tanto por los líderes de opinión de la psiquiatría como por la industria farmacéutica. Las personas definen su demanda en muchas ocasiones en estos términos. El modelo centrado en las propiedades del fármaco, sin embargo, cuestiona esta identidad medicalizada determinista y visibiliza el conjunto de determinantes sociales ante los que el individuo responde. El sujeto aquí apelado es un sujeto activo tanto en la comprensión de su problemática como en la resolución, si es posible, de la misma.

2. Sobre la centralidad del psicofármaco en la práctica psiquiátrica. Si los psicofármacos se entienden como curativos o como correctores de un desequilibrio interno implícitamente se establece una jerarquía terapéutica en el que el primer lugar lo ocupa el fármaco. Como hemos visto esta centralidad no se corresponde con los datos de eficacia, efectividad o recuperación funcional de las intervenciones farmacológicas actuales. Con esta teoría el psiquiatra tiende selectivamente a ver los efectos positivos de los psicofármacos y a minimizar como necesarios los efectos negativos que producen su acción global. La desmitificación del poder curativo del fármaco nos lleva a entender la práctica psicofarmacológica como intervención mucho más limitada. Si la acción de los fármacos se comprende desde la idea de que sus propiedades psicoactivas inducen estados mentales que pueden aliviar algunas de las experiencias o estados emocionales su utilización estará al servicio de otras intervenciones o mientras el paciente lo necesite en función de su propio procesos de recuperación.

La idea de que los fármacos son curativos lleva pareja la idea de la necesidad de un tratamiento, casi siempre prolongado, cuando no de por vida. Así las recaídas de las distintas enfermedades son entendidas como producto de la falta de la sustancia o de la dosis necesaria de la sustancia que corrige la alteración subyacente. Esta simplificación amplifica el poder preventivo atribuido a los psicofármacos: no tiene en cuenta la historia natural de las condiciones psiquiátricas, el papel de los factores estresantes, los procesos de recaída debido a los problemas de neuroadaptación y abstinencia o el papel de las reacciones psicológicas y atribuciones de los pacientes o el entorno al retirar la medicación y verse sin el fármaco protector, lo que puede entenderse como una forma particular de efecto nocebo[71]. La idea de que los fármacos simplemente actúan sobre los síntomas o experiencias subjetivas de los pacientes debido a sus propiedades psicoactivas acota mucho más las situaciones que justifican los tratamientos prolongados y el supuesto efecto preventivo debe balancearse con la prevención de los riesgos derivados del propio tratamiento como por ejemplo los síndromes metabólicos, los efectos neuropsicológicos o los fenómenos de dependencia (véase el capítulo de prevención cuaternaria de este mismo libro). El tratamiento continuado estaría justificado en primer lugar si el paciente continúa con síntomas o experiencias que le son desagradables y en su propia experiencia considera que los fármacos le producen alivio y en segundo lugar si los factores estresantes se mantienen e igualmente el paciente siente ayuda de la medicación para enfrentarlos. En psiquiatría existen condiciones en las que los pacientes deben tomar medicaciones de

forma continuada por lo disruptivo de sus experiencias, en ocasiones sin el acuerdo del paciente, pero debemos ser honestos en admitir que no estamos curando una enfermedad, sino controlando unos riesgos sociales quizás de una forma menos coercitiva que con otras medidas. El debate se abriría a un plano político y social y no a una cuestión meramente médica. Por otro lado la necesidad de un tratamiento prolongado está en relación con la calidad y cantidad de las intervenciones psicosociales que existan en los servicios.

3. Sobre el papel del paciente en la toma de decisiones. Uno de los cambios más importantes en la práctica de la medicina en las últimas décadas es el respeto de la autonomía de los pacientes a la hora de la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud. Hasta hace no mucho los pacientes psiquiátricos eran considerados como incapaces de tomar decisiones, de tal manera que cualquier intervención sobre ellos se podía justificar en pos del tratamiento. Se conocía poco sobre lo que pensaban los pacientes sobre sus tratamientos y lo que querían sobre ellos. Esta situación está cambiando y la gente quiere conocer los pros y contras de las intervenciones que se le ofrecen y tener una participación más activa en la toma de decisiones. En psiquiatría la idea de que los fármacos son curativos y que su retirada lleva en la mayoría de los casos a la reaparición de la enfermedad de base, suele omitir cualquier discusión tanto de los psiquiatras como de los pacientes sobre los efectos globales que los fármacos les están produciendo. Para Healy la idea del fármaco curativo establece una relación implícita basada en el poder que puede llevar patrones de prescripción abusivos[68]. En el modelo de acción centrado en las propiedades psicoactivas del fármaco el paciente es entendido también como un experto en valorar los efectos generales que le producen y valorar los pros y contras de su utilización de una forma más democrática que si su uso se entiende como inevitable debido a su poder curativo sobre un desorden existente. Este modelo puede promover un mayor proceso de decisión compartido e informado en la que la evaluación de los efectos sea bidireccional. Muchos pacientes y psiquiatras ya utilizan los psicofármacos de esta manera, adaptando las pautas de tratamiento de forma individualizada a las necesidades y experiencias por las que atraviesan.

Podría pensarse que las anteriores consideraciones son perfectamente asumibles dentro del modelo de explicación "curativo" del psicofármaco, mediante una utilización más juiciosa de la tecnología a través de una depuración teórica. Este intento no ha conseguido cambiar las prácticas hasta la fecha pues no tiene en cuenta el efecto discursivo o paradigmático al que hemos hecho alusión. Consideramos que el modelo explicativo de la acción de los psicofármacos centrado en sus propiedades psicoactivas permitiría en definitiva articular un discurso, con bases empíricas más solidas, sobre la tecnología farmacológica más acorde con el llamado modelo biopsicosocial y que integre la psicofarmacología en las prácticas de salud mental comunitaria con un paradigma más acorde con sus principios. Compartimos la idea de los autores de un editorial del British Journal of Psychiatry titulado "no hay psiquiatría sin psicofarmacología", pero debemos preguntarnos qué psiquiatría y qué psicofarmacología. Como señalan estos autores la formación en psicofarmacología tiene actualmente importantes déficits en las competencias que deben tener los psiquiatras en su proceso formativo, pero igualmente cabe preguntarse sobre qué tipo de paradigma debe instruirse. Conocer los efectos psicoactivos de los psicofármacos y las experiencias de los que los reciben forma parte de esta necesidad de conocimiento.

RESUMEN

La psicofarmacología es central en el conjunto de la psiquiatría y está conformada por una serie de prácticas y elementos teóricos no del todo organizados. Los autores que han buscado alguna organización interna de las teorías dominantes han concluido que éstas se pueden reunir en torno a un modelo al que se ha llamado modelo centrado en la enfermedad. Este modelo tiene escasa evidencia que lo sustente, se apoya en gran parte en determinados intereses (comerciales y corporativos), y, además, presenta una serie de inconvenientes que hemos expuesto: medicalización, efectos sobre la narrativa del sujeto, sobre la participación de los pacientes en la toma de decisiones y limitaciones de la propia investigación en psicofármacos. Frente a este panorama tres grupos principales aparecen como reacción: la crítica interna, la oposición total a la psicofarmacología y por extensión a la psiquiatría en conjunto, y, por último, la proposición de cambios teóricos y prácticos que faciliten la organización en torno a otro modelo que rectifique parte de los inconvenientes mencionados y se ajuste más a la evidencia actual de la acción de los psicofármacos. Éste último es el trabajo de David Healy y Joanna Moncrieff y su agenda de desarrollo está contenida en las características e implicaciones del modelo centrado en el fármaco. La propuesta del modelo centrado en el fármaco no hay que entenderla como una simple sustitución de un modelo por otro, sino como la articulación teórica de prácticas que ya se vienen produciendo, la recuperación y el desarrollo de una teoría más ajustada a la evidencia en torno a la acción de los psicofármacos ,y, por último, como un intento de que esas prácticas y la teoría desde esta perspectiva actúen con más fuerza en las relaciones de poder, y, por tanto, que no sean colonizadas, sino que influyan en la producción del discurso científico.

Mientras no haya otra evidencia sobre las bases fisiopatológicas de la enfermedad mental y sobre la acción de los psicofármacos, el modelo centrado en el fármaco se presenta como la mejor respuesta a las necesidades de la práctica cotidiana y la comprensión del efecto de los psicofármacos sobre los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Moncrieff J. The myth of the chemical cure. 1ªEd. New York: Palgrave Macmillan. 2008. Análisis crítico del modelo de racionalidad de la psicofarmacología centrado en la enfermedad, del que se discute su consistencia. Se propone el modelo centrado en el fármaco como una alternativa más acorde al estado de conocimientos provenientes de la investigación y se exponen las ventajas que presentaría este modelo frente al anterior.

Healy D. The creation of psychopharmacology. 1ªEd. Cambridge: Harvard University Press. 2002. Libro fundamental en el análisis del surgimiento histórico de la psicofarmacología en el seno de la psiquiatría y del impacto que esa tecnología ha supuesto, no sólo en esta disciplina, sino en la configuración de la sociedad y en la forma de entendernos a nosotros mismos como individuos.

BIBLIOGRAFIA

(1) Castel R. La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984.
(2) Alonso, J., et al. Psychotropic Drug Utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Acta Psychiatr. Scand., supl. 2004: 55-64.
(3) Girona, L., y otros, «Luces y sombras de la prescripción farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos», Gac. San., 2006, 20 (supl. 1): 143-153.
(4) García de l Pozo J et al. Evolución del consumo de fármacos antipsicóticos en Castilla y León (1990-2001). Rev. Esp. Salud Publica. 2003, vol.77, n.6, pp. 725-733.
(5) Moore M, Yuen HM, Dunn N et al Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. BMJ 2009; 339:b3999 doi:10.1136/bmj.b3999

(6) Mojtabai. R. Increase in Antidepressant Medication in the US Adult Population between 1990 and 2003. Psychother Psychosom 2008; 77:83–92.
(7) Leslie DL, Mohamed S, Rosenheck RA. Off-Label Use of Antipsychotic Medications in the Department of Veterans Affairs Health Care System. Psychiatric Services 2009; 60:1175–1181
(8) Cooper, WO, Arbogast PG, Ding H, Hickson GB, Fuchs C, Ray WA. Trends in Prescribing of Antipsychotic Medications for US Children. Ambulatory Pediatrics 2006;6:79–83.
(9) Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., and Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta- analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med. 5, 260–268. doi: 10.1371/journal. pmed.0050045.
(10) Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005;331;155-157.
(11) Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis. JAMA.2010;303(1):47-53. doi:10.1001.
(12) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz,MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia (CATIE study) N Engl J Med 2005;353:1209-23.
(13) Pigott, HE. STAR*D: A Tale and Trail of Bias. Ethical Human Psychology and Psychiatry, 2011; 13: 6-28.
(14) Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP et al. Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1) Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:1079-1087.
(15) Ortiz Lobo, A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. Aten. Primaria, 2005, 35 (3): 152-5.
(16) Moncreiff J, Pomerleau J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. Journal of public health medicine 2000; 22: 59-67.
(17) Whitaker R. Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. Crown Publishers, New York, 2010.
(18) Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011 Feb; 68(2):128-37.
(19) Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, et al. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry 2006; 188: 122–127.
(20) Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B., Simon, G., and Linden, M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. Br. J. Gen. Pract. 48, 1840–1844.
(21) Fava G. Holding on depression, sensitization, antidepressant drugs and the prodigal experts. Psychother Pychosom 1995 ;64:5-76.
(22) Andrews PW, Kornstein SG, Halberstadt LJ, Gardner CO, Neale MC. Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. Frontiers in Psychology.Evolutionary Psychology 2011; Vol 2: Article159. http://www.frontiersin.org/evolutionary_psychology/10.3389/fpsyg.2011.00159/full Acceso 5 de diciembre de 2011.
(23) Bockting CLH, Ten Doesschate MC, Spijker J; Spinhoven P, Koeter M, Schene AH. Continuation and Maintenance Use of Antidepressants in Recurrent Depression. Psychother Psychosom 2008;77: 17–26
(24) El-Mallakh RS, Gao Y, Roberts RJ. Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression. Medical Hypotheses 2011; 76: 769–773.
(24) Bregging PR. Brain damage, dementia and persistent cognitive dysfunction associated with neuroleptic drugs: evidence, etiology and implications. Journal of Mind and Behavior, 1990; 11: 425-464.
(25) Chouinard, G. & Jones, B. D., 'Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics', Am.J.Psychiatry, 1980; 137:16–21.
(26) Moncrieff J Questioning the 'neuroprotective' hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? British Journal of Psychiatry 2011 198: 85-87.
(27) Porter D. The critical theory of psychopharmacology: the work of David Healy and Beyond. En: Phillpis J (editor): Philolosophical perspectives on technology and psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2009.
(28) Mata Ruiz I. Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones. En: Retolaza A. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: AEN estudios; 2009.
(29) Moncrieff, J., The Myth of the Chemical Cure. Palgrave: Macmillan; 2008.
(30) Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. Madrid: Siglo XXI, 2006.

(31) Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Siglo XXI, 2008.
(32) Spitzer M. Geist im Netz. Heidelberg-Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, 2000.
(33) Healy D. Irrational healers? Psychoter Psychosom 2008; 77: 198-200.
(34) Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Atopos 2004; 2: 15-22.
(35) Shorter E. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: John Wiley and sons, 1997.
(36) Ramos P, Rejón C. El esquema de lo concreto. Madrid: Triacastela, 2002.
(37) Fuchs T. Pilosophische Grundlagen der Psychiatrie und ihre Anwendung. Die Psychiatrie 2010; 7: 235-41.
(38) Moncrieff J. An investigation into the precedents of modern drug treatment in Psychiatry. History of Psychiatry 1999; 10: 475-490.
(39) Healy, D.The Creation of Psychopharmacology, Cambridge MA, Harvard University Press; 2002.
(40) Callahan, C. M.; Berrios, G. E., Reinventing Depression. A History of the Treatment of Depression in Primary Care 1940-2004, Oxford University Press, 2005.
(41) López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. Frenia 2002; II: 77-107.
(42) Singh I, Rose N. Biomarkers in psychiatry. Nature 2009; 460: 202-7
(43) Meadows M. Promoting safe and effective drugs for 100 years. FDA consumer magazine; The centenial edition, january- february 2006. http://www.fda.gov/AboutFDA/WhatWeDo/History/ProductRegulation/PromotingSafeandEffectiveDrugsfor100Years/default.htm
(44) Healy, D.The Antidepressant Era. Cambridge MA: Harvard University Press; 1997.
(45) Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. Industria farmacéutica y psiquiatría. Revista de la AEN, 2003, 86: 49-71.
(46) Healy D. The dilemmas posed by new and fashionable treatments. Advances in Psychiatric Treatment 2001, 7:322-327.
(47) Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. Br J Psychiatr 2006; 188: 301-2.
(48) Lacasse JR; Leo J. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. PLoS Med., 2005, 2 (12): e392.
(49) Pescosolido, BA, Martin JK, Scott Long J, Medina TR, Phelan JC, Link BG. **"**A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. Am J Psychiatry 2010; 167:11.
(50) Read, J., Haslam, N., Sayce, L. Davies, E. (2006) Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. Acta Psychiatrica Scandinavica 114, 303-318.
(51) Gardner P. Distorted Packaging: Marketing Depression as Illness, Drugs as Cure. Journal of Medical Humanities 2003; 24: 105-30.
(52) Degrazia D. Enhancement Technologies and Human Identity. Medicine and Philosophy, 2005; 30: 261-283.
(53) Kapur, S., «Psychosis as a State of Aberrant Salience: a Framework Linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia», Am. J. Psychiatry, 2003,160: 13-23.
(54) Moncrieff J. A Critique of the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia and Psychosis. Harv Rev Psychia try 2009;17:214–225.
(55) Hyman, S. E., and Nestler, E. J. (1996). Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. Am. J. Psychiatry 153, 151–162.
(56) Foucault M. La arqueología del saber. Madrid: Siglo XXI, 2009.
(57) Agamben G. Che cos´è un dispositivo? Roma: Notte temps, 2006.
(58) Foucault M. Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI, 2008.
(59) Agamben G. Signatura rerum. Sobre el método. Barcelona: Anagrama, 2010.
(60) Brunoni AR, Tadini L, Fregni F. Changes in Clinical Trials Methodology Over Time: A Systematic Review of Six Decades of Research in Psychopharmacology. PLoS ONE March 2010 | Volume 5 | Issue 3 | e9479
(61) Cohen, D. & Jacobs, D. 2007, 'Randomized controlled trials of antidepressants: clinically and scientifically irrelevant', Debates in Neuroscience, vol. 1, pp. 44–45.
(62) Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. CMAJ 2005; 172: 1703-11.
(63) Weinmann S, Aderhold V. Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. Psychosis 2010; 2: 50 – 69.
(64) Tempier R, Pawliuk MA. (2001) Influence of novel and conventional antipsychotics medication on subjective quality of life. Journal of Psychiatry and Neuroscience 26:131-136.
(65) Ioannidis J. Contradicted and Initially Stronger Effects in Highly Cited Clinical Research. JAMA. 2005;294:218-228.

(66) Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. British Journal of Psychiatry 2011; 199: 266-268.
(67) Turner, E. et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and its Influence on Apparent Efficacy. N. Engl. J. Med., 2008, 358: 252-60.
(68) Healy, D. Psychiatric Drugs Explained. 5th Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
(69) Kapur S, Seeman P. Does Fast Dissociation From the Dopamine D2 Receptor Explain the Action of Atypical Antipsychotics? A New Hypothesis. Am J Psychiatry 2001; 158:360–369.
(70) Healy D The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. PLoS Med 2006; 3(4): e185. doi:10.1371/journal.pmed.0030185.
(71) Moncrieff J. Why is it so difficult to stop psychiatric drug treatment? It may be nothing to do with the original problem. Medical hypotheses 2006;67(3):517-23.
(72) Moncrieff, J.'Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. Acta Psychiatr.Scand 2006; 114: 3–13.
(73) Moncrieff J, Cohen D, Mason P. The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. Acta Psychiatr Scand 2009: 1–10.
(74) Day JD, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, et al. .Attitudes Toward Antipsychotic Medication. The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:717-724.
(75) Schermer M. Brave New World versus Island. Utopian and Dystopian Views on Psychopharmacology. Medicine, Health Care and Philosophy 2007; 10:119–128.
(76) Breggin P R. Brain-Disabling Treatments in Psychiatry. Drugs, electroshock and the role of the FDA. Springer Publishing Company; 1997.
(77) Kramer PD. Listening to Prozac. Canada: Penguin; 1997.
(78) Conrad P, Leiter V. Medicalization, Markets and Consumers**.** Journal of Health and Social Behavior 2004, 45 (Extra Issue): 158–176. Journal of Medicine and Philosophy, 30:261–283, 2005.
(79) Lewis BE. Prozac and the Post-human Politics of Cyborgs Journal of Medical Humanities 2003, 24: 49-63.
(80) Harrison PJ, Baldwin DS, Barnes RE, Burns T et al. No psychiatry without psychopharmacology. Br J Psychiatry 2011; 199:263-265.

3.6. Los cuidados

Ana García Laborda

INTRODUCCIÓN

La enfermera de Salud Mental presta cuidados a personas, familias y grupos de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

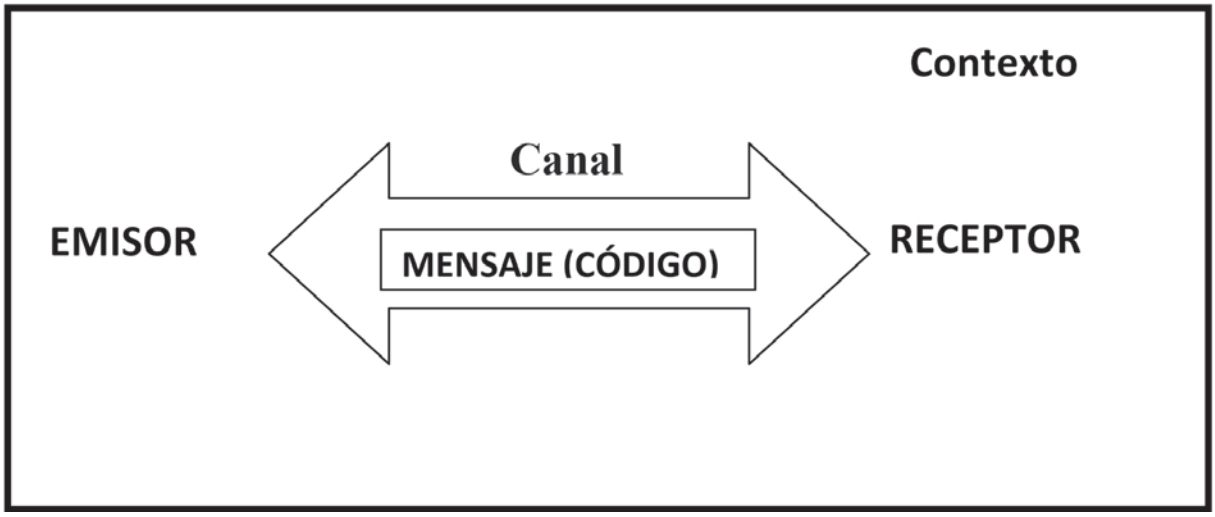
La primera herramienta con la que trabaja la enfermera de Salud Mental es la relación, el profesional se instrumentaliza para que esa relación contribuya a los cuidados del sujeto. Así pues, la base de cualquier intervención enfermera es una relación terapéutica. Esta es una relación distinta a la comunicación social habitual.

Se trata de una relación asimétrica en la que una de las partes necesita ayuda y la otra tiene las competencias para proporcionársela.

La relación terapéutica se establece a través de la comunicación. Generalmente se entiende por comunicación el intercambio de información, pero la comunicación es además una trasmisión de afectos y una interacción social.

Las finalidades de la comunicación son fundamentalmente influir en los demás y obtener información.

Los elementos que intervienen en la comunicación son:



– Emisor. Es el que trasmite el mensaje.
– Receptor. El que escucha o recibe el mensaje.
– Mensaje. Lo que se quiere trasmitir.
– Canal. Soporte.
– Código. Conjunto de signos utilizados por el emisor y el receptor para poner sus ideas en forma de mensaje.
– Contexto o metacomunicación. Todo mensaje precisa un marco de referencia que permita a los participantes interpretar, analizar, deducir y comprender el mensaje recibido. A este marco, compuesto por múltiples factores entre los que destacan los culturales y grupales, se le llama proceso metacomunicativo. Si los interlocutores no comparten el contexto, generalmente por pertenecer a diferentes culturas, pueden existir alteraciones importantes en la comprensión del mensaje.

La comunicación necesita de continuas verificaciones o feedback, necesitamos comprobar que nuestros mensajes son correctamente entendidos.

Hay que tener en cuenta que cuantos más sentidos intervengan, más fácil resulta la comprensión. Es muy importante la coherencia entre la comunicación verbal y no verbal. Aunque ambos tipos de comunicación se den a la vez, la mayor parte de la comunicación (80 ó 90%) es no verbal, además si ambas son incongruentes se hace caso a la comunicación no verbal.

Dos de las habilidades básicas en la recepción de la información son:

- Escuchar activamente. Se utiliza cuando:
  - Cuando deseamos motivar al interlocutor a que hable.
  - Preferentemente cuando deseamos conocer a alguien o identificar un problema.
  - Cuando el interlocutor informa de algo que considera muy importante.
  - Cuando queremos neutralizar sentimientos y/o promover una relación positiva.
- Empatizar.

La empatía es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Esto supone ponerse en el lugar del otro para interpretar la realidad con los filtros del interlocutor, no con los propios. También supone una comprensión y aceptación de nuestra propia persona, sobre todo en el ámbito afectivo.

Los cuidados en Salud Mental están definidos por la actuación en el campo preventivo a tres niveles. [En la prevención primaria se centran en la promoción y prevención propiamente dicha a través de la psicoeducación. En la prevención secundaria en la intervención en crisis. En la prevención terciaria en la atención a la enfermedad mental crónica, campo de actuación principal de la enfermería.

La valoración se puede realizar según diversos modelos de enfermería, pero lo más habitual es realizarlo siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson[1] o bien a través de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon que no constituye una teoría sino un modelo de valoración. Según Gordon[2] los principales patrones funcionales a valorar la respuesta humana son:

1. Patrón Percepción-Control de la salud.
2. Patrón Nutricional-Metabólico.
3. Patrón Eliminación.
4. Patrón Actividad-Ejercicio.
5. Patrón Sueño-Descanso.
6. Patrón Cognitivo-Perceptual.
7. Patrón Autopercepción-Autoconcepto.
8. Patrón Rol-Relaciones.
9. Patrón Sexualidad-Reproducción.
10. Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés.
11. Patrón Valores-Creencias.

Las taxonomías enfermeras clasifican los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras en el proceso de cuidados. Los diagnósticos enfermeros son un juicio sobre las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que necesitan cuidados de salud. Este juicio es el resultado de la valoración de enfermería.

La más utilizada es la taxonomía NANDA (Nort American Nursing Diagnosis), esta sigue el formato PES:

(P) Problema, Enunciado en la taxonomía Nanda con su etiqueta, definición y código.

(E) Etiología. Factores relacionados.

(S) Signos y síntomas. Características definitorias[3].

La edición 2009-11 de los diagnósticos NANDA la componen 206 diagnósticos agrupados en 13 dominios y 47 clases.

La taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) describe los resultados u objetivos buscados para resolver los problemas de salud definidos en el diagnóstico.

La última edición de la clasificación de Resultados NOC (2009) contiene 385 resultados cada uno consta de un nombre de identificación o etiqueta, una definición y una serie de indicadores y una escala de medida tipo Likert de cinco puntos, que permite medir los resultados de las intervenciones enfermeras.

La taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) describe un catálogo de 542 actividades que la enfermera debe llevar a cabo en el proceso de cuidados para obtener los resultados esperados. Esta taxonomía contempla intervenciones específicas en Salud Mental y Psiquiatría.

Se ha intentado interrelacionar estas tres taxonomías a través de la taxonomía NNN. Esta clasificación se divide en dominios, uno de los cuales es el dominio psicosocial en el que se incluyen diagnósticos, resultados e intervenciones relacionadas con la salud mental y el funcionamiento psicosocial[4].

En cuanto a las intervenciones que la enfermera de salud mental desarrolla en la atención comunitaria describiremos aquellas que más comúnmente se realizan.

CONSULTA DE ACOGIDA

Tiene lugar en el momento en que la persona demanda atención y toma contacto por primera vez con el servicio de salud comunitario, generalmente el Centro/Unidad de Salud Mental. Su finalidad es a través de una entrevista breve en el momento de solicitar la primera cita valorar cual es la demanda, la urgencia de esta y el profesional adecuado para responsabilizarse del caso. También sirve para aclarar dudas y en caso necesario reorientar la demanda.

Debe recoger los siguientes datos:

– Datos sociodemográficos.
  • Nombre.
  • Fecha de nacimiento y edad.
– Procedencia de la derivación a Salud Mental.
– Motivo de consulta.
– Tratamiento farmacológico.
– Antecedentes psiquiátricos y somáticos propios.
– Antecedentes psiquiátricos y somáticos familiares.
– Nivel de instrucción.
– Ocupación.
– Genograma y núcleo de convivencia.
– Expectativas.

El genograma es un instrumento de gran utilidad para conocer la configuración familiar, los principales signos para realizarlo son:

Los signos tachados significan que el sujeto ha fallecido o la relación se ha roto. Cualquier signo con línea discontinua habla del llamado en sociología parentesco ficticio, esto es aquel no regido por alianza o filiación biológica.

PRIMERA CONSULTA DE O CONSULTA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Su finalidad es realizar una valoración global del sujeto, no solo de sus alteraciones de salud. Los más utilizados son los patrones funcionales de Gordon o el de necesidades de Henderson.

Tras la valoración se realizan los diagnósticos de las alteraciones de salud, se priorizan estos, se planifican los resultados esperados y las intervenciones a realizar para alcanzarlos. Con todo ello tendremos un plan individualizado de cuidados.

Tras esta primera valoración y a lo largo de todo el proceso de cuidados tendremos que repetir este ciclo de manera continuada ya que este, está en constante cambio[5].

Esta valoración inicial servirá de punto de comparación para el desarrollo del proceso.

TERAPIA DE APOYO

El término se utiliza en dos acepciones fundamentales[6]: una dirigida a los pacientes más graves en que el terapeuta instruye, tranquiliza y apoya; su finalidad es reforzar los factores de protección. La segunda acepción es la psicoterapia de apoyo de orientación dinámica que es la que se expone a continuación:

Una parte importante de los pacientes que acuden a los dispositivos comunitarios de Salud Mental no presentan alteraciones de la salud graves, pero si ejercen una fuerte presión asistencial. Estas personas tienen reacciones adaptativas por una crisis vital o incidental.

La psicoterapia de apoyo es una técnica que permite ayudar al consultante a dotar de sentido la experiencia vivida, y poder integrarla en su curso vital, mejorando sus habilidades de afrontamiento

La psicoterapia de apoyo tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas existentes, y utilizarlas o extenderlas en la resolución de nuevas situaciones.

En la psicoterapia de apoyo:

- No se interpretan los conflictos inconscientes.
- No trabaja con la transferencia ni la contratransferencia, salvo superficialmente cuando está dificulta la terapia.
- Utilizan técnicas cognitivas y afectivas de soporte para reforzar los compromisos adaptativos tales como el consejo, la tranquilización, el elogio, etc.
- Se lleva a cabo cara a cara, y es flexible respecto a frecuencia y duración de las sesiones.
- No interpreta, sino que señala y conforta.
- En caso necesario, interviene en el ambiente, por lo que sí es necesario utiliza la entrevista con personas del entorno o indica el acudir a ciertos recursos.
- Busca la adaptación a las necesidades tanto intrapsíquicas, como externas, más que el cambio intrapsíquico estructural.

En cuanto al encuadre debemos trasmitir al paciente lo que vamos a hacer.

- Citas cada 15 días durante media hora.
- Técnica: libre asociación de ideas. Venir a hablar de lo que le preocupa, o lo que se le ocurra por absurdo o vergonzoso que le parezca, incluso de lo que no queremos pensar, recordar, etc. (símil de lo guardado bajo siete llaves).
- Tarea: inscripción de la crisis en la biografía del sujeto. Hay casos que se pueden cambiar, otros no, pero unos y otros los podemos vivir y sentir de una manera u otra; hay formas que nos permiten seguir delante de mejor manera que otras. Pero lo que nos pasa en la vida no tiene marcha atrás, forma parte de nosotros (símil de la mochila o de tener algo delante de los ojos que no nos deja ver más allá).
- Objetivo. Construir sentido. Se trata de ayudarle a seguir delante de la mejor manera posible. El terapeuta ni adivina, ni tiene "la solución", lo que es válido para él no lo es para otros o en otras circunstancias.
- Papel del terapeuta. Imparcialidad. Hacer de espejo para que el que se vea, incluso enfocando donde el no enfoca. Se trata de ayudarle a desenmarañar un ovillo.

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fundamentalmente estas actividades son:

- Fomento de la adherencia farmacológica a través de talleres, educación para la salud, ya sea individual o grupal. Es importante que el paciente y su familia conozcan tanto la enfermedad como la medicación que toma ya que esto facilitará el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Administración de psicofármacos. Entre la medicación inyectable la más frecuentemente administrada son los neurolépticos depot, En ciertos casos se debe proporcionar el tratamiento oral para asegurar la toma y las dosis adecuadas o bien evitar

el abuso. Se debe controlar los efectos secundarios, efectividad e interacciones.
– Protocolos de control de fármacos. Fundamentalmente sales de litio, carbamacepina, lamotrigina, ácido valproico y clozapina.

Sales de litio
Es un estabilizador del ánimo que se utiliza en el tratamiento del trastorno afectivo, maniaco o bipolar.
– Los parámetros analíticos a controlar son: Una vez al año.
  • Litemia.
  • Aclaramiento de creatina en orina de 24 horas.
  • Hemograma.
  • VSG
  • Perfil hepático.
  • TSH basal.
  • T_4 libre.
  • ECG y exploración cardiopulmonar.
– Cada 6 meses.
  • Litemia. Los valores eficaces son 0,6 – 1,2 mgr/l. Entre la última dosis de sales de litio y la extracción de sangre deben pasar al menos 12 horas.

Los efectos secundarios más importantes son:
  • Temblor
  • Calambres.
  • Alteración de la marcha.
  • Vértigo
  • Hipotensión arterial.
  • Poliuria.
  • Polidipsia.
  • Edemas.
  • Sequedad boca.
  • Vis. Borrosa.
  • Vómitos.
  • Nauseas.
  • Diarrea.
  • Anorexia.
  • Gastralgia.
  • Aumento peso.

Precauciones
  • Se debe beber 2 litros y medio de agua al día.
  • Dieta normosódica.

Carbamazepina
Es un anticomicial utilizado en el tratamiento de la manía y para la prevención de la psicosis maniaca-depresiva.
Los parámetros analíticos a controlar son:
– Hemograma, recuento plaquetas, electrolitos y carbamazepina. Al cabo de 15 días y de un mes tras instaurar el tratamiento.
– Cada tres meses. Carbamazepina, perfil hepático y hemograma.
– Previo al tratamiento y anualmente, además de los anteriores: TSH basal y T_4 libre.

Clozapina
Es un antipsicótico atípico utilizado en el tratamiento de pacientes que no responden a otros antipsicóticos o cuyos efectos extrapiramidales de estos son mal tolerados.

Los parámetros analíticos a controlar, un hemograma con carácter mensual.

Lamotrigina
Es un anticomicial utilizado en el tratamiento del trastorno bipolar.

Los parámetros analíticos a controlar, con periodicidad semestral, son hemograma, triglicéridos y glucosa.

Ácido Valproico
Es un anticormicial utilizado en el tratamiento del trastorno bipolar.
Los parámetros analíticos a controlar son:
– Previo al tratamiento
– Durante tres meses mensualmente.
– Una vez al año.
  • Perfil básico.
  • Perfil hepático.
  • Amilasa
  • Cefalina
  • Tiempo de protrombina.

La ley 28/2009 de 30 de diciembre, de modificación de la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios que modifica el artículo 77.1 de esta última abre la puesta a las enfermeras a la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Una vez que se desarrolle

la citada ley la enfermería contará con esta nueva competencia.

RELAJACIÓN

Es una técnica destinada al control de los síntomas de ansiedad. En cuanto a las contraindicaciones, lo está de manera absoluta en personalidades psicóticas, ya que para ello se tendría que utilizar técnicas específicas como la de Alexander, y, aunque no esté contraindicado, suele ser extremadamente difícil en personalidades obsesivas graves por la pérdida de control que la relajación comporta. Aunque no constituye en sí misma una contraindicación, los casos de hipoacusia graves si están contraindicados en la relajación en grupo por las especifidades de ésta.

El entrenamiento puede realizarse individualmente o en grupo, aquí se describe un entrenamiento grupal. El aprendizaje en grupo de las técnicas de relajación se estructura en seis sesiones de una hora de duración cada una y de periodicidad semanal.

La primera sesión consta de:

Presentación de los terapeutas.

Presentación de los componentes del grupo. Nombre, edad, estado civil, núcleo de convivencia, etc.

Sintomatología que le trae al grupo.

Expectativas respecto al grupo de relajación.

Explicitar el encuadre.

- Sesiones semanales de una hora de duración durante cinco semanas, y al cabo de un mes una sesión de recuerdo donde se podrán evaluar los efectos del entrenamiento en relajación. Señalar que durante las cinco sesiones se está aprendiendo de manera experiencial.
- Necesidad de acudir a todas las sesiones.

Puntualidad, tras diez minutos de haber empezado el grupo no se permite la entrada.

- Obligación de confidencialidad.
- Explicar que el grupo tiene como objetivo aprender técnicas, no la verbalización de las causas de la ansiedad.

Explicar que es la ansiedad y como se producen los síntomas.

Señalar la relación entre tensión psíquica y tensión muscular, haciendo especial hincapié en los síntomas somáticos derivados de la tensión muscular y alteraciones neurovegetativas

Relacionar los síntomas señalados por los componentes del grupo con la explicación.

Qué son las técnicas de relajación, para qué sirven y diferentes tipos de ellas.

- La relajación como técnica para controlar la ansiedad de manera autónoma.
- Explicar las diferentes técnicas de relajación y en que consiste las que se van a utilizar en el grupo, así como la utilidad de cada una de ellas.
- Suele ser útil señalar las semejanzas y diferencias entre el mecanismo de acción de los ansiolíticos y la relajación.

Explicación sobre el ritmo en que la relajación hace sus efectos, recordando la necesidad de practicar.

Exponer el desarrollo del resto de las sesiones.

Resolver dudas.

Segunda y tercera sesiones. Relajación progresiva (E. Jacobson).

- En la segunda sesión, explicar el lugar y posición para realizar los ejercicios:
  - Si los ejercicios se realizan tumbados la posición adecuada es en decúbito supino con brazos y piernas a lo largo del cuerpo y ojos cerrados.
  - Si los ejercicios se realizan sentados, la posición adecuada es con la espalda apoyada en el respaldo y los brazos apoyados en las piernas, dejar la cabeza ligeramente caída sobre el pecho (posición del cochero) y los ojos cerrados.
- Comenzar la sesión preguntando a cada participante si ha practicado lo aprendido en la anterior sesión, menos claro está, en la segunda sesión. Si ha notado los efectos y si ha tenido alguna dificultad, clarificando todo aquello que sea necesario.

Desarrollo de la sesión de relajación con técnicas progresivas, basado en ejercicios de contracción-descontracción muscular.

Tras la sesión:

Preguntar por el efecto de los ejercicios realizados y las dificultades.

Recordar la necesidad de practicar.

Cuarta y quinta sesiones. Entrenamiento autógeno (J.H. Schulz) (solo ciclo inferior):

Comenzar la sesión preguntando a cada participante si ha practicado lo aprendido en la sesión anterior, si ha notado los efectos de los ejercicios realizados y las dificultades.

Desarrollo de la sesión de relajación con entrenamiento autógeno, basado en la inducción de sensaciones corporales.

- Comenzar induciendo sensaciones de tranquilidad.

Busque la postura más cómoda posible, deje los brazos a lo largo del cuerpo y estírese cómodamente. No hable ni haga ningún movimiento. Déjese penetrar por la frase "estoy completamente tranquilo", piense "estoy completamente tranquilo", repítalo varias veces.

- Inducir sensaciones de pesadez, concentrarse mentalmente en la vivencia corporal.

Sentir el latido cardiaco.

Ejercicio respiratorio.

Calor abdominal.

Sensación de frescor en la cabeza.

Paisaje agradable.

Describir una paisaje agradable y tranquilizador, con todo lujo de detalles y una vez descrito que disfrute unos 10 minutos de él.

Recordar la necesidad de practicar.

En la quinta sesión recordar la fecha de sesión de recuerdo (sexta sesión).

Sexta sesión. Se realiza un mes después de haber finalizado el entrenamiento en relajación, con vistas a comprobar los efectos:

Comenzar la sesión preguntando a cada participante si ha practicado los ejercicios de relajación, que técnica o técnicas ha utilizado y si ha tenido alguna dificultad. Preguntar, asimismo, haciendo especial hincapié en los efectos conseguidos.

Resolver dudas y dificultades.

Si es necesario repetir alguna de las técnicas para afianzar el aprendizaje.

Enseñanza práctica de la respiración diafragmática y su utilidad[7].

GRUPOS

El espacio grupal es un instrumento[8] cuyos factores terapéuticos tiene múltiples aplicaciones clínicas con distintos tipos de pacientes, objetivos, contenidos, técnicas u orientaciones teóricas.

El inicio de la terapia grupal se debe a J.M. Pratt en 1905, que la utilizó en pacientes tuberculosos para la psicoeducación y apoyo[9].

Los principales factores terapéuticos de la terapia de grupo son[10,11]:

- Infundir esperanza en la medida que el terapeuta y el paciente confían en la eficacia del tratamiento.
- Universalidad. Toma de conciencia de que los problemas no son particulares sino compartidos por muchas otras personas.
- Transmisión de información. Tanto a través del terapeuta como de los miembros del grupo.
- Altruismo. Los pacientes se ayudan mutuamente, experimentan que pueden ser útiles para los demás.
- Desarrollo de técnicas de socialización. Hay un aprendizaje social motivado por el feedback de los otros miembros del grupo.
- Imitación. El otro es imitado para afrontar situaciones similares.
- Catarsis. Descarga emocional que permite dar sentido e integrar un suceso.
- Experiencia familiar correctora. Corrección de las interacciones grupales.
- Factores existenciales. Aceptación de la soleada de la propia existencia.
- Cohesión. Sentimiento de que el grupo trabaja para un objetivo común.
- Aprendizaje interpersonal. Los miembros del grupo aprenden nuevas habilidades, intentan influir y son influidos.

Las modalidades que pueden adoptar los grupos son múltiples, entre las más frecuentes encontramos los psicoeducativos, de aprendizaje de técnicas de relajación, de apoyo a personas con enfermedad mental grave y/o sus familias, psicodrama, escuela de padres, u otros centrados en alteraciones de la salud específicos como alcoholismo, trastornos de la alimentación, etc.

VISITA A DOMICILIO

Es una consulta de enfermería que se realiza en el domicilio de los pacientes, esto es, en su medio natural alejado de la situación artificial que supone la consulta. Su objetivo es establecer un plan integral de cuidados teniendo en cuenta al individuo y su medio familiar, social y cultural. Los objetivos de la visita a domicilio son:

– Fomentar la autonomía del paciente.
– Favorecer la permanencia del paciente en su medio habitual.
– Valoración, atención.
– Apoyo a la familia.
– Obtener información.
– Fomento de la vinculación a los Servicios de Salud Mental, evitando los ingresos hospitalarios.
– Coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios.

Las principales intervenciones a realizar en la visita domiciliaria son[12]:

– Educación para la salud sobre hábitos de la vida diaria.
– Educación para la salud sobre cualquiera de los patrones alterados.
– Apoyo al cuidador principal.
– Administración de tratamientos.
– Actuación en crisis.
– Fomentar la vinculación a los servicios de salud mental comunitarios.

Un aspecto importante de la visita a domicilio es que como cualquier otra intervención esta debe ser planificada y organizada debiendo anunciarla, obteniendo permiso, negociando la fecha y horario, así como los objetivos de esta[13].

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Los programas de continuidad de cuidados tienen como objetivo que las personas con enfermedad mental grave reciban el tipo y nivel de cuidados necesarios para su situación y enfermedad con el fin de llevar una vida lo más autónoma y satisfactoria posible[14]. Este tema será abordado con mayor profundidad en otro capítulo de este libro. (VER CAPITULO 4.12).

INTERCONSULTA Y ENLACE DE ENFERMERÍA

Llamado también asesoría en calidad de experto de otros profesionales. La interconsulta hace referencia a la opinión de un experto sobre un caso concreto. La enfermería de enlace se refiere a los problemas de salud mental relacionados con las distintas alteraciones de la salud, así como los aspectos relevantes de la relación entre profesionales sanitarios y enfermos.

La enfermería de salud mental de enlace e interconsulta comunitaria trabaja con todos los niveles y dispositivos de atención, si bien centra su atención fundamental en la enfermería de atención primaria. A continuación expondremos un ejemplo[15]:

Coordinación entre enfermería de Salud Mental y enfermería de E.A.,P. Actividades de apoyo.

I. Objetivos.

1. Mejorar las capacidades de los profesionales de enfermería de los E.A.P. del distrito de Parla, Pinto y zona básica Griñón, para la detención y tratamiento de problemas de autoconcepto en la población a la que prestan sus servicios.
2. Apoyar a los profesionales enfermeros de los E.A.P. en el establecimiento y seguimiento de los planes de cuidados específicos en los problemas de autoconcepto.
3. Favorecer el abordaje integral de la persona desde sus aspectos físicos y mentales.

II. Actividades.

1. Interconsulta a petición de la enfermera/o de Atención Primaria, para evaluación del caso objeto de consulta y orientación de las actividades.
2. Seguimiento conjunto del plan de cuidados.
3. Sesiones de enfermería en el E.A.P. referidas a temas relacionados con los planes de cuidados enfermeros y a la discusión de casos. Las sesiones tendrán una periodicidad mínima mensual. Cada E.A.P. elaborará un calendario anual, en coordinación con la enfermera especialista en salud mental de Parla.

III. Circuito de derivación.

La solicitud de interconsulta se realizará telefónicamente, contactando con la enfermera especialista en salud mental de la localidad de Parla.

El teléfono de contacto: Ana García Laborda xxxxxxxxxx los lunes y los viernes de 14 a 15 horas.

No obstante, se pueden utilizar otros sistemas de comunicación como el FAX xxxxxxxxxxxx o el correo interno: Centro de Salud Mental de Parla.

IV. Sistema de registro.

La enfermera de salud mental registrará las interconsultas realizadas y las sesiones efectuadas.

Las sesiones se incluirán en el plan de formación de cada E.A.P. como sesiones de enfermería.

Hasta aquí el programa presentado a las enfermeras, que se concretó en las siguientes actuaciones:

- Teléfono de consulta inmediata.
- Reuniones periódicas. El contenido de estas fue:
  - Análisis de casos.
  - Descripción y evaluación de líneas generales de actuación, tanto en prevención como en asistencia.
  - Estudio de casos paradigmáticos de problemas de Salud Mental prevalentes.
  - Indicaciones de derivación a Salud Mental por Atención Primaria.
- Sesiones de enfermería.

COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN

Tanto entre distintos niveles de atención como a nivel comunitario entre distintos dispositivos.

Para proporcionar una atención integral, sin interrupciones y mantener la continuidad de cuidados es necesario que exista una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención: atención primaria, hospital y rehabilitación, así como dentro de los dispositivos comunitarios, especialmente entre los diferentes dispositivos de apoyo al programa de atención a personas con enfermedad mental grave. También se hace necesario esta interrelación con cualquier otra entidad o profesionales relacionados con la atención a las personas con enfermedad mental, tales como colegios, servicios sociales, juzgados, etc.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

La intervención enfermera en situaciones de crisis debe centrarse en:

- Trasmitir al paciente el potencial de crecimiento que supone las crisis.
- Enseñar a buscar y pedir ayuda.
- Ayudar a conseguir habilidades de afrontamiento sano.
- Enfocar la resolución del problema.
- Ayudar a la expresión emocional.
- Proporcionar una perspectiva realista de las crisis.

– Ayudar al paciente a canalizar la energía a la resolución de las crisis más que a aliviar la tensión[16].

Los grupos de autoayuda constituyen un buen apoyo en la resolución de las crisis. La enfermera debe conocer los grupos de autoayuda disponibles a los que debe apoyar a través de intercambio de información y colaborando en las actividades en las que sea requerida.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es una trasmisión de información cuya finalidad es fomentar conductas de salud con el fin de ayudar a los individuos, grupos y comunidades a controlar su salud. Con la planificación de un programa de Educación para la Salud debemos determinar [(17)]:

– Población diana. A quien va dirigida la actividad.
– Objetivos generales y específicos. Que se quiere lograr con la intervención.
– Programa. Como se desarrollara la actividad y con qué medios.
– Sistema de evaluación.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Trata de identificar los factores de riesgo y de protección, así como las actuaciones destinadas a disminuir los riesgos. Su objetivo es disminuir la incidencia y prevalencia de trastornos mentales mediante el aprendizaje de estrategias de adaptación a condiciones estresantes, aumentando el bienestar mental[18].

La prevención no específica actúa sobre factores generales comunitarios, aumentando los factores de protección con medidas políticas y medioambientales. La prevención específica está dirigida a grupos de riesgo e incide sobre todo en los periodos de crisis cuando la persona es más vulnerable[19].

RESUMEN

La enfermera de Salud Mental presta cuidados a personas, familias y grupos de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental. Su principal herramienta es la relación enfermera–paciente a través de una adecuada comunicación.

Para el desarrollo de sus competencias la enfermería de salud mental se vale de la valoración, diagnósticos, resultados esperados e intervenciones realizadas de enfermería.

Las principales intervenciones comunitarias son: consulta de acogida, consulta de valoración, terapia de apoyo, actividades relacionadas con el tratamiento farmacológico, técnicas de relajación, intervención grupal, visita a domicilio, programa de continuidad de cuidados, interconsulta y enlace, coordinación y derivación, intervención en crisis, educación para la salud y actividades de promoción y prevención.

Todas las intervenciones de la enfermera de Salud Mental se desarrollan en el contexto del equipo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Barragan Tamayo, A et al. Enfermería de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Situación 2009. Madrid: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2010. Se trata de un interesante opúsculo que da una visión general de la situación de la enfermería de salud mental con dos partes claramente diferenciadas. La primera parte se centra en aspectos estructurales: perfil y competencias, escenarios asistenciales, reconocimiento de la especialidad y de la categoría profesional. La segunda parte describe las intervenciones que siendo relevantes están escasamente desarrolladas: coordinación asistencia, programa de continuidad de cuidados, investigación y gestión; también tiene un apartado

dedicado a los sistemas de información en cuidados. Aunque con alguna pequeña variación la situación descrita es extrapolable al resto del Estado.

Fornés Vives J y Carballal Balsa M C. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Panamericana; 2001. Completísima guía de valoración según patrones de salud de Marsory Gordon. En la primera parte para cada patrón funcional se describe el concepto, requisitos de funcionalidad, factores que pueden alterarlo, parámetros y registros de codificación, así como sugerencias de valoración. La segunda parte describe de manera rigurosa y práctica, estrategias de intervención para cada uno de los patrones disfuncionales.

Fornés Vives J y Gómez Salgado J. Principales problemas de salud mental e intervención enfermera. En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica II. Madrid: Fuden; 2008. El volumen 4 forma parte de la línea de especialización en Enfermería de Salud Mental constituido por siete volúmenes y un CD que trata de realizar una visión global de las bases teóricas de la enfermería de salud mental. Este volumen en su primera parte trata de los problemas de salud mental en las diferentes etapas del ciclo evaluativo y en su segunda de las intervenciones y cuidados enfermeros de salud mental en los distintos ámbitos, así como una descripción de la enfermería de salud mental, en el contexto europeo. Toda la obra es muy recomendable si se quiere tener una panorámica general de la Enfermería de Salud y Psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Luis Rodrigo M T, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez M V. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 2005.
(2) Álvarez Suarez J L et al. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. [consultado el 28 de enero de 2012]. Disponible en: www.spaonline.org/userfiles/files/ayuda%20en%20con
(3) Cámara Conde et al. Metodología Nanda-Nic-Noc para el enfermero residente de salud mental. [Consultado el 28 de julio de 2011]. Disponible en: www.fuden.es/ponencia
(4) Benavent Garcés M A y Sales i Orts R. Taxonomías o clasificaciones enfermeras: su aplicación en la Enfermería de Salud Mental. En: Fornés Vives J y Gómez Salgados J, coordinadores. Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica I. Madrid: Fuden; 2007.
(5) Fornés Vives J. El proceso de valoración en enfermería de Salud Mental. [Consultado el 21 de julio de 2011] Disponible en: www.uclm.es/Profesorado/JTorre/Documentos/psiquiatr
(6) Kernberg. O F. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. [Consultado el 21 de julio de 2011].Disponible en: www.spdecaracas.com.ve/dowloan/cdt_163.doc
(7) García Laborda A. Entrenamiento de relajación en grupo. En: Gamo Medina E, coordinador. Ante la mirada de los otros. Guía de terapias grupales. Madrid: Ediciones libertarias; 2007.
(8) Megías Lizancos F y Carballal Balsa M C. Terapias interactivas en grupos. En: Megías Lizancos F y Serrano Parra M D, coordinadores. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: DAE; 2000.
(9) Gamo Medina E, coordinador. Ante la mirada de los otros. Guía de terapias grupales. Madrid: Ediciones libertarias; 2007.
(10) Atares Pinilla E. Los grupos terapéuticos. Master en Psicología Clínica de la Salud 2010-11. [Consultado el 4 de agosto de 2011]. Disponible en: www.epd.ucjc.edu/portal/page/epo2_asignaturas
(11) Carballal Balsa M C. Terapias interactivas. En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J coordinadores. Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Fuden; 2007.
(12) Pérez González S. Intervenciones y cuidados enfermeros: En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J, coordinadores. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica II. Madrid: Fuden; 2008.
(13) Lozano González C. Visita domiciliaria. [Consultado el 4 de agosto de 2011]. Disponible en: www.biblioteca.saludextremadura.com
(14) López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rehabilitación psicosocial. [Consultado el 4 de agosto de 2011]. 2006. Ene; 3 (1). Disponible en: www.psiquiatria.com/articulos
(15) Garcia Laborda A. Consultoría de Enfermería en Salud Mental para Atención Primaria. Cultura de los Cuidados, 2001; V (10): 30-35.
(16) Gutiérrez Sevilla J A. Crisis e intervención en crisis. En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J, coordinadores. Recursos y programas para la Salud Mental. Enfermería de Salud Mental. Madrid: Fuden; 2008.

(17) Cantero Sánchez F J et al. La educación sanitaria y la adhesión terapéutica. En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J coordinadores. Educación para la Salud Mental. Enfermería de Salud Mental. Madrid: Fuden; 2008.
(18) Gutiérrez Sevilla J A. Asesoramiento y Psicoeducación para los Procesos de cambio. En: Fornés Vives J y Gómez Salgado J coordinadores. Recursos y programas para la Salud Mental. Enfermería Psicosocial II. Madrid: Fuden; 2008.
(19) García Moratalla B. ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual? [Consultado el 2 de agosto de 2011]. Disponible en: www.scielo.iscii.es/pdf/neuropsiq

3.7.1. Técnicas específicas de rehabilitación psicosocial

Juan González Cases, Margarita Rullas Trincado

1.- INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial nace en la década de los 70 en países de nuestro entorno y los Estados Unidos de América, y en los 80 en nuestro Estado, con un objetivo en principio sencillo:

> instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la 'curación' (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica[1].

Durante estas tres décadas se ha ido implantando un conjunto de programas e intervenciones de rehabilitación psicosocial que se han ido configurando en torno a las siguientes variables o circunstancias:

A. Las personas con un trastorno mental grave (TMG en adelante) han de vivir en la comunidad. El señalar la comunidad como el espacio donde las personas con TMG deben desenvolverse ha determinado un conjunto de programas sustancialmente diferente de los que serían de aplicación si estas personas estuvieran en instituciones custodiales. Son diferentes las competencias necesarias para desenvolverse en un ambiente normalizado y comunitario a las competencias necesarias para desenvolverse en una institución asilar.
B. La orientación de los programas de rehabilitación psicosocial hacia el desarrollo de competencias personales y el trabajo sobre el entorno de los afectados más que hacia la eliminación de los síntomas del trastorno o la "curación" de la supuesta enfermedad mental.
C. El auge de la práctica clínica basada en pruebas y el consiguiente surgimiento de guías de práctica clínica dentro del campo de la salud y de la que no ha podido, a pesar de algunas resistencias infantiles, abstraerse la salud mental. Así, aun reconociendo las peculiaridades de la asistencia en salud mental respecto a otras especialidades sanitarias y las dificultades para poder validar con el mismo "patrón de oro" que otras intervenciones sanitarias las referidas a las intervenciones rehabilitadoras y psicosociales, ha ido sedimentando un grupo de programas de rehabilitación psicosocial con un cierto aval de eficacia y eficiencia.
D. Las limitaciones y escasos resultados mostrados por los tratamientos farmacológicos en la recuperación de las personas con psicosis y todo ello a pesar de los ingentes esfuerzos dedicados en su investigación, desarrollo y especialmente *marketing*[2]. A pesar de las expectativas que se creaban cada vez que se producía el lanzamiento comercial de un nuevo fármaco, circunstancia sorprendentemente bastante frecuente, la realidad ha ido confirmando que las intervenciones de rehabilitación psicosocial no sólo se mostraban como indiscutiblemente

complementarias a las farmacológicas sino que resultaban potenciadoras de la adherencia al tratamiento biológico y en alguna ocasiones, y no precisamente infrecuentes, el único posible tratamiento al rechazar la persona con TMG la toma de fármacos.

E. La creación y desarrollo de recursos y servicios específicos de rehabilitación psicosocial para personas con TMG que han ido consolidando programas de rehabilitación como una prestación disponible dentro de las redes de atención sociosanitaria pública.

A pesar de los indiscutibles avances en el desarrollo de programas de rehabilitación en las últimas décadas, aun su diseminación y consolidación es insuficiente. Varios hechos explican esta situación:

F. El avance de los enfoques biologicistas en la concepción y explicación de la enfermedad mental, desde los cuales se apuesta por un abordaje de la enfermedad mental restringido casi en exclusiva a los aspectos bioquímicos.

G. La prácticamente ausencia en el currículo académico de las disciplinas relacionadas con la rehabilitación psicosocial, de temas o asignaturas sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave

H. La resistencia de los profesionales y de los sistemas de atención para la implementación de programas de rehabilitación e intervención psicosocial. A modo de ejemplo baste citar el famoso y por otro lado desalentador informe PORT (*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team)* que ya en el año 1998 recogía los tratamientos farmacológicos y psicosociales contrastados para el abordaje de la esquizofrenia y paradójicamente su escasa implantación en la práctica clínica[3, 4]. Más de una década después, aún existiendo un cuerpo aún mayor de evidencias y por tanto mayor grado de recomendación para la aplicación de ciertos tratamientos psicosociales en la esquizofrenia, su aplicación rutinaria y generalizada no ha mejorado sustancialmente[5, 6].

La rehabilitación psicosocial se puede definir como:
"aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible"[7].

Los elementos esenciales que se desprenden de esta definición y que configurarían los ejes en los que situar las prácticas de la rehabilitación serían:

– Rehabilitación como proceso: la rehabilitación no es considerada una meta, un fin en si mismo, sino un proceso, un camino, un medio para la consecución de la integración de las personas.
– Personas con discapacidad psiquiátrica: el sujeto de la rehabilitación no es otro que la persona con trastornos psiquiátricos y discapacidad asociada. La definición de rehabilitación no delimita, ni lo debe de hacer, el rango de discapacidad que abarca. Siendo consecuente con esto, la rehabilitación se define como una práctica de *rechazo cero*, es decir, cualquier sujeto con discapacidad psiquiátrica, sea ésta de la gravedad que sea, puede y debe ser sujeto de rehabilitación.
– Comunidad: elemento central de los procesos de rehabilitación y es ahí, en la comunidad, donde la rehabilitación va a operar con toda su potencia y sentido. Esto no quiere decir que la rehabilitación no pueda ser practicada en otros contextos diferentes al comunitario, sino que esta cobra su máximo sentido cuando se articula en y con la comunidad.
– Reintegración, mejora del funcionamiento, en su entorno social: todas las estrategias

de las que dispone la rehabilitación psicosocial estarán orientadas a la mejora del funcionamiento del usuario que le disponga a una integración en su ambiente natural y social. Esta mejora de funcionamiento tiene como corolario el que no puede haber rehabilitación sin "enseñanza". La integración en la sociedad requiere competencias, habilidades, formas adecuadas de actuar que deben ser aprendidas por los usuarios y que los profesionales debemos por tanto enseñar. No hay procesos "mágicos" con los que alguien es competente socialmente sin un aprendizaje previo.

– Normalización: las personas con trastornos psiquiátricos son ante todo ciudadanos de pleno derecho y como tales no requieren para su integración de espacios propios para la ejecución de roles valiosos socialmente. Sus espacios y tiempos de ocio, de trabajo, de estudios, etc. serán los mismos que utilizan el resto de ciudadanos de su comunidad. Hacer lo contrario sería reproducir a pequeña escala prácticas marginadoras y estigmatizantes.
– Independencia: el que la persona con trastorno psiquiátrico puede valerse por si misma, ser autónomo e independiente debe ser considerado un valor esencial en toda práctica rehabilitadora. Ser dependiente, y por tanto sujeto de rehabilitación, hay que entenderlo no solo con respecto a la familia o entorno cercano, sino también con respecto a los servicios y profesionales. El fin último sería que tras un proceso de rehabilitación el sujeto pudiese ejercer roles valiosos socialmente de forma independiente y autónoma a profesionales y familiares. Dicha autonomía no hay que considerarla como un valor absoluto e independiente de su contexto, sino que vendrá definida en función del contexto social y cultural donde se ejerce.
– Individualización: siendo la normalización, la independencia, la integración social, valores guía de la rehabilitación psicosocial, su concreción se realiza sobre sujetos únicos, con sus potencialidades, recursos, discapacidades y contextos particulares. Es por ello que no se pueden predefinir objetivos y estrategias comunes o iguales para todos los usuarios. Sí debe aceptarse la máxima de conseguir el mayor grado posible de autonomía, integración y calidad de vida en cada usuario. No poder conseguir la plena integración y autonomía no invalida que el sujeto no puede participar de un proceso de rehabilitación psicosocial. Esto hace que en algunas personas se haga imprescindible diseñar estrategias de apoyo y soporte social que mantengan el nivel de funcionamiento conseguido tras un proceso de rehabilitación.

Los procesos de rehabilitación se suelen desarrollar en fases. Dichas fases no habría que considerarlas de forma rígida sino como guía de cómo estructurar la atención, pudiendo intercalar o combinar varias fases en función de las necesidades de la persona.

1. Fase de evaluación: se realizará una evaluación funcional de la persona y de su entorno, con especial atención a la familia y al contexto próximo.
2. Fase de planificación: con los datos obtenidos de la fase anterior se confeccionará un plan individualizado de rehabilitación.
3. Fase de intervención: a través de intervenciones individuales, grupales y el uso de recursos comunitarios se irá intentando dar respuesta a los objetivos planteados en el plan individualizado.
4. Fase de seguimiento y alta: una vez conseguidos los objetivos de rehabilitación se establecerá una fase para la consolidación de éstos y la desvinculación progresiva del servicio de rehabilitación. El final de esta fase conlleva el alta del dispositivo.

2. METODOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

A continuación se presentan algunas consideraciones para el desarrollo e implementa-

ción de los programas e intervenciones de rehabilitación psicosocial en TMG.

La primera consideración sobre programas de rehabilitación psicosocial hace referencia a las áreas que deben abordar los programas. Teniendo en cuenta que el objetivo de la rehabilitación psicosocial en psicosis es la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de las personas afectadas, la decisión de qué programas son pertinentes vendrá determinada por su mayor o menor relación para la consecución de dichos objetivos. Así, los programas deberán atender a algún aspecto de los que se podría denominar "áreas vitales" o *"áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada"*[8]. Programas de rehabilitación psicosocial que no ayuden a la consecución de objetivos relacionados con las áreas vitales no deberían ser considerados como tales. Esta consideración situaría fuera de la rehabilitación psicosocial aquellos programas o intervenciones que atiendan a lo ocupacional, al entretenimiento sin más, al hacer por hacer.

Delimitada la batería de programas que serían propios de la rehabilitación psicosocial habría que hacer una segunda consideración y es que a una persona concreta con psicosis o TMG sólo se deberían aplicar aquellos programas o intervenciones que realmente necesite para su desenvolvimiento autónomo e integrado en la comunidad. Es por ello que antes de la aplicación de cualquier intervención se hace ineludible una evaluación funcional previa del sujeto y de su entorno para determinar los objetivos individualizados a conseguir y por consiguiente las intervenciones que presuponemos pueden ayudar a la persona afectada a conseguir sus objetivos.

Señalar también que un programa de rehabilitación psicosocial es importante por si solo pero que sus resultados se potencian y refuerzan cuando forma parte de un conjunto de programas e intervenciones globales que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con un trastorno mental grave como es la psicosis. Los diferentes programas no deben ser compartimentos estancos sino que deben estar intercomunicados de tal forma que las habilidades que se están aprendiendo en un programa puedan ser practicadas y reforzadas en el resto de las intervenciones en las que participe el sujeto. Por ejemplo si en un programa de habilidades sociales se está trabajando el inicio de conversación, esta habilidad debe ser reforzada cuando la persona esté también participando en otros programas diferentes.

Las últimas consideraciones se refieren a la aplicación y metodología de los programas de rehabilitación. En primer lugar habría que señalar que los programas de rehabilitación psicosocial pueden implementarse tanto en formato individual o grupal. La decisión de aplicar un formato u otro vendrá determinada por:

- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos individuales de la persona.
- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos propios del programa.
- La disponibilidad del servicio o recurso para poder combinar ambos formatos.
- La disponibilidad de usuarios para conformar o no un grupo homogéneo en cuanto al nivel de capacidad, compresión y dificultades comunes que van a intentar solventar el programa de rehabilitación.

Ambos formatos de intervención, grupal o individual, no son excluyentes sino que en muchos casos son complementarios. Así, a modo de ejemplo, una persona puede participar en un programa de psicoeducación y manejo de la enfermedad y simultáneamente recibir apoyo y sobreentrenamiento a nivel individual en esta misma área.

Los programas de rehabilitación psicosocial tienen una orientación hacia la competencia. Es decir a sumar en el repertorio

conductual del sujeto habilidades y competencias que se han mostrado como importantes para la consecución de sus objetivos de autonomía e integración. En vez de centrar el foco en la eliminación de déficit, los programas de rehabilitación van a enfocarse hacia la dotación de competencias que hagan cada vez más invisible la discapacidad.

Los principios metodológicos que sustentan los programas de rehabilitación son los derivados de los principios del aprendizaje y la modificación de conducta, sin embargo, algunas peculiaridades que se presentan con frecuencia en la psicosis y en los TMG, requieren algunas adaptaciones de dichos principios. Las peculiaridades más habitualmente observadas serían:

– La sintomatología presente: ideas delirantes, alucinaciones, apatía, alogia, lenguaje desorganizado, alto nivel de ansiedad, etc.
– La evaluación, generalmente desfavorable, que la propia persona con psicosis hace de su grado de competencias y habilidades.
– Los déficits en el procesamiento de la información, especialmente en el nivel atencional.
– La falta de estrategias y hábitos intelectuales.
– La carencia de contenidos culturales y habilidades básicas.
– La ausencia de hábitos de trabajo en grupo.
– Un estilo de refuerzo predominantemente basado en refuerzos negativos e inmediatos, con muchas dificultades para operar con refuerzos diferidos.

Por todo lo anterior podrían señalarse algunas recomendaciones metodológicas que pueden facilitar el desarrollo de los aprendizajes derivados de los programas de rehabilitación psicosocial:

– Siendo lo habitual combinar diferentes métodos de aprendizaje, los más eficaces parecen ser aquellos que están sustentados en la práctica repetida por parte del sujeto de la habilidad a implementar.
– En habilidades complejas o con sujetos con alto grado de deterioro puede ser aconsejable la graduación del aprendizaje y la aplicación de las técnicas de moldeamiento.
– Aún siendo la individualización una característica que todo proceso de aprendizaje debe considerar, en el caso de personas con psicosis la individualización se hace imprescindible para una adecuado desarrollo de los procesos de rehabilitación. Así, incluso cuando los programas de rehabilitación psicosocial se desarrollen en formato grupal, los responsables de su implementación deberán tener la suficiente pericia como para adaptar el formato grupal a los intereses, objetivos y capacidades particulares de todos y cada uno de los miembros del grupo.
– Asumiendo el modelo de competencia *"el técnico no trata de resolver los problemas al ciudadano, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de competencia"*[9]. Así se debe favorecer que la persona afectada desarrolle sus propias habilidades para analizar su comportamiento y operar autónomamente sobre él. Las técnicas de resolución de problemas suele ser una metodología muy utilizada en los diferentes programas de rehabilitación psicosocial.
– El desarrollo de programas de rehabilitación será más efectivo si se promueve la participación activa de los usuarios en ellos. Ofrecer información, motivar, ajustar las intervenciones a los objetivos particulares de las personas, mostrar los avances que se van produciendo y ofertar contextos donde los propios afectados puedan mostrar sus opiniones y expectativas de cambio a los profesionales, pueden ser algunas recomendaciones que ayuden a una implicación activa y efectiva en los procesos de rehabilitación.
– Las sesiones de entrenamiento en los programas de rehabilitación con personas afectadas de psicosis:

- Suelen tener una frecuencia de 1 ó 2 sesiones a la semana con una duración en torno a los 60 minutos.
- Cuando el programa se realiza en grupo, éste no ha de ser muy numeroso, siendo entre 6 y 8 componentes un número adecuado para su desarrollo. Esta cifra será ajustada en función de las características del grupo, así, un grupo con personas con alto deterioro, con dificultades cognitivas importantes o con un nivel sociocultural bajo deberá tener un número más reducido de participantes.
- Las sesiones de entrenamiento suele seguir el siguiente esquema:
  1. Repaso de las tareas acordadas en la sesión anterior.
  2. Repaso de los temas vistos en la sesión anterior.
  3. Presentación de los contenidos de la sesión actual.
  4. Modelado.
  5. Ensayo de conducta (*Role playing).* Cada asistente a la sesión deberá como norma general realizar al menos un ensayo.
  6. Feedback.
  7. Tareas para la próxima sesión individualizadas para cada uno de los asistentes.
- Si la persona o personas del grupo presenta déficits cognitivos básicos, las sesiones deberán ser más cortas, las instrucciones más sencillas, los ejercicios más variados y la presentación de la información más esquemática.

– La generalización de lo aprendido en los programas de rehabilitación a los contextos naturales de la persona es un proceso que debe ser planificado y considerado esencial para el buen hacer en rehabilitación. Algunas recomendaciones básicas para su consecución serían:

- Realizar entrenamientos lo más realistas posibles y adaptados a las características específicas del sujeto y su entorno.
- Asegurarse de que las habilidades y competencias que el sujeto va a ejercitar en su contexto sean exitosas, es decir adecuadas y reforzadas en su medio natural.
- No finalizar los programas de rehabilitación de forma brusca sino ir reduciendo las sesiones paulatinamente.
- Asignar tareas para la práctica en el entorno natural entre sesión y sesión del programa.
- Informar y entrenar a personas del entorno del usuario para que refuercen las competencias que el sujeto está intentando poner en marcha.
- Utilizar en los programas de rehabilitación refuerzos semejantes a los que el sujeto va a recibir en su medio.
- Ir modificando los patrones de refuerzo, desde el refuerzo continuo hacia el intermitente, desde el refuerzo inmediato al demorado y del refuerzo externo al interno.

Tras varias décadas desarrollando programas de rehabilitación psicosocial en personas con TMG y sus familiares, con probada eficacia en muchos de ellos, se están empezando a señalar los elementos comunes o esenciales que aparecen en dichos programas. Así, siguiendo a Fenton y Schooler[10] se han podido identificar las siguientes características comunes que aparecen sistemáticamente en aquellos programas de rehabilitación que se han mostrado eficaces:

– Énfasis en la educación acerca del trastorno: origen, evolución, tratamiento, etc.
– Relación entre el profesional y el afectado sustentada en la sinceridad, confianza y cercanía.
– Enmarque en el modelo de vulnerabilidad-afrontamiento al estrés y de “recuperación”.
– Trabajo para fortalecer los recursos de afrontamiento propios del usuario.
– Movilización de todos los apoyos disponibles.
– Visión de los familiares como aliados.
– Individualización de las intervenciones.
– Consideración de las preferencias y metas propias del usuario y de la familia como elementos centrales del tratamiento.

3. EVALUACIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Siendo el fin último de la rehabilitación la mejora de la adaptación y el funcionamiento de la persona con una enfermedad mental en su entorno comunitario de la manera más autónoma posible, será imprescindible conocer qué capacidades y habilidades le exige poner en funcionamiento dicho medio, si las posee y, si no es así, si puede adquirirlas o recuperarlas y de qué manera. Es decir, será necesario evaluar a la persona y sus competencias pero también a su entorno, al ambiente en el que va a tener que adaptarse, conocer sus recursos y sus demandas. Sin una evaluación rigurosa no podrán concretarse objetivos de rehabilitación, ni valorar si se están consiguiendo avances o no en el proceso.

Se puede hablar así de una evaluación inicial que deberá ser permanentemente actualizada mediante evaluaciones continuas a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. Dicha evaluación continuada permitirá además profundizar en el análisis más allá de los datos generales obtenidos en la evaluación inicial. Así pues, la evaluación no es sólo la primera fase imprescindible de todo proceso de rehabilitación, sino un elemento clave para el desarrollo de todo él.

La evaluación inicial debe permitir conocer la historia de aprendizaje y vital de la persona que explicarán la situación actual, pero también realizar "una fotografía" de su realidad en ese momento. Será necesario que dicha "fotografía" vaya detallándose con una evaluación permanente y continuada.

Debemos entender que la fase de evaluación no es solamente un proceso lo más riguroso posible de recogida de información. Incluye también el adecuado análisis de los datos recogidos. Además, como fase inicial del proceso de rehabilitación, la evaluación tendrá el objetivo añadido y fundamental de establecer las bases de una adecuada relación con el usuario y su familia, sustento de todo el trabajo posterior.

3.1 Metodología de la evaluación en rehabilitación

En el apartado anterior ya se comentaron algunas de las características metodológicas más relevantes que deben tenerse en cuanta para realizar un proceso de evaluación riguroso:

- Proceso continuo y permanentemente abierto.
- Que recoja información sobre el antes y el después del inicio de la aparición del problema.
- Referida tanto a la persona como a su entorno y la interacción entre ambos.
- Detectar y operativizar las necesidades del usuario. Para conseguirlo es condición necesaria partir del análisis de sus demandas y expectativas.
- Orientarlo hacia la autonomía, independencia e integración social del usuario.

Los profesionales de la atención a personas con enfermedad mental grave podemos caer con facilidad en la tendencia a centrar nuestra atención en lo más llamativo que suelen ser las manifestaciones sintomatológicas y los déficit conductuales asociados a ciertos procesos de deterioro. Debemos pues dejar claro que será clave para evaluar en rehabilitación prestar tanta o más atención a las habilidades y competencias conservadas por la persona, ya que estás serán algo así como el punto de apoyo de la palanca de la rehabilitación, serán los cimientos sobre los que se podrá construir nuevas habilidades o reincorporar las perdidas.

Para completar la rigurosa evaluación que se propone, será necesario ser capaces de analizar toda la información y los datos recabados mediante un análisis funcional que permita evitar especulaciones, centrándose en conductas concretas.

Aunque postulamos el rigor, este no debe suponer procesos de evaluación excesivamente largos que resultarán aversivos para la persona y dificultarán su implicación al proceso de rehabilitación. No debemos olvidar que está fase suele ser, por diversos motivos, la menos atractiva para el usuario.

Durante la evaluación inicial se mantendrán contactos con el usuario y su familia, como elemento clave de su entorno, tanto individual como conjuntamente. Siempre que sea posible se realizará, durante la misma, una visita al domicilio del usuario pues aportará información de primera mano sobre su ambiente más cercano y personal. En los casos en que por alguna razón está visita no pueda llevarse a cabo durante la evaluación, esta se desarrollará en el momento que sea posible.

Todos los profesionales que participen en la evaluación deberán estar perfectamente coordinados para distribuirse las áreas a evaluar y evitar redundancias que sólo aportarán cansancio al evaluado. De esta forma, cuantos más profesionales intervengan más necesaria será dicha coordinación, pues más probabilidades habrá de solapamientos, más exigente será el proceso para la persona que tendrá que "adaptarse" a diversos profesionales, y mayor será el riesgo de saturación ante el número de citas.

3.2 Áreas e instrumentos de evaluación.

Durante la fase de evaluación se intentará recoger todas la información que sea necesaria pero cuidando que además sea pertinente; es decir, que sea relevante para el proceso de rehabilitación y para el usuario o su familia. Con vistas a ordenar la información recogida y facilitar su posterior análisis, los datos se podrán organizar en diversas áreas. Las que tradicionalmente se consideran en rehabilitación suelen ser, con estas u otras denominaciones, las que se comentan someramente a continuación:

1. Datos biográficos y clínicos: se recogerán los datos de la evolución vital de la persona y de su historia de aprendizaje, especialmente de aquellos relacionados con sus habilidades y competencias, pasadas y presentes, y con el inicio y evolución de la enfermedad mental.
2. Demandas y expectativas: será esencial conocer de primera mano que espera el usuario y sus familias del proceso que se les propone. Conocer sus objetivos y la ayuda que esperan recibir ayudará a acercarles el proceso de rehabilitación haciéndoselo entendible y deseable.
3. Actitud ante la enfermedad y medicación: por una parte, incluye los conocimientos que sobre la enfermedad y la medicación tiene la persona y su aceptación, rechazos, dudas, miedos, etc, que mantiene ante ambas. Por otra, el nivel de autonomía sobre todas las conductas relacionadas con el cuidado de la salud mental.
4. Prevención de recaídas: se trataría de detectar cuales han sido en el pasado los factores de riesgo y protectores ante situaciones de crisis psiquiátricas, incluyendo a ser posible conductas prodrómicas.
5. Conductas problemáticas: se refiere a la existencia o no de conductas muy disruptivas que, relacionadas directamente o no con la enfermedad mental, dificulten el funcionamiento adaptado de la persona.
6. Capacidades cognitivas: en este área se incluirán datos sobre el funcionamiento de la persona respecto de las competencias cognitivas más importantes (atención, memoria, lenguaje…).
7. Ansiedad y manejo emocional: según el modelo de vulnerabilidad al estrés, el modelo explicativo de la enfermedad mental aceptado, la intención es recabar datos sobre qué situaciones son las más claramente ansiógenas para el sujeto. Además sería necesario detectar el repertorio de manejo emocional como factor modulador en el afrontamiento.
8. Autocuidados y actividades de la vida diaria: se recogerá información sobre las conductas implicadas en el cuidado personal y de la propia salud, así como todo lo relacionado con las tareas domésticas y actividades cotidianas.
9. Red y competencia social: será muy relevante conocer la composición de la red social de la persona, sus elementos claves y las relaciones que se estable-

cen entre ellos, además del repertorio conductual que es capaz de desplegar el usuario en situaciones sociales.

10. Ocio: aunque sin duda esté área está relacionada estrechamente con algunas de las anteriores, puede ser interesante recoger explícitamente que actividades de ocio realiza la persona en la actualidad comparándolas con las realizadas en el pasado.
11. Medio familiar: no sólo será relevante conocer qué miembros forman la estructura familiar cercana, sino las relaciones que se establecen entre ellos, sus roles dentro de la familia, sus pautas de comunicación, su grado de conocimiento del problema, sus necesidades y demandas y el papel que pueden jugar en la mejora de la calidad de vida del usuario y de ellos mismos.
12. Integración comunitaria: se refiere esta área al grado de autonomía y competencia del individuo para desenvolverse en el medio circundante y la utilización que hace de los recursos cotidianos disponibles.
13. Área laboral: se recogerán sus experiencias formativas y laborales, tanto exitosas como no, desde las más lejanas a las más próximas en el tiempo.

Los instrumentos para la recogida de la información utilizados en la evaluación inicial en un proceso de rehabilitación no difieren de los utilizados en otro tipo de evaluaciones. Así los principales serán:

- La entrevista. Se recomienda utilizar el modelo de entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas que ayuden a concretar las respuestas, con un guión preparado. Debe cuidarse el lenguaje para facilitar la compresión de los mensajes adaptándose a las capacidades del entrevistado y a su situación emocional y psicopatológica. Las entrevistas familiares permitirán recoger información sobre el medio familiar, además de complementar y contrastar la información aportada por el usuario.
- Los registros. De uso muy extendido, debe cuidarse su correcto diseño para que puedan cumplir adecuadamente el objetivo para el que fueron creados, especialmente si se utilizan en su modalidad de autoinforme a cumplimentar por el usuario ya que debemos garantizar su total comprensión. Debemos utilizar registros de fácil manejo y, si es necesario, diseñar un programa de control estimular para garantizar que se haga.
- La observación directa. Puede proporcionar importante información sobre el repertorio conductual en una situación específica pero debe centrarse en aspectos concretos de la conducta y conviene que el evaluador se apoye en algún tipo de registro para recoger la información, sin olvidar que la misma se referirá al ambiente concreto en que se produce la observación, no necesariamente extrapolable a otros ambientes.
- Los cuestionarios y escalas. Siendo multitud los existentes, si se decide emplear alguno durante la evaluación inicial, deberá procederse con la meticulosidad que estas pruebas de medida aconsejan, cuidando el lugar, forma y profesional que los administra. Para una descripción detallada de los principales cuestionarios y escalas utilizadas en rehabilitación véase Casas y cols[11].

Dado la cantidad de áreas potencialmente a evaluar y la diversidad de instrumentos a utilizar, es aconsejable que los evaluadores dispongan de un protocolo de evaluación que les sirva de guía a seguir y de documento aglutinador de la información, evitando que ésta quede dispersa. Además ello dotará de coherencia las diferentes evaluaciones independientemente de los profesionales que las lleven a cabo.

RESUMEN
La rehabilitación psicosocial es una prestación imprescindible en la red de atención psicosocial comunitaria de salud mental.

La rehabilitación pretende mejorar la autonomía, independencia, integración social y funcionamiento psicosocial de las personas con un trastorno mental grave.

La rehabilitación tiene una metodología estructurada y rigurosa para su desarrollo basada en los principios del aprendizaje.

Nota. La bibliografía comentada y la bibliografía citada de este capítulo están en el siguiente.

3.7.2. Técnicas específicas de rehabilitación psicosocial

Juan González Cases, Margarita Rullas Trincado

4.- PLANIFICACIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La planificación en rehabilitación se realiza después de la recogida de información, la evaluación continua y el análisis funcional de la misma por parte de profesionales competentes para ello. Fruto de este análisis se diseña un plan de trabajo, una programación que se concreta en objetivos a alcanzar y en intervenciones específicas para cada uno de ellos. Dicha programación se constituye en el Plan Individualizado de Rehabilitación que es único para cada usuario. Dicho plan deberá ser consensuado con él y su familia y ser compartido por todos los profesionales y recursos que van a intervenir en el proceso.

Es entendible que el desarrollo de los PIR se demorará en el tiempo y, por lo tanto, debe permitir su modificación y estar sujeto a continua evaluación y análisis.

Los Planes Individualizados de Rehabilitación deben contener:

- Los objetivos generales que se pretenden conseguir con el usuario.
- Los objetivos específicos que concreten los anteriores.
- Las intervenciones de que nos serviremos para tratar de alcanzar dichos objetivos.
- Estar secuenciados temporalmente, desde lo más cercano a lo más lejano en el tiempo.

Establecimiento de objetivos: toda intervención que pongamos en marcha en rehabilitación debe referirse a un objetivo concreto expuesto en el PIR. Por lo tanto, el PIR será la guía de todas las intervenciones que se lleven a cabo con el usuario y sus familias. Por ello, es importante que los PIR estén bien definidos y estructurados en objetivos generales y específicos. Los objetivos generales se referirán a metas generales y por lo tanto serán más abstractos. Los objetivos específicos concretan y desarrollan los objetivos generales, refiriéndose a conductas o secuencias conductuales que deben ser medibles.

Por último señalar que es necesario definir cómo se van a alcanzar estos objetivos y concretar cuáles se intentarán alcanzar primero y cuáles sucesivamente y por qué. Las intervenciones propuestas para alcanzar los objetivos del PIR no se deben restringir a los programas que disponga el centro o dispositivo de rehabilitación sino que pueden incluir intervenciones de otros dispositivos y recursos comunitarios.

5.- PROGRAMAS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se comentan a continuación aquellos programas e intervenciones en rehabilitación psicosocial en el TMG que han demostrado su pertinencia o aparecen como recomendados en las principales guías de práctica clínica[12-19].

Programa de habilidades sociales:

Justificación: una consecuencia muy frecuente al padecer una psicosis es la pérdida de la red social y la presencia de un déficit en la competencia y en las habilidades sociales. Estas dificultades colocan a la persona en una situación de aislamiento, mayor riesgo de recaídas y menor funcionamiento e integración social[20].

Siguiendo a Bellack, Mueser, Gingerich, y Agresta[21] los diferentes programas de habilidades sociales asumen las siguientes premisas:

– La competencia social está compuesta de una serie de componentes/habilidades.

– Estas habilidades son o pueden ser aprendidas.
– La disfunción social ocurre cuando:
  • Las conductas requeridas no están presentes en el repertorio conductual de la persona.
  • Las conductas requeridas no son usadas en el momento adecuado.
  • La persona ejecuta conductas socialmente inadecuadas.
– La disfunción social puede ser corregidas con el entrenamiento de habilidades.

Objetivo: los programas de habilidades sociales pretenden mejorar las competencias y habilidades relacionadas con la interacción social a través de procesos estructurados de entrenamiento y aprendizaje de habilidades específicas a los diferentes contextos y situaciones en las que se desenvuelve el sujeto.

Componentes: Generalmente los diferentes programas de habilidades sociales para personas con psicosis trabajan sobre uno o varios de los siguientes componentes en función de los déficits que plantean los sujetos de entrenamiento:
– Repertorios de comunicación verbales, no verbales y paralingüísticos: mirada, postura, gestos, distancia, sonrisa, latencia de respuesta, volumen, tono, vocalización, hacer preguntas, pedir información, etc.
– Habilidades de recepción y percepción social: necesarias para atender y percibir adecuadamente la información social relevante en las situaciones: identificar a personas, reconocer deseos, sentimientos y estados en los interlocutores, etc.
– Habilidades de conversación: iniciar, mantener, cambiar de tema y cerrar conversaciones.
– Habilidades asertivas: críticas, expresión y defensa de opiniones, defensa de los derechos, decir no, pedir favores, etc.
– Expresión de emociones positivas y negativas.
– Resolución de problemas interpersonales.
– Habilidades instrumentales para la mejora del funcionamiento de la vida cotidiana: habilidades sociales para pedir información, comprar, utilizar recursos comunitarios, obtener un empleo, etc.

Metodología: los programas de habilidades sociales utilizan una metodología estructurada de aprendizaje con prácticas conductuales de diferentes habilidades contextualizadas a situaciones interpersonales específicas y con tareas para la práctica en la vida cotidiana.

Aunque el programa se puede realizar en un formato individual, es frecuente su desarrollo en grupos de 5 a 10 personas dirigidos por dos profesionales. La frecuencia de sesiones suele ser de 1 ó 2 a la semana y la duración de cada una en torno a unos 60-90 minutos. Se suelen combinar sesiones de entrenamiento en los dispositivos con sesiones de entrenamiento en contextos naturales. La duración del programa debe ser larga, al menos 6 meses, para que se puedan percibir cambios y se asienten los aprendizajes. (Aunque la generalización de los aprendizajes es un objetivo que se aborda a lo largo de todo el programa, las últimas sesiones suelen dedicarse en exclusiva al asentamiento de las habilidades en la vida cotidiana de los participantes.) Los objetivos, características y contextos individuales de cada participante determinaran qué habilidades concretas se entrenarán en el programa.

Desde el principio del programa debemos tener muy en cuenta intervenir en la generalización de las habilidades adquiridas a contextos habituales del usuario, para ello podemos hablar fundamentalmente de cinco estrategias[22]:
1. Favorecer la realización de tareas de entrenamiento intersesiones
2. Role-playing de situaciones reales y funcionales para el usuario, no sacadas de un manual.
3. Sesiones en contextos naturales, lo más cercamo a los contextos propios del usuario.
4. Entrenamientos frecuentes durante un período largo de tiempo.

5. Desvanecimiento progresivo de las sesiones, aumentando el tiempo entre una y otra.

Programa de psicoeducación y prevención de recaídas

Justificación: las personas que sufren un trastorno psicótico presentan con frecuencia una mala adherencia al tratamiento y además, en muchos casos, este trastorno cursa con recaídas periódicas que se alternan con periodos de remisión completa o parcial. Al igual que en otros problemas de salud crónicos o agudos la información de la que disponga el paciente sobre la enfermedad y las pautas y consejos para su afrontamiento mejorará sustancialmente el seguimiento de los tratamientos y por ende el curso o pronóstico de la enfermedad. Los modelos psicoeducativos[23-25] se apoyan en la Teoría de la Vulnerabilidad[26, 27] y en el Enfoque Educativo, según el cual el proporcionar información sobre la enfermedad favorece el desarrollo de actitudes favorables hacia la misma, propone el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia a los tratamientos, la comunicación eficaz con el sistema socio-sanitario y el conocimiento de la enfermedad.

Objetivos: aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y las competencias necesarias para su manejo adecuado.

Componentes: los programas psicoeducativos se articulan en torno a los siguientes módulos:

– Psicoeducación sobre la enfermedad: enmarcado en la Teoría de la vulnerabilidad a la psicosis se abordan todos los aspectos relacionados con la enfermedad: causa, pronóstico, síntomas, factores de riesgo de recaídas, factores protectores, tratamientos farmacológicos, tratamientos psicosociales, modelo de recuperación, etc.
– Prevención de recaídas: modelos de recaídas, factores de riesgo y protectores, pródromos y plan de prevención y resolución de recaídas.
– Habilidades de manejo y autonomía: se abordan todos los temas relacionados con la competencia y autonomía en el seguimiento del tratamiento: autonomía en la toma, renovación y manejo de la medicación, habilidades de comunicación con los profesionales de la salud, etc.

Metodología: los programas de psicoeducación y prevención de recaída utilizan dos tipos de metodologías complementarias: el enfoque educativo para abordar los aspectos relacionados con la información y el enfoque del aprendizaje con prácticas conductuales para los temas relacionados con las habilidades. El programa puede ser desarrollado en formato individual o grupal. Este último se suele organizar en sesiones semanales de 45 a 60 minutos, con 5 a 10 participantes y con una duración del programa de 4 a 6 meses. Los contendidos informativos se plantean en base a discusiones y diálogos entre los miembros del grupo más que como lecciones “magistrales” del profesional. Se suele utilizar material de apoyo como prospectos de medicamentos, lecturas técnicas, videos, testimonios de usuarios recuperados, etc.

En los temas relacionados con la adquisición de habilidades para la autonomía en el manejo de la medicación, se hace imprescindible la estrecha coordinación y trabajo conjunto con la familia, en cuanto que ésta debe ir traspasando progresivamente la responsabilidad sobre la medicación hacia al usuario.

Programa de autocontrol y manejo de la ansiedad

Justificación: dos serían las razones por las que este programa aparece como pertinente para el abordaje psicosocial de la personas con psicosis:

– Las interferencias y malestar que la ansiedad produce en el funcionamiento cotidiano y que tiene como consecuencia las dificultades que muchas personas con psicosis manifiestan para poder integrase en la comunidad o para poder configurar una red de apoyo.
– El mayor riesgo de recaída que según el modelo de vulnerabilidad a la psicosis

presentan las personas con capacidades de afrontamiento reducido. Según este modelo las recaídas psicóticas se producirían cuando en un momento determinado los factores estresantes desbordan la capacidad de afrontamiento de la persona vulnerable a la psicosis.

Objetivos: que la persona con psicosis sea capaz de identificar aquellas situaciones que le producen ansiedad, aprenda a manejarla de forma competente y se fortalezca su motivación para afrontar nuevas situaciones cotidianas.

Contenidos: en primer lugar se suelen abordar contendidos informativos referidos al concepto de ansiedad, sus aspectos contextuales y las diferentes respuestas que los sujetos emiten antes una situación ansiógena. Posteriormente se explican y practican diferentes técnicas de control de la activación fisiológica (respiración y relajación muscular), mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva y afrontamiento de pensamientos negativos.

Metodología: las sesiones del programa suelen durar en torno a los 60 minutos y la frecuencia de 1 ó 2 a la semana. Su duración es larga para poder ir asentando y practicando en la vida diaria las diferentes técnicas que se aprenden en el programa. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales similares a las aplicadas en otro tipo de trastornos, ofreciendo un amplio abanico de instrumentos terapéuticos (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, control de impulsos, solución de problemas y manejo de la autoestima). La finalidad a largo plazo es que el uso de las técnicas facilite el funcionamiento del individuo en el entorno personal y social inmediato.

Programa de rehabilitación cognitiva:

Justificación: el deterioro en el funcionamiento cognitivo es muy frecuente en personas afectadas de psicosis. Se estima que entre el 60 y el 80% de los pacientes presentan estos déficits y que además muestra correlaciones más altas con el pronóstico de la enfermedad que los propios síntomas psicóticos[28]. Además de su alta correlación con la evolución de la enfermedad, el mejor o peor funcionamiento cognitivo va a tener una clara influencia en la capacidad para poder adquirir otras competencias o habilidades y por ende en un mejor o peor desempeño e integración social.

Siguiendo a Nuechterlein y cols[29] los déficits en el funcionamiento cognitivo de las personas con psicosis se pueden descomponer en las siguientes ocho dimensiones: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y memoria, aprendizaje visual y memoria, razonamiento y solución de problemas, comprensión verbal y cognición social.

Objetivos: mejorar el funcionamiento cognitivo de la persona a través de la restauración de las funciones cognitivas deterioradas, la compensación de las funciones perdidas y la optimización de las funciones conservadas. Dicha mejora deberá traducirse y orientarse hacia un mejor funcionamiento psicosocial y una mayor calidad de vida.

Contenidos: todos los programas de rehabilitación cognitiva hacen especial hincapié en la necesidad de realizar una evaluación cognitiva pormenoriza y una planificación individualizada del proceso de intervención. Fruto de esa evaluación y planificación se abordarán uno o varios de los siguientes contenidos:

– atención: sostenida, dividida, alternante, control atencional, concentración, etc.
– memoria: memoria de trabajo, semántica, verbal, etc.
– funciones ejecutivas: mejora de la capacidad para organizar/planificar secuencias de conducta y orientarla hacia la consecución de los objetivos deseados. Se abordan temas relacionados con la selección y ejecución de planes, control del tiempo, resolución de problemas, control de la conducta, etc.
– cognición social: según Penn, Corrigan, Bentall y Racenstein[30] la cognición social

se refiere a las operaciones mentales subyacentes a las interacciones sociales y que incluyen la habilidad y capacidad humana para percibir las intenciones y disposiciones de los demás. Los contenidos referidos a la cognición social serían: habilidades para la percepción de emociones y sentimientos en los demás, estilos atribucionales, conclusiones, etc. Al estar estos contenidos muy relacionados con la competencia social, también pueden ser abordados en los programas de habilidades sociales.

Metodología: como se comentaba anteriormente la evaluación de las capacidades cognitivas es indispensable para una planificación de la intervención. Existen numerosas pruebas estandarizadas para ello, siendo la batería MATRICS[31] una de las más utilizadas en la actualidad. La intervención en formato individual permite un abordaje óptimo de los aspectos cognitivos aunque también es posible su realización en formato grupal pero prestando especial atención a la homogeneidad de los participantes y a la individualización de las tareas. Los programas de rehabilitación cognitiva en grupo pueden ser diseñados "a medida" de sus participantes ya que existe abundante material disponible para el abordaje de los diferentes componentes del funcionamiento cognitivo. Es importante que el grupo no sea numeroso (entre 5 y 8 personas), con al menos una sesión semanal (preferiblemente 2) y con una duración entre 45 y 90 minutos en función de las capacidades de los participantes. Las tareas diseñadas para aplicar en el programas han de estar graduadas en complejidad creciente y en carga emocional progresivamente mayor.

Desde hace unos años están disponibles también programas específicos de rehabilitación cognitiva, destacando los siguientes: *Integrated psychological treatment for schizophrenic patients (IPT)*[32] programa más amplio pero que contempla, dentro de un modelo de penetración, dos subprogramas ("diferenciación cognitiva" y "percepción social) un procedimiento estructurado de trabajo sobre procesos cognitivos); *Cognitive enhancement Therapy (CET)*[33]; *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia (CRT)*[34]; Attention Shaping[35]; *Cognitive Adaptation Training (CAT)*[36]; programas de rehabilitación cognitiva por ordenador (GRADIOR, REHACOM, etc),

Programa de psicoeducación de familias:
Justificación: los programas de intervención con familias tienen una larga tradición en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG. Su nacimiento y desarrollo ha estado motivado por la conjugación de varios factores:

– Los procesos de reforma psiquiátrica han supuesto que un importante número de personas con psicosis vivan con sus familias.
– Muchas de las familias ejercen funciones de cuidado y por tanto necesitan información, consejo y apoyo para favorecer el mejor clima de convivencia posible.
– Ciertas pautas de relación y comunicación dentro de la familia tiene correlación con una mayor probabilidad de recaída del familiar con psicosis.
– Los familiares no son sujetos pasivos en los procesos de rehabilitación de los usuarios. Su participación e implicación activa favorece una más pronta y mejor recuperación de la persona afectada de psicosis.

Objetivos: que los familiares mejoren su competencia, habilidad e implicación adecuada en el proceso de rehabilitación de su familiar con psicosis. Objetivos secundarios al anterior serían disminuir la carga emocional en los familiares, aumentar la sensación de control, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de toda la familia en su conjunto.

Contenidos: existen diferentes modelos o programas de intervención familiar que con mayor o menor peso contienen módulos comunes:

– Psicoeducación sobre la enfermedad: al amparo de la Teoría de la Vulnerabilidad

se ofrece a las familias información sobre las causas, síntomas, evolución, crisis, tratamientos y recursos de atención.
– Ayuda práctica en mejora de las habilidades de comunicación, resolución de problemas y problemas cotidianos de la convivencia.
– Intercambio y apoyo emocional.

Metodología: los programas de intervención familiar pueden ser llevados a cabo en el domicilio familiar o en cualquier recurso de atención especializada (Centro de Salud Mental, Centro de rehabilitación, Unidad de Hospitalización, etc.). La imprescindible intervención familiar individual suele ser complementada con programas psicoeducativos en grupo, con sesiones en torno a los 90 minutos, frecuencia semanal, duración no inferior a 6 meses y con 5 a 10 participantes. Además de la adquisición de conocimientos y mejora del estilo comunicativo, en los programas de familias suele ser recomendable:
– permitir, sin que la situación llegue a desbordarse, la descarga e intercambio emocional en los familiares
– crear un clima de confianza y colaboración con los profesionales
– no culpabilizar a los familiares de ser la causa de la enfermedad
– favorecer la participación y el intercambio de experiencias entre los familiares.

Otros programas de rehabilitación psicosocial:
– Programa de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD): pretenden mejorar la higiene y el aspecto personal; el manejo en la vivienda; los hábitos de salud (especial atención tendría aquí el control de peso por la correlación que tiene con el abandono de la medicación como efecto secundario de su ingesta), alimentación y sueño; etc. La peculiaridad e intimidad de muchos de los temas que se abordan en este programa hacen recomendable un formato individual, aunque algunos conceptos generales pueden ser tratados en grupo.
– Programa de ocio y tiempo libre: este programa pretende favorecer la práctica de actividades normalizadas de ocio y tiempo libre en el entorno socio-comunitario de la persona. No se pretende "ocupar" el tiempo de ocio de las personas con TMG con actividades programadas y supervisadas por los profesionales. Se trataría de capacitar a la persona con TMG para que pueda utilizar su tiempo libre en la comunidad de la forma más integrada, autónoma y normalizada posible.
– Programa de integración comunitaria: el objetivo de este programa es la mejora del funcionamiento en el uso de los diferentes recursos y servicios de la comunidad. Se abordarían aspectos relacionados con el manejo de los medios de transporte, orientación espacial, entidades bancarias, manejo del dinero, oficinas de correos, recursos comunitarios, etc…Los entrenamientos para el desarrollo de las habilidades de integración comunitaria se realizarán principalmente en el entorno real.
– Programa de inserción laboral: pretende mejorar las competencias de la persona para el acceso y mantenimiento en el mercado laboral. Se contemplan los siguientes contenidos: orientación vocacional, habilidades para buscar y responder adecuadamente a ofertas de trabajo, hábitos básicos de trabajo, habilidades sociales en el entorno laboral, etc. La formación o capacitación profesional se articulará principalmente a través de los recursos normalizados formativos laborales que existan en la comunidad; así, la función de los programas de rehabilitación es preparar a la persona para que pueda acceder y rentabilizar estos recursos. En la medida de lo posible se promoverá la inserción en empleos ordinarios.

Programa de habilidades de crianza para padres-madres con enfermedad mental grave: pretenden enseñar y dotar a los padres de estrategias y habilidades específicas para facilitar la tarea de educar a sus hijos y afrontar las dificultades que vayan surgien-

do. Los contenidos del programa se dividen en tres módulos: una primera dedicada a aclarar conceptos básicos sobre enfermedad mental, una segunda parte que constituye el núcleo del programa sobre "manejo de contingencias" que revisa de nociones básicas de la teoría del aprendizaje, así como el aprendizaje y la generalización de algunas técnicas sencillas de modificación de conducta, y una tercera parte en la que se informa y orienta sobre actividades de ocio-tiempo libre y recursos normalizados en relación a la infancia y niñez. Los participantes en el programa se agrupan en función de las edades de sus hijos para adaptar los contenidos a las necesidades de éstos.

RESUMEN

La evaluación y planificación de la intervención son elementos imprescindibles en todo proceso de rehabilitación psicosocial.

Los programas de rehabilitación son estrategias estructuradas de intervención que facilitan la consecución de los objetivos individualizados de rehabilitación.

Los programas de rehabilitación deben formar parte de un conjunto global, amplio y coherente de prestaciones que atiendan las diferentes necesidades psicosociales y sociales de las personas con trastorno mental grave y su familias.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Fernández, J.A., Touriño, R., Benítez, N., Abelleira, C. (Editores). *Evaluación en rehabilitación psicosocial.* Valladolid, FEARP, 2010. Amplio y actualizado repaso de la pertinencia, fundamentos y metodología de la evaluación en rehabilitación psicosocial. Incluye a su vez capítulos específicos que desarrollan la evaluación de las diferentes áreas de la rehabilitación: evaluación familiar, drogas, riesgo de suicidio, recaídas, funciones cognitivas, habilidades sociales, etc.

Rodríguez, A (coord.) (1997). R*ehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos.* Madrid: Ediciones Pirámide. Manual de referencia en rehabilitación psicosocial escrito por profesionales de nuestro entorno. Texto útil, actual y completo que busca un adecuado equilibrio entre teoría y práctica. Cada tema y área de aplicación consta de una exposición de sus fundamentos teóricos y de los principales desarrollos científicos, junto con una descripción pormenorizada de las estrategias de intervención y las prácticas más eficaces. La mayor parte de los capítulos se completan con un caso o ejemplo práctico.

Pastor A, Blanco A, Navarro D. (coords.) (2010) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave.* Madrid: Editorial Síntesis. Este manual de reciente publicación describe los principios teóricos y prácticos de la rehabilitación psicosocial, incorpora estrategias para la evaluación funcional y el diseño del plan individualizado de rehabilitación psicosocial; analiza las poblaciones especiales de pacientes afectados, nos introduce en los procesos de intervención temprana, incorpora las técnicas psicológicas y psicosociales que se emplean para ayudar en el proceso de recuperación del trastorno mental grave y plantea los problemas éticos de la rehabilitación en los equipos multidisciplinarios.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Desviat Muñoz, M. El devenir de la reforma psiquiátrica. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. (coords.) Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis. 2010. p 43.

(2) González Pardo, H. y Pérez Álvarez. M. La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?. Madrid: Alianza Editorial; 2007.

(3) Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. and the coinvestigators of the PORT project (1998a). Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin, 24(1): 1-10.

(4) Lehman, A.F. y Steinwachs, D.M. (1998b) Pattern of Usual Care for Schizophrenia:Initial Results From the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. Schizophrenia Bulletin, 24(1), 11-20.

(5) Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W., Lehman, A., Tenhula, W.N., Calmes, C., Pasillas, R.M., Peer, J., Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. Schizophrenia Bulletin, 36(1), 48-70.
(6) Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B. (2010) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin Advance Access published on December 2, 2009. Schizophr Bull , 36(1), 94-103.
(7) Rodríguez González, A. (1994). "Sobre la rehabilitación psicosocial: reflexiones y perspectivas". Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, nº 0, 4-9.
(8) Fernández Blanco, J.I., Fernández y Fernández, J., González Cases, J., Orviz García, S. (2002). Consideraciones sobre el plan individualizado de rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. Revista de la AMRP; 8(14), 5-9.
(9) Costa, M., López, E. (1982). La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. Papeles del Psicólogo,2, 17-22.
(10) Fenton, W.S., Schooler, N.R. (2000). Evidence-Based Psychosocial Treatment for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 26(1),1-3.
(11) Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M., Ochoa, S. (2010) Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.,. XXX(105),25-47.
(12) NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. (2003). Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
(13) NICE, Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE Clinical Guideline,31; 2005.
(14) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05; 2009.
(15) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2005). Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Aust N Z J Psychiatry.;39 (1-2),1-30. Review
(16) Sociedad Española de Psiquiatría S.E.P. Consenso Español de Expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia. SEP; 1-54; 2000
(17) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. (http://www.guideline.gov/); 2004.
(18) Canadian Psychiatric Association. (2005), Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry. 50 (13 Suppl 1), 7S-57S.
(19) San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J.M., Lalucat, LL., Martínez, C., Sánchez, I., Teixidó, M. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2003.
(20) Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. Social skills. Training for Psychiatric Patients. Nueva YorK: Pergamon Press; 1989.
(21) Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide. Second Edition. New York: Ed. Guilford Press, 2004.
(22) Orviz, S., Lema, M. (2000) Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales, Intervención Psicosocial, 9 (1); 117-126
(23) Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). Schizophrenia and the family. Nueva York: Guilford Press.
(24) Fallon, I., Boyd, J.L. y McGill, C.W. (1984). Family Care of Schizophrenics. Nueva York: Guilford Press.
(25) Liberman, R.P. (1993). Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martinéz Roca (edición original, 1988)
(26) Zubin, J., & Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 1977. 86, 103-126.
(27) Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. Schzophrenia Bulletin, 10, 300-312.
(28) López Luengo, B., Florit Robles, A., González Andrade, A. Rehabilitación del funcionamiento cognitivo. En Pastor, A., Blanco, A., Navarro, D. (coords.) Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis, 265; 2010.
(29) Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F. y Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. Schizophrenia Research, 72, 29– 39

(30) Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P. y Racenstein, J. (1997). Social Cognition in Schizophrenia Psychological Bulletin, 121(1), 114-132
(31) Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia new approaches conference. Schizophr Bull,31,882-7.
(32) Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., & Kienzle, N. Terapia integrada de la esquizofrenia (Integrated therapy for schizophrenia). Barcelona: Ariel; 1996.
(33) Hogarty, Q.E. y Flesher, S. (1999). Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 25(4), 693-708
(34) Wykes, T. y Reeder, C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and practice. New York: Routledge 2005.
(35) Menditto, A.A., Baldwin, L.J., O'Neal, L.G. y Beck, N.C. (1991). Social learning procedures for increasing attention and improving basic skills in severely regressed institutionalized patients. Journal Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry, 22, 265-269.
(36) Velligan, D.I., Mahurin, R.K., True ,J.E., Lefton, R.S. y Flores CV (1996). Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficit in schizophrenia. American Psychiatric Association, 47, 415-417.

3.8. La indicación de no-tratamiento

Alberto Ortiz Lobo

INTRODUCCIÓN

La prevención cuaternaria es la actividad sanitaria que evita o atenúa las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema de salud. El ejemplo paradigmático es aquel en el que el paciente considera que está enfermo, cuando en realidad no tiene ninguna enfermedad ni precisa de ningún tratamiento preventivo, paliativo o curativo. Precisamente, en la actualidad esta situación es muy común debido a la creciente medicalización y psicologización de la vida que se está produciendo en los últimos años[1, 2]. En estas circunstancias, el deber del profesional es proteger al paciente de las intervenciones sanitarias que serán innecesarias y únicamente le causarán daño. Para tomar esta decisión, el profesional debe responderse con honestidad y dejando a un lado sus necesidades personales o profesionales a esta pregunta: *Ante el problema humano que tengo delante, ¿voy a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una sub-enfermedad o una pre-enfermedad) que si no fuera tratado como tal?* Cuando la respuesta es no, el profesional debe indicar al paciente que no necesita ningún tratamiento y darlo de alta para evitar una cascada de diagnósticos e intervenciones potencialmente dañinas.

Pero en salud mental, indicar no-tratamiento va mucho más allá de dar de alta al paciente en un trámite puramente burocrático. Es una intervención estratégica que precisa del conocimiento de técnicas de habilidades de entrevista y de psicoterapia. Lo que se busca con ella es producir una resignificación de los síntomas, que el paciente vive como señales de una enfermedad y tributarios de una intervención sanitaria, en una respuesta emocional sana, legítima, adaptativa y necesaria. Con esta intervención, además de evitar iatrogenia y normalizar el malestar del paciente, también buscamos aumentar su confianza, su capacidad y su responsabilidad para gestionar sus emociones. Este fortalecimiento del paciente es mayor si hacemos la intervención en una sola entrevista. Una segunda consulta, que muchas veces consideramos necesaria para precisar nuestra evaluación o para tener un margen de evolución clínica, transmite implícitamente al paciente nuestras dudas sobre su salud o de que pueda resolver por sí mismo su situación.

Considerar la indicación de no-tratamiento como una intervención con aspectos psicoterapéuticos nos puede ayudar a situarnos en un encuadre más positivo con el paciente para hacer la indicación contando con él, sin confrontar directamente y sin más nuestra opinión contra la suya. Conocer los elementos que la constituyen, nos permite además entrenarnos en este tipo de intervenciones para poder mejorarlas. Pero probablemente, lo más importante sea la necesidad de dignificar una labor que realizamos a diario y que nunca ha sido lo suficientemente valorada[3].

EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DE LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO

El objetivo principal de la intervención es desvincular el problema que nos plantea el paciente y su solución del ámbito sanitario. Esto supone, junto con el paciente, otorgar al malestar un nuevo significado y enmarcarlo en otro contexto. Pero como objetivos secundarios, nos tenemos que plantear que el paciente se sienta escuchado y bien atendido y que nosotros nos sintamos eficaces

y satisfechos en la medida que ayudamos al paciente a entender que no precisa un tratamiento. Para lograr estos objetivos tenemos que realizar una intervención que contiene las fases de una psicoterapia. De hecho, se puede decir que se trataría de una mini-psicoterapia de una sola sesión de duración.

Desde el punto de vista del clima emocional, habitualmente la entrevista tendría tres tiempos diferenciados. Hay una primera parte de exploración y acompasamiento, que es más cómoda para el paciente y el terapeuta. Ambos buscan poner en palabras el problema que se quiere abordar, los sentimientos asociados, los intentos de solución previos, lo que se espera de la consulta y del terapeuta así como la información relevante en torno a la vida del paciente. Se basa en una escucha empática del terapeuta y la construcción conjunta de la versión inicial que explique todo ello. En este tiempo, el terapeuta tiene que aprovechar para crear un clima de entendimiento y cooperación para favorecer la construcción de una mínima alianza terapéutica. Después viene un segundo periodo más tenso, porque el terapeuta tiene que cuestionar y desmontar esa versión inicial para co-construir con el paciente una nueva versión en la que tanto el problema como su solución estén fuera del ámbito sanitario. Finalmente, una última parte de cierre en la que se despiden y se repasan las condiciones del alta donde el clima emocional, como veremos, dependerá del éxito en la co-construcción de la nueva versión no sanitaria del problema.

Desde un punto de vista estratégico, la intervención se desarrolla en cinco fases, cada una de las cuales tiene unos objetivos específicos, unas tareas a desarrollar y unas habilidades de entrevista concretas[4]. Las fases no son compartimentos estancos y algunas de ellas se pueden solapar, sin embargo resulta útil considerarlas separadamente para planificar la intervención y poder analizar sus elementos pormenorizadamente.

1. Escucha empática

Objetivos

Al comienzo de la entrevista, nuestro primer objetivo es enterarnos de la problemática global del paciente así como de los sentimientos asociados. Pero a la vez, y tan importante como esto, es que el paciente se dé cuenta de que nos estamos enterando. Este punto es esencial para que se genere un clima de cooperación, de alianza de trabajo. Esto supone escuchar al paciente, atender a sus sentimientos y hacerlo con genuino interés.

Trabajos

En cualquier entrevista de anamnesis psiquiátrica o psicológica se recaba información sobre múltiples aspectos de la vida del paciente que incluyen su historia familiar, aspectos sociales, laborales o académicos, económicos, de salud, estilos de relación y afrontamiento… a través de los cuales aparece también implícitamente su sistema de valores, su ideología y visión del mundo, etc. Todos ellos son esenciales para entender al paciente, pero además, de cara a realizar una indicación de no-tratamiento, es ineludible explicitar particularmente los siguientes:

1. Cuál es el problema que le trae a la consulta y que incluye los acontecimientos, las emociones asociadas, pensamientos y conductas en torno a ello.
2. La explicación que tiene el paciente de su sufrimiento, es decir, a qué atribuye lo que le está pasando. Esto lo exploramos con preguntas abiertas del tipo: "¿Qué cree que es lo que le está pasando? ¿Cuál es su hipótesis? ¿Qué idea tiene de lo que le está sucediendo?"
3. Expectativas y demanda y qué papel nos otorga: "¿Cómo cree que le podemos ayudar aquí? ¿Qué piensa que puedo hacer yo por usted?"
4. Sentimientos asociados a todo ello

Intervenciones psicoterapéuticas
Las habilidades de entrevista que tiene que desarrollar el profesional son principalmente aquellas que van a facilitar la narrativa del paciente y que favorecen la creación de una alianza terapéutica:
• Preguntas abiertas:
"¿Qué le trae por aquí?"
• Preguntas cerradas:
"¿Cuánto tiempo ha pasado desde que le pusieron la denuncia?"
• Paráfrasis:
"Su pareja le ha dejado..."
• Silencio
• Reflejos de sentimientos:
"Veo que se enfada cuando me cuenta lo de su padre..."
"Parece que se siente muy inseguro con todo lo que le ha sucedido…"
"Veo que cuando me habla de su mujer se pone triste"
"…y usted se enfadó cuando su compañero no le tuvo en cuenta"
"Parece que le indigna que su médico de atención primaria no le pusiera un tratamiento y le mandara aquí sin más".

2. Construcción de una versión inicial
Objetivos y trabajos
Una vez que hemos realizado la escucha empática (y muchas veces, mientras la estamos haciendo, de manera que se solapan ambas fases), tenemos que construir finalmente con el paciente un relato inicial que dé cuenta:
• De lo que le sucede
• De cómo se explica lo que le sucede
• De lo que espera de la consulta
• Qué papel nos otorga
• De cuáles son sus sentimientos al respecto

Intervenciones psicoterapéuticas
Habría dos tipos intervenciones primordiales en esta fase: las clarificaciones y las recapitulaciones. A través de ellas concretamos y especificamos la narrativa del paciente y también la resumimos destacando las informaciones esenciales y sus emociones.
• Clarificaciones:
"¿Qué es para usted sentirse mal?"
"¿Qué quiere decir con que necesita una ayuda?"
"¿A qué se refiere cuando habla de la solución que yo le puedo dar?"
• Recapitulación:
"Así que desde que su hijo se marchó y se quedó sola se encuentra triste y sin ganas de hacer nada, ni siquiera de comer apenas..."
"Si no me equivoco usted quiere entonces que le demos alguna medicación para aliviar su sufrimiento..."
"Entonces su idea es que yo le aconseje sobre qué puede hacer para afrontar su divorcio..."
"Es decir, que desde que su jefe lo abochornó en público la semana pasada, siente que lo odia y no puede tragarlo y esto le mantiene tenso todo el día".

3. Deconstrucción
Objetivos
En psicoterapia, se entiende la deconstrucción como un proceso de desmontar las asunciones que las personas tomamos por bien establecidas y por ello como verdaderas, y que se hacen en torno a un evento o a una circunstancia de la vida[5]. En el caso de la indicación de no-tratamiento, el objetivo es desvincular de lo patológico el problema que nos presenta el paciente y su solución del ámbito de lo sanitario.

Trabajos
En el proceso de deconstrucción de la narrativa inicial del paciente, podemos considerar cuatro áreas de intervención: la problemática del paciente y su explicación de la misma, su demanda, la relación terapéutica y sobre las emociones. No es necesario trabajar las cuatro de forma explícita porque en la mayor parte de las ocasiones el paciente se centra en

una de ellas y al deconstruir esa, se trabaja sobre las otras implícitamente. Las premisas del paciente nos pueden guiar sobre cuál es el área principal de trabajo, serían los determinantes de sus expectativas y demandas. De esta manera, un paciente puede enunciar lo que le pasa de forma genérica de distintas maneras: *"Tengo un problema que me hace sufrir y se trata de una* enfermedad*" "Sufro, no sé si es una enfermedad, pero necesito un* tratamiento *psicológico o con pastillas que me ayude"*; *"Sufro, no sé qué me pasa ni qué necesito, pero usted, que es un* experto*, me va a solucionar esto".* Estas premisas nos pueden orientar a trabajar el problema, la demanda o la relación terapéutica preferentemente.

A. Trabajo sobre la problemática del paciente y su explicación
Si el paciente está particularmente desbordado emocionalmente, en un primer momento puede ser necesario generalizar el problema con el objetivo de tranquilizarlo pero sin minimizar lo que le sucede. Se puede dar información sobre el problema y su naturaleza pero resaltando que este existe y la legitimidad e importancia que tiene desde un punto de vista subjetivo. Sin embargo, nuestro interés último será personalizar el malestar y los síntomas mediante su contextualización en la vida del sujeto. Habrá que insistir en la validación del sufrimiento como algo real que le está sucediendo, pero también como algo no patológico y adecuado a la situación vital que está experimentando. Para ello, se puede comparar el momento actual con otras experiencias emocionales semejantes, cercanas y más tolerables y revisar la gravedad de lo sucedido, la intensidad emocional, el tiempo transcurrido…

B. Trabajo sobre la demanda del paciente
Las expectativas sobre la consulta que habrá que trabajar y deconstruir con más frecuencia en la indicación de no-tratamiento pueden estar relacionadas con creencias sobre que los sentimientos negativos son patológicos y necesitan tratamiento, sobre la posibilidad de evitar el sufrimiento y el ideal de felicidad, la idea de que se puede cambiar radicalmente de personalidad o de que hay una forma idónea (basada en conocimientos científicos) de vivir la vida. El trabajo sobre la demanda es ineludible, el paciente siempre espera o quiere algo pero muchas veces este trabajo se hace de forma implícita al trabajar sobre la problemática.

C. Trabajo sobre la relación terapéutica
Las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales de la salud pueden ser extraordinarias. Hay una idealización de lo tecnológico y lo científico que sitúa a los psicólogos y psiquiatras como los referentes de cómo hay que vivir la vida. Será necesario explorar bien estas expectativas para poder cuestionarlas y deconstruirlas. Los pacientes pueden tener la idea de que somos omnipotentes y capaces de enseñar a evitar el sufrimiento psicológico, que resolvemos y afrontamos cualquier problemática vital sin afectarnos, con fortaleza y que somos capaces de decidir acertadamente por el otro debido a nuestros conocimientos en torno al comportamiento humano. También se nos puede atribuir la función de escuchar de forma pasiva con el objetivo de ser simplemente depositario del sufrimiento del paciente que busca desahogarse en un contexto neutral y protector.

D. Trabajo sobre las emociones
No nos encontraremos con un problema de inadecuación o de intensidad desproporcionada en cuanto a las emociones ya que, si fuera así, procederíamos a indicar tratamiento. En este caso, por tanto, los sentimientos son lógicos, congruentes y adaptativos, por lo que el trabajo principal

será el de la validación y la contextualización para lograr una vivencia diferente de ellos, como legítimos, necesarios y sanos.

Intervenciones psicoterapéuticas

Las intervenciones psicoterapéuticas en esta fase buscan retar la narrativa del paciente, cuestionar la relación causa-efecto, buscar detalles inadvertidos, establecer nuevas perspectivas o buscar excepciones o acontecimientos extraordinarios dentro del relato que nos trae. Van a ser intervenciones que buscan hacer pensar al paciente, cuestionarse su relato de las cosas y abrirse a nuevas posibilidades.

- Preguntas (teñidas de sugerencias)
  "¿Se ha sentido así en otras ocasiones en su vida? ¿Qué pasó entonces? ¿Cómo lo afrontó?"
  "¿Le sorprende sentirse tan triste por el fallecimiento de su hermano?"
- Confrontaciones:
  "Me dice que está muy furioso e indignado con su conflicto laboral pero, a pesar de todo, sí que está pudiendo cuidar de su casa y sus hijos, ¿no? ¿Qué piensa al respecto?"
  "Me ha comentado que su novia lo abandonó inesperadamente, pero cuando me ha descrito su relación con ella últimamente, me ha dado la sensación de que llevaban varios meses mal y usted mismo tampoco se encontraba muy a gusto con ella, ¿es así?"
- Metacomunicaciones:
  "Tengo la sensación de que espera que yo le diga lo que tiene que hacer, como si yo supiera mejor que usted cómo ha de manejar su propia vida, ¿qué piensa de esto?"
  "Temo que voy a decepcionar sus expectativas, pero creo que ni yo ni nadie va a poder solucionar su malestar de forma inmediata, ¿cómo lo ve usted?"
- Interpretaciones:
  "Me cuenta que está muy triste con la muerte de su padre, pero me pregunto si el problema no será también que no acaba de permitirse sentirse así."
  "Tengo la sensación de que, más allá de lo frustrada que está con el trabajo, sus padres no se dan cuenta de todo lo que usted está sufriendo y no sabe cómo trasmitírselo."

Todas estas intervenciones se emplean para deconstruir la narrativa del paciente, pero esta deconstrucción se puede hacer de distintos aspectos:

Respecto a la intensidad o el tipo de emoción

"¿Le sorprende sentirse así después de lo que le ha sucedido?"

"¿Cómo cree que usted tendría que haber reaccionado, teniendo en cuenta lo que está sucediéndole?"

"¿Cómo piensa que se hubiera sentido otra persona en su lugar?"

Respecto al tiempo

"¿Se ha sentido parecido a como está ahora en algún momento de su vida?"

"¿Le había sucedido algo así en su vida? […] ¿Y cómo se sintió entonces?"

"¿Le ha sorprendido que esto le sucediera en este momento?"

Respecto al espacio

"Me cuenta que se siente muy defraudado en el trabajo, ¿cómo van las cosas en casa?"

"Me dices que, que te haya dejado tu novia te hace sentir alguien sin valor, ¿qué piensan tus amigos de todo esto?"

"Me dices que estás abatido, sin poder concentrarte ni pensar, pero me has contado todo lo que te pasa y cómo te sientes de forma muy lúcida, ¿qué te parece?"

Respecto a la manera de contar la historia proporcionando nuevas perspectivas, más contextualizadas, con mayor responsabilidad *de lo que sucede.*

"Me cuenta que su jefe lo ha despedido inesperadamente, pero ya habían tenido varios enfrentamientos antes, ¿no?"

"Cuando me dices que tu mujer te ha abandonado, me pregunto si no lo habías hecho tú también en parte, cuando me has contado que antes estabas todo el día trabajando o bebiendo con tus amigos"

"Cuidar de su padre enfermo le está desbordando, pero me parece que además sus hermanos no se dan cuenta de su situación y usted tampoco sabe bien cómo comunicársela, ¿qué piensa de esto?"
Respecto a la manera de contar la historia, proporcionando nuevas perspectivas, menos estáticas, con mayor responsabilidad de cómo se soluciona
"Me dices que no sabes qué hacer para afrontar esto, sin embargo, a mi me parece muy sabio poder reconocer nuestra incompetencia o ignorancia como el primer paso para seguir adelante"
"Creo que usted piensa que yo voy a poder hacer desaparecer su sufrimiento casi de forma mágica, sin embargo no tengo esa capacidad, ¿cómo lo ve usted?"
"Ahora se siente bloqueado y sin salida, pero esta es una fase dentro de su proceso de resolución del conflicto"
"Me parece que usted quiere que yo le diga si ha de seguir con su marido o marcharse con su amante definitivamente, como si solo uno de los dos caminos fuera el correcto y además yo supiera cuál es, ¿qué piensa de esto?"

4. Resignificación

Objetivos

En esta fase tenemos que co-construir con el paciente una nueva versión de su historia en que la problemática que plantea quede vinculada a su contexto cotidiano saludable, la carga emocional esté legitimada y normalizada y el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente. No es infrecuente que la resignificación se haga paralelamente a la deconstrucción, de manera que ambas fases casi se solapan: en la medida que cuestionamos los significados "sanitarios" del malestar del paciente los vamos sustituyendo por otros más sanos y cercanos a su contexto.

Trabajos

En esta fase se ha de llegar con el paciente a una "formulación del caso" centrada en el aquí y ahora, renunciando a posibles hipótesis genéticas o conflictos intrapsíquicos. Esta formulación tiene que ser lo más cercana posible a la experiencia actual del paciente y que personalice el problema en uno o varios de estos aspectos: generación, mantenimiento, significado, emociones y/o resolución del mismo, con el objetivo de otorgarle al paciente un rol más activo.
Es particularmente importante dar sentido a las emociones que vive el paciente. Tenemos que lograr explicarnos por qué aparece la tristeza, la rabia, la indignación, el miedo, la vergüenza… pero es fundamental también saber para qué están sirviéndole al paciente y constatar así, no solo su legitimidad, sino la necesidad de experimentarlas.

Intervenciones psicoterapéuticas

- Dar información
  "Perder el apetito cuando sucede un acontecimiento como el que le ha tocado vivir es esperable y no hay por qué alarmarse"
  "Sentirse muy triste cuando muere alguien tan cercano y especial como su esposa parece del todo sensato y hasta necesario, ¿cuál es su opinión?"
  "Afortunadamente, todo esos síntomas que me cuenta {...} y su sufrimiento, se corresponden con una reacción emocional normal y adecuada, aunque sé que muy desagradable y cabe pensar que se va a sentir así, todavía una buena temporada"
- Interpretación
  "Parece que esa tristeza que siente por el fallecimiento de su padre, da cuenta también de lo que lo quería y de la buena relación que tenían"
  "Tengo la sensación de que toda la indignación que siente con el maltrato que sufre en su empresa le está ayudando a pelear y poder denunciarlos"
  "Creo que ahora está atravesando un túnel y todavía necesitará un tiempo

para acabar de recorrerlo y volver a ver la luz" (Metáfora)

- Refuerzo
  "Aunque lo está pasando mal, mantiene intacta su capacidad de pedir ayuda y lo prueba el hecho de que usted esté aquí. No es preciso que siga ningún tratamiento ahora, sin embargo esta capacidad que tiene, le ayudará a contar con el apoyo de su gente más cercana"

5. Cierre de la entrevista

Objetivos

Terminar la consulta y despedirnos del paciente dejando abierta la posibilidad de más consultas mediadas por atención primaria

Trabajos

Cerrar la entrevista y darle el alta al paciente supone transmitirle implícitamente que está sano (aunque pueda estar sufriendo) y que confiamos en que tiene herramientas suficientes para afrontar sin ayuda profesional sanitaria el problema que está experimentando. A veces no estamos seguros del todo y nos vemos en la obligación de reevaluar al paciente en otra consulta más adelante. Tenemos que preguntarnos si esta segunda cita no obedece más a una necesidad nuestra que del paciente y, sobre todo, si eso va a ser lo mejor para él. En este sentido, asegurarnos con el paciente de que si se encuentra peor, puede volver a consultar a su médico de atención primaria y este volver a remitirle, puede ser una estrategia más sana. Finalmente, con estos pacientes dudamos entre si están sanos o casi sanos (en ningún caso se trata de un trastorno mental grave, claro) por lo que otorgarle al paciente un rol más activo para que se observe y si no mejora o empeora vuelva a consultar, favorece su autonomía y capacidad de autocuidado.

Intervenciones psicoterapéuticas

En el cierre de la entrevista es fundamental dar la información necesaria para que el paciente se vaya seguro de lo que tiene que hacer si empeora y cómo será atendido. Además, podemos reforzar y valorar satisfactoriamente el encuentro que hemos tenido con el paciente en el que se han podido trabajar distintos aspectos de su problema:

- Refuerzo
  "Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar en esta entrevista la naturaleza de su sufrimiento" {…}
- Dar información
  "Como no es necesario que vuelva a venir por aquí, le voy a mandar una nota a su médico de cabecera contándole lo que hemos comentado para que él lo sepa y esté al tanto y, si usted en el futuro no se acabara de recuperar o empeorase, le pueda volver a enviar aquí."

ERRORES EN LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO

Cuando se indica no-tratamiento para satisfacer las necesidades personales del terapeuta y no las necesidades clínicas del paciente, se comete un grave error. Esto sucede por ejemplo cuando el profesional desea deshacerse de pacientes incómodos o complicados. Lamentablemente, esto puede convertirse en norma en el caso de terapeutas quemados y faltos de ética. En otras ocasiones se hace lo contrario pero desde idéntica motivación: cuando se indican tratamientos para satisfacer igualmente necesidades del profesional como la de sentirse reconocido, halagado y fomentar de esta manera la dependencia de los pacientes, o verse incapaz para decepcionar a los demás y asumir todo, aunque no tengamos nada eficaz que hacer o evitar sentirse impotente y limitado y con la necesidad de tener una respuesta para todo. Como en el caso anterior, vuelven a relegarse las necesidades del paciente en favor de las del profesional.

Pero habría otro grupo de errores que pertenecen propiamente al proceso de la

indicación de no-tratamiento. El más frecuente, tal vez, pueda ser el precipitarse en la intervención. Esta situación se produce cuando comenzamos a deconstruir la narrativa del paciente sin haber finalizado la fase de construcción. Esta precipitación le puede hacer sentir al paciente que no lo hemos escuchado adecuadamente, que no nos hemos hecho del todo cargo de su sufrimiento, que lo minimizamos y se resistirá a que se lo cuestionemos en cualquier aspecto. Otras veces lo que puede suceder por las prisas es pretender cerrar la entrevista sin haber finalizado la resignificación. En estos casos el paciente puede sentir que lo hemos escuchado, pero como no le ayudamos a darle un nuevo sentido a lo que le sucede, se puede quedar con sentimientos de desamparo. En el caso de los pacientes con beneficios secundarios también se cierra la entrevista sin que se haya producido una resignificación de los síntomas, pero aquí los pacientes se sienten más bien enfadados por cuestionarles su rol de enfermos.

Igualmente, podemos retrasarnos en la intervención y que la entrevista nos dure mucho más tiempo del que teníamos disponible. Este suceso puede no repercutir en el paciente al que le indicamos no-tratamiento pero sí en los sucesivos que han tenido que esperarnos y en nosotros que, con el retraso a cuestas, podemos mostrarnos más apresurados o irritados.

Por supuesto, podemos añadir todos los errores inespecíficos que pueden estar presentes en cualquier proceso terapéutico, sea del tipo que sea, en el que se haga un uso inadecuado de las intervenciones psicoterapéuticas, juicios críticos al paciente, se acepte toda la responsabilidad del trabajo terapéutico en una actitud paternalista, se responda desde la persona y no desde el rol profesional, no se exploren las emociones, no se personalice, se pierda el foco, etc.

SITUACIONES ESPECIALES

En la gran mayoría de las ocasiones, los pacientes que reciben una indicación de no-tratamiento de forma psicoterapéutica se sienten satisfechos por la buena atención que han recibido y aliviados de no precisar un tratamiento ni de ser considerados "enfermos". Sin embargo, hay situaciones en las que el proceso psicoterapéutico de la indicación de no-tratamiento se va a tropezar con distintos obstáculos. A veces los pacientes están muy instalados en una posición pasiva y depositadora que va a dificultar el trabajo terapéutico. En otras ocasiones, las expectativas en la consulta son tan elevadas, que será imprescindible trabajar explícitamente los sentimientos de decepción del paciente. Pero la situación más complicada es aquella en la que la presentación clínica del malestar del paciente está asociada a beneficios secundarios muy potentes. Si los síntomas que presenta el paciente le están sirviendo para eludir obligaciones indeseables o le resitúa en una dinámica más favorable a nivel laboral, académico, familiar o social, no se va a producir una resignificación de los mismos. Con la indicación de no-tratamiento le arrebatamos su rol de enfermo e impedimos que se perpetúe esa dinámica que el paciente considera presuntamente favorable. Esto supone que no se van a cubrir las tareas de las fases de deconstrucción y resignificación y que el cierre de la entrevista se producirá con tensión e insatisfacción por parte del paciente. En todas estas situaciones especiales, casi siempre habrá que desarrollar en mayor medida la estrategia de trabajar sobre la demanda o sobre la relación terapéutica que sobre la problemática del paciente.

RESUMEN: Mapa psicoterapéutico de la indicación de no-tratamiento

Fases	Objetivos	Trabajos	Intervencioes
1ª Escucha empática	• Enterarnos de lo que le sucede al paciente • Que el paciente sepa que nos estamos enterando	• Cuál es el problema • Cómo se explica el problema • Qué quiere (demanda) • Qué papel nos otorga • Emociones asociadas	Reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis, preguntas abiertas...
2ª Construcción de una versión inicial	Acordar con el paciente una versión inicial de forma conjunta		Clarificaciones, recapitulaciones...
3ª Deconstrucción	Desvincular el problema que nos presenta el paciente de lo patológico y su solución del ámbito de lo sanitario	• Del problema • De cómo se lo explica • De la demanda • De la relación terapéutica • Trabajo sobre las emociones	Confrontaciones, metacomunicaciones, interpretaciones, dar información…
4ª Resignificación	Co-construir una nueva versión en que: • la problemática que plantea el paciente quede vinculada a su contexto cotidiano saludable • la carga emocional esté legitimada y normalizada • el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente		Interpretaciones, recapitulaciones, dar información...
5ª Cierre	Despedirse	• Condiciones del alta • Cómo tendría que volver	Recapitulaciones, dar información…

BIBLIOGRAFÍA

(1) Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. Verano 2003 pp.47-53.
(2) Ortiz-Lobo A, García-Moratalla B, Lozano-Serrano C, Mata-Ruiz I, Rodríguez-Salvanés F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in spanish psychiatric outpatients: prevalence, treatment and management Int J Soc Psychiatry. 2011; 57:471-479 doi:10.1177/0020764010368616.
(3) Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. Archives of general psychiatry 1981; 38: 542-5.
(4) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée De Brower; 2002.
(5) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brower; 2001.

3.9. La prevención cuaternaria en salud mental

Alberto Ortiz Lobo, Vicente Ibáñez Rojo

INTRODUCCIÓN

El concepto de prevención cuaternaria deriva de la propuesta inicial de Marc Jamoulle, médico general belga, y se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. Los procesos de diagnóstico y tratamiento siempre van acompañados de daños colaterales que habitualmente son muy inferiores a los beneficios, pero esto no sucede así siempre. En numerosas ocasiones, se sobreestiman los efectos positivos y se minimizan los riesgos y perjuicios a los que exponemos a los pacientes. La calidad de los procesos solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. La prevención cuaternaria pretende que la actividad sanitaria no sea un factor patógeno, cuando en nombre de la prevención o curación se inician cadenas diagnósticas o terapéuticas innecesarias o imprudentes que acaban produciendo muchas veces un daño innecesario[1]. La idea principal es evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento en los pacientes y el objetivo es disminuir la incidencia de iatrogenia porque la morbi-mortalidad que produce es un grave problema de salud pública. Un estudio de 1981 encontró que más de 1/3 de las enfermedades de un hospital universitario estadounidense eran iatrogénicas, casi una de cada 10 eran graves y en el 2% de los casos el resultado era la muerte. Las complicaciones se debían en su mayoría a la exposición a fármacos[2]. La iatrogenia daba cuenta de entre 225.000 y 284.000 muertes al año, la mitad por efectos secundarios de una medicación "bien prescrita", constituyendo la tercera causa de muerte en USA[3,4]. Puesto que el fundamento de la medicina es el primum non nocere, la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa y, bien entendida, forma parte de lo que se llama «seguridad del paciente» y, por tanto, de nuestro quehacer clínico cotidiano[5].

En salud mental, la prevención cuaternaria incluye proteger a nuestros pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias en pacientes diagnosticados. Esto es especialmente importante en los trastornos mentales graves, donde los ingresos innecesarios y la sobreprotección del sistema psiquiátrico pueden producir una estigmatización que marque y dificulte la vida del paciente en lo sucesivo, pero también es crucial evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento en personas que consultan por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana y que no constituyen trastornos mentales ni precisan actuaciones preventivas o curativas[6]. En estos casos, la cuestión de fondo es el umbral con el que se decide hacer las cosas, además de hacerlas bien. Cuando se hacen más cosas, aunque estén bien hechas, se aumenta la morbilidad y mortalidad generadas por la actividad del sistema sanitario. Obviamente, nadie va a perjudicar intencionadamente a sus pacientes, pero la ignorancia o minimización de los daños que podemos infligir, la sobrevaloración de nuestras capacidades preventivas, diagnósticas o terapéuticas, así como nuestras necesidades personales de tener siempre respuestas para todo o de ser incapaces de decepcionar a los pacientes que nos están pidiendo una solución, nos lleva a intervenir de forma innecesaria, inadecuada y excesiva

No es fácil detectar y cuantificar la iatrogenia puesto que sus efectos pueden adscribirse o mezclarse con otros cuadros clínicos. En la mayoría de las especialidades médicas donde cuentan con tecnología "objetiva" puede ser más factible, pero en salud mental donde ya resulta complicado medir con cierta objetividad los síntomas, filiar su causalidad se convierte en una tarea casi imposible. Esta dificultad precisamente nos tiene que incitar a ser más cautos y observadores. El perjuicio que podemos infligir a los pacientes abarca todo el episodio de atención, desde la prevención hasta el tratamiento, pasando por el proceso diagnóstico, así que es importante conocer toda la iatrogenia que podemos generar en cada uno de estos momentos clínicos para poder calibrar con honestidad y precisión el balance riesgo-beneficio de nuestras intervenciones.

IATROGENIA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención es popular, siempre ha gozado de buena prensa y está revestida de un halo de inocuidad que le hace casi inmune a cualquier crítica. No ha sido hasta finales de los años setenta que se empezaron a cuestionar los verdaderos beneficios de las intervenciones preventivas en el individuo. En los últimos años, ante la expansión desmedida de las actividades sanitarias preventivas, se ha denunciado la propaganda de la que participan políticos, periodistas y médicos que adscribe a la medicina preventiva un poder extraordinario que permitiría alcanzar niveles de salud elevados a través del sistema sanitario cuando estos dependen básicamente de otros factores como la justa distribución de la riqueza, la efectiva implantación de la democracia, la educación formal, el ejercicio de un trabajo en condiciones aceptables, la vivienda digna, etc. De hecho, en los modelos preventivos de salud, los recursos sanitarios se desplazan de los enfermos a los sanos, de los mayores a los jóvenes, y de los pobres a los ricos por lo que algunos autores reivindican llamar a los sistemas sanitarios "Servicios Nacionales de Enfermedad"[7].

Las actividades preventivas generan iatrogenia en el presente en personas sanas para evitar, presuntamente, una posible patología en el futuro lo cual cuestiona el primer principio ético de no maleficencia que formuló Hipócrates con su *primum non nocere*. Cuanto más intervencionistas son estas actividades, mayor es su potencial de dañar a los individuos. La prevención está basada en los factores de riesgo pero la noción de riesgo es de base probabilística, carece de significación lógica y determinista a nivel individual. Suele hacerse un abuso ostensible de la naturaleza de dichos factores, al equipararlos a verdaderas causas de enfermedad que, lógicamente, no son. Aun así, en medicina se cuenta al menos con "datos duros", producidos por instrumentos tecnológicos que miden signos clínicos: recuento leucocitario, niveles de hormona tiroidea, presión sanguínea… pero en salud mental todas las valoraciones sintomáticas de nuestros pacientes están teñidas por la subjetividad del profesional y del paciente, e incluso cuando rellenan unos tests, son "datos blandos" que oscurecen cualquier capacidad predictiva[8].

La prevención implica la idea de que las personas son responsables de su salud para motivarlas en un cuidado mayor de sí mismas, pero las expectativas irreales en la prevención junto con esta responsabilidad personal pueden convertir a los que enferman en «víctimas culpables» por no haber cumplido los consejos y protocolos médicos que dictan lo que es una vida sana. Existe también el peligro de que personas sanas se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos, con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas[9]. Un ejemplo frecuente son las intervenciones en duelos normales que solicitan tratamiento. Como no hay patología en ese momento, la justificación para tratarlos sería prevenir que empeoren, es decir,

que se conviertan en duelos patológicos o trastornos afectivos. Los resultados de un metaanálisis de 23 ensayos clínicos aleatorizados que comparan terapia del duelo vs. no-tratamiento muestran que el tratamiento empeora a los pacientes. El 38% de los pacientes que recibieron el tratamiento hubieran alcanzado un estado de funcionamiento superior si se les hubiera asignado al grupo de no-tratamiento[10]. Otro ejemplo es el intento de prevención del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con el "debriefing" (grupos de víctimas de un hecho traumático que se reúnen tras haberse producido, habitualmente dirigidos por un profesional, y que relatan la experiencia vivida desde el presupuesto de que se elaborará e integrará mejor). Diversos estudios no han conseguido demostrar esta idea[11], pero lo más preocupante es que un metaanálisis encontró que el resultado de las víctimas que hacían el debriefing podía ser peor, presentando una mayor incidencia posterior de TEPT[12].

Una cuestión tal vez más preocupante es la prevención primaria de la psicosis. Diversos equipos de investigación, tratando de adelantarse al diagnóstico de psicosis para evitar su inicio, han definido una población que llaman "estados mentales de alto riesgo para psicosis". Sin poner en duda la buena intención de estos equipos y el interés de investigar los estadios iniciales o previos de la psicosis para mejorar nuestra capacidad de entender y ayudar a esta población, corremos el riesgo de medicalizar un estado no patológico. Los instrumentos para definirlos son inadecuados, aparecen muchos falsos positivos y solo un porcentaje de esta población evolucionará hacia la psicosis por lo que se puede extender el uso de neurolépticos en una etapa de la vida en la que se está terminando de configurar el aparato mental. De hecho hay una gran polémica en cuanto a la idea de convertir este estado en un diagnóstico del DSM-V por los daños colaterales que pueden producirse en población sana como consecuencia de efectos secundarios del tratamiento médico, el estigma asociado al diagnóstico o la limitación de las expectativas vitales[13, 14, 15, 16]. El éxito de la idea de la intervención temprana en la psicosis ha exportado este modelo a todos los grupos diagnósticos sin que la investigación los apoye suficientemente, como en el trastorno afectivo bipolar (TAB). Así por ejemplo, un cuadro afectivo maniforme en un joven con antecedentes de haber estado con el ánimo bajo en la escuela puede ser igual a sufrir un TAB para toda la vida, con el subsiguiente tratamiento farmacológico indefinido y el paquete de intervención psicoeducativa para garantizarlo[17].

Lamentablemente, carecemos de conocimientos completos acerca de la etiología de la mayoría de los trastornos mentales. Sin embargo, sí que hay cierta evidencia en la correlación entre algunos de los estados psiquiátricos más graves, como la experiencia de escuchar voces o la psicosis, y factores como los traumas y abusos en la infancia (incluidos los sexuales, físicos y raciales), la desigualdad económica y social, el abandono y el estigma. Así, los programas preventivos deberían actuar sobre los recursos generales de la comunidad, para reducir estas condiciones que podemos considerar perjudiciales, aunque no podamos asegurar de forma fehaciente que conduzcan a un trastorno mental determinado. En estas circunstancias, parece que la prevención primaria en salud mental debe reorientarse de las intervenciones sanitarias en individuos concretos a abordajes de carácter social en poblaciones de riesgo y con especial énfasis en la salud mental infanto-juvenil.

IATROGENIA DEL DIAGNÓSTICO

Hay pocos temas tan polémicos en psiquiatría como el de los diagnósticos. La nosología en psiquiatría y salud mental no es algo cerrado, definitivamente consensuado. La enorme variabilidad en número y contenido de las categorías diagnósticas a lo largo de la historia da cuenta de su provisionalidad. No tienen, por tanto, un carácter sustantivo,

de verdad inmutable, sino que su vigencia depende del momento histórico y social, de qué tipo de profesionales ostenta el poder y la representación social de la profesión. A pesar de ello, entre los pacientes, pero también entre los profesionales, las etiquetas diagnósticas tienen una capacidad de cosificación extraordinaria, como si a través de ellas pudiéramos definir y concretar la esencia del individuo, su conciencia y su subjetividad. Frases como: "es un borderline" (o un esquizofrénico o un bipolar) resumen, como si ya estuviera de más seguir explicando nada, quiénes son nuestros pacientes, cómo piensan, qué sienten y cómo actúan. Nos producen una visión en túnel porque estas etiquetas influirán en las cosas que vamos a resaltar de ellos y también restringen la comprensión que realizan los propios pacientes de sus experiencias, desechando posibles alternativas más funcionales. Cuando diagnosticamos a un paciente, lo que estamos haciendo es interpretar sus características personales, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. Esto puede limitar su sensación de autonomía y gobierno y favorece la necesidad de que sea el experto profesional quien gestione sus emociones y experiencias. Además, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su carácter estigmatizador pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generarle además vergüenza[18, 19].

La medicina basada en la narrativa propone alternativas para evitar esto. Si miramos la historia de esa persona en ese momento vital que le trae a nuestra consulta, más allá de la posibilidad de que cumpla criterios diagnósticos (que cumpla criterios de depresión sin atender al contexto por ejemplo), valoraremos conjuntamente con él la pertinencia de producir un diagnóstico que además de no aportar nada en ese momento pueda producir iatrogenia[20]. El modelo de las decisiones compartidas que se está extendiendo en nuestra práctica puede ser útil en incluir al paciente en este proceso de producir o no un diagnóstico[21].

Un tema clave es el del estigma asociado a los diagnósticos psiquiátricos. Read et al. han revisado la literatura sobre estigma y esquizofrenia para valorar si la orientación de: "la esquizofrenia es una enfermedad como cualquier otra", que pretende normalizar el diagnóstico y evitar el estigma, ha ayudado a reducirlo. Encontraron que esto había supuesto un cambio de la visión social de la esquizofrenia ya que desde entonces pasaba a ser entendida como una enfermedad de causa biológica. Sin embargo en 18 de los 19 estudios, esta visión se correlacionaba con un aumento del estigma. Las atribuciones biológicas parece que se asocian a un mayor rechazo y discriminación debido a que promueven creencias de que los enfermos mentales son impredecibles y peligrosos. Sin embargo, en estudios en los que se proporcionaba una explicación psicosocial de los síntomas (como debidos a traumas, acontecimientos vitales, pérdidas, etc.), el público era menos propenso a dar atribuciones negativas[22]. Estos motivos están relacionados con el cambio de nomenclatura en las psicosis en la psiquiatría japonesa[23]. La idea de que este diagnóstico puede limitar las posibilidades de recuperación está movilizando a colectivos de usuarios y profesionales para buscar alternativas[24] como la campaña para abolir la etiqueta de esquizofrenia (CASL[a]) o la CAPSID[b], campaña para abolir los sistemas diagnósticos psiquiátricos como la CIE y el DSM. Por otro lado, no se ha demostrado una mejoría global en el pronóstico de los pacientes diagnosticados de trastorno mental en Europa y América del Norte durante el siglo pasado. Los estudios

---

[a] CASL: Campaign to Abolish the Schizophrenia Label (2010) http://www.caslcampaign.com/index.php y en http://www.facebook.com/group.php?gid=63200257336&v=info&ref=mf

[b] CAPSID: Campaign to Abolish Psychiatric diagnosic Systems such as ICD and DSM (2011) http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527

que comparan las evoluciones clínicas de los pacientes en países en desarrollo con los occidentales sugieren que el progreso atribuido a la corriente psiquiátrica moderna basada en diagnósticos no ha supuesto una mejora en su pronóstico. De hecho, hay alguna evidencia que sugiere que utilizar diagnósticos psiquiátricos y modelos teóricos asociados a ellos supone una peor evolución clínica para algunos pacientes. Parece que el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico limita las posibilidades de encontrar trabajo, desarrollar una vida familiar plena, tener éxito social y relacionarse con iguales[25].

IATROGENIA DEL TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas en salud mental pueden dañar al paciente de distintas maneras:

1. Indicación de un tratamiento que no procede. Esto sucede con frecuencia cuando tratamos a personas sanas, que pueden tener problemas sociales, pero no sanitarios (códigos Z). Se ha estimado que alrededor de la cuarta parte de los pacientes que acuden a un centro de salud mental remitidos desde atención primaria no presentan ningún trastorno mental diagnosticable y la mitad de ellos llega con tratamiento psicofarmacológico pautado[26]. Pero también puede suceder en pacientes diagnosticados, cuando hacemos indicaciones de psicoterapia o psicofármacos que no proceden en general (p. ej. psicoanálisis para el tratamiento específico de los rituales en un trastorno obsesivo compulsivo, usos fuera de etiquetado de los psicofármacos, etc.) o para cualquier paciente en concreto según sus características personales.
2. Tratamientos excesivos en cantidad (p. ej. dosis inadecuadas de psicofármacos, prescripción de demasiadas intervenciones psicosociales en trastornos mentales graves que precisen menor estimulación en ese momento clínico, etc.)
3. Tratamientos inadecuados técnicamente (p. ej. mezclas injustificadas de psicofármacos, prescripción inadecuada debido a una titulación o supresión mal hechas, psicoterapias técnicamente mal realizadas, etc.).

Aunque parte de la iatrogenia del tratamiento puede tener que ver con la ignorancia y deficiencia técnica del profesional, no serán pocas las ocasiones en que perjudicaremos a nuestros pacientes con tratamientos excesivos, improcedentes o inadecuados para intentar calmar nuestra impotencia ante situaciones clínicas graves, estancadas o ante demandas que somos incapaces de decepcionar, aunque no tengamos nada eficaz que hacer. El balance final es haber sumado daños a la situación clínica previa. La vanidad puede ser otro enemigo en el momento de indicar un tratamiento cuando nos lleva a sobreestimar nuestra capacidad de ayudar a nuestros pacientes. Además, no podemos olvidar la iatrogenia debida a los tratamientos prescritos correctamente según la información de la que disponemos, riesgos sobre los que estamos obligados a informar (discinesia tardía, diabetes, etc.). Nuestros conocimientos sobre cómo actúa la psicoterapia y los psicofármacos son limitados y aunque tengamos teorías plausibles sobre algunos de nuestros tratamientos, esto no es suficiente para garantizar evoluciones clínicas positivas. No debemos olvidar que el último objetivo es mejorar el cuidado de nuestros pacientes, no mantener y justificar el status actual de nuestras intervenciones[27].

1. Iatrogenia de la relación terapéutica

Independientemente del tipo de tratamiento que se lleve a cabo (psicoterapéutico, psicofarmacológico o ambos), el desarrollo de una relación terapéutica entre un profesional de salud mental y un paciente, conlleva la asunción de unos cuantos mensajes implícitos que pueden perjudicar al paciente.

Cuando un paciente está en tratamiento se le está comunicando de forma latente que su problema no mejorará, o incluso empeorará si no realiza el tratamiento y,

si este se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no sanitarios saludables y curativos del ambiente social y a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas. Incluso en aquellos marcos de tratamiento basados en la psicología de la salud o dirigidos a "potenciar" al paciente y dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene, se le comunica de forma implícita que es alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

En la configuración relacional paciente-profesional se pueden producir ganancias secundarias en la medida que el paciente, al sentirse mal recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. De esta manera se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención. Ya no tiene que contarle a su pareja, su familia a sus amigos o compañeros lo que le sucede, puesto que un "experto" (ajeno por lo demás a su vida) se hace cargo de su situación. Si algunas de las críticas que se hacen a la sociedad posmoderna tienen que ver con la pérdida de lazos sociales, la naturaleza líquida de las relaciones, provisionales y de conveniencia, o la tendencia a la infantilización en el afrontamiento de las vicisitudes de la vida, la relación terapéutica se ajusta temerariamente a muchas de ellas[18].

2. Iatrogenia del tratamiento psicofarmacológico

Cada vez hay más pruebas de que la posible eficacia de los psicofármacos se debe más a factores inespecíficos que a supuestos mecanismos bioquímicos específicos que se ajustan un diagnóstico o una sintomatología. Así, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) supuestamente sirven para el tratamiento de condiciones tan dispares como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de la alimentación, el trastorno de pánico, la fobia social, la depresión, el trastorno del control de los impulsos, etc. o los nuevos neurolépticos que se están revelando últimamente también como antidepresivos, estabilizadores del humor y, por supuesto, ansiolíticos. De manera que las pocas categorías de fármacos que se usan en psiquiatría se utilizan de forma inespecífica en un gran abanico de trastornos. Parece que los psicofármacos no corrigen desequilibrios en los neurotransmisores sino que, al contrario, los provocan, inducen estados psicológicos que pueden resultar útiles de forma inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas[28, 29]. El cambio de su denominación de timolépticos a antidepresivos o de neurolépticos a antipsicóticos ha sido una excelente maniobra comercial que ha favorecido su expansión con el argumento, implícito en su nombre, de una supuesta especificidad. Este efecto difuso de los psicofármacos pone cada vez más en perspectiva su eficacia y alerta sobre los daños que pueden causar.

Se cuestiona cada vez más la creencia de que los neurolépticos sean un tratamiento imprescindible para las psicosis[30, 31] y en cambio se acumulan pruebas sobre las limitaciones que producen y se consideran una posible barrera para la recuperación de las personas que los toman. Hay datos que apoyan la idea de que parte de la cronicidad y de las recaídas se deben precisamente a estar en tratamiento con neurolépticos porque pueden producir psicosis de rebote por sensibilización, disfrenia tardía y síntomas negativos[32, 33, 34, 35, 36, 37]. Así, algunos pacientes (o muchos, no tenemos datos) se mantienen en tratamiento con neurolépticos para no recaer del problema que les generan estos, mientras se acumulan otros efectos secundarios y se limita su recuperación. Si bien esta idea puede resultar especulati-

va y se apoya solo en algunos estudios, no lo es más que la idea que presupone lo contrario aunque esté basada en multitud de estudios diseñados y financiados con el fin de aprobar los fármacos[38]. Recientemente se ha descubierto por estudios neuropatológicos que los antipsicóticos no tienen efectos neuroprotectores en el tratamiento de la esquizofrenia, como se pensaba sino que, al contrario, pueden contribuir a la disminución del volumen cerebral de los que los utilizan[39, 40]. Aunque veamos estos hallazgos como novedosos recuerdan a la hipótesis que se sostenía hace años que postulaba que la mejoría en la conducta y síntomas psicóticos era proporcional al daño cerebral que producían, lo que se confirmaba con estudios de imagen[41]. Todo esto puede explicar los peores resultados en algunas areas relacionadas con la recuperación de una vida productiva de los pacientes que toman tratamiento de forma indefinida frente a los que no[42]. A pesar de los datos que se acumulan sobre el aumento de mortalidad y morbilidad en ancianos con deterioro cognitivo[43], que ha llevado a generar alertas y avisos en el etiquetado de los antipsicóticos y a que muchos no tengan esta indicación en la práctica clínica, se siguen usando de forma indiscriminada[44].

La elevada incidencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otros efectos ha llevado a describir el "síndrome metabólico" producido por neurolépticos "atípicos" con una gran morbimortalidad asociada. Aparecen guías para su manejo, prevención (incluso con fármacos) y tratamiento, pero se cuestiona poco la inevitabilidad de semejante iatrogenia, con alternativas farmacológicas más baratas, a bajas dosis o con abordajes sin fármacos que están mostrando su eficacia[45, 46]. La presencia de estos graves efectos secundarios con neurolépticos de segunda generación y el descubrimiento de que no aportan mayor eficacia que los de primera (algunos menos), ha llevado a replantearse la actual indicación de estos como fármacos de primera línea frente a los antiguos[47]. Pero a pesar de todo esto, hay una tendencia creciente en usarlos para indicaciones fuera de etiquetado, como la ansiedad[48].

Respecto a los antidepresivos, su eficacia *per se* ha sido muy cuestionada en los últimos años. Los últimos meta-análisis dan cuenta de que la mayoría de los beneficios de los antidepresivos pueden explicarse por el efecto placebo y solo alrededor del 20% de la varianza puede ser atribuible al fármaco[49, 50]. Asimismo, comparados con el placebo, los antidepresivos no son más eficaces en las depresiones leves o moderadas y únicamente se muestran superiores en el tratamiento de las depresiones más graves[51, 52]. Sin embargo, los antidepresivos han demostrado una gran capacidad para dañar a los pacientes. Cuando se usan en ancianos, hay un incremento en esta población de caídas, fracturas, morbilidad debido a hiponatremias, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, epilepsias, intentos de suicidio y más muertes en general. Curiosamente, todos estos efectos adversos los producen en mayor medida los ISRS y los nuevos antidepresivos que los tricíclicos, probablemente porque los primeros se utilizan a mayores dosis comparativamente, debido a su aparente inocuidad[53]. En adolescentes aumentan el riesgo de suicidio y conducta violenta[54] lo que llevó a la FDA a obligar a las compañías a añadir una advertencia en la etiqueta[c]. En adultos con trastorno bipolar los antidepresivos pueden no ser eficaces, aumentar las recaídas maniacas y favorecer la desestabilización del paciente[55, 56] y revisiones recientes no los recomiendan[57].

Pero hay otras poblaciones que también son especialmente vulnerables a los psicofármacos, como las personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta y, especialmente, los niños. Recientemente,

---

[c] Estudios en los que se basa y la regulación en la página de la FDA: http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273

un trabajo ha estudiado la prevalencia de problemas metabólicos en personas con discapacidad intelectual y tratamiento neuroléptico frente a los que no toman y concluye que el aumento de morbilidad no es demasiado importante, pero no queda claro el beneficio de su uso en estos pacientes[58]. El extraordinario incremento en los últimos años del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el consiguiente empleo masivo de estimulantes en niños en los países occidentales es alarmante. Este hecho se está produciendo cuando la validez de este diagnóstico es muy discutida, los estimulantes no aportan beneficios en su uso a medio y largo plazo y sus efectos adversos sobre un sistema nervioso en formación están por determinar[59].

En estas circunstancias y con todos estos datos controvertidos de los psicofármacos, la prescripción se convierte en una tarea compleja en la que debemos calibrar cuidadosamente el balance riesgo-beneficio. Sin embargo, algunas guías de prescripción clínica (GPC), lejos de auxiliarnos, pueden volvernos más incautos y favorecer que dañemos a nuestros pacientes: el 90% de los autores que participaron en tres importantes GPC tenían lazos financieros con las empresas farmacéuticas cuyos productos aparecían recomendados y este conflicto de intereses no aparecía reflejado en la guía[60].

3. Iatrogenia del tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia no tiene el equivalente de control que ejerce la FDA con los medicamentos. No hay ninguna institución que monitorice de forma sistemática los efectos adversos de las distintas intervenciones psicoterapéuticas y por tanto, han de ser los propios profesionales los que asuman por completo esta tarea. Sin embargo, las páginas dedicadas a la iatrogenia de las psicoterapias en los manuales y tratados de terapias psicológicas son escasas o inexistentes y muchos profesionales sostienen que considerar los efectos adversos de las psicoterapias es innecesario porque se ha demostrado que su eficacia en el tratamiento de los trastornos mentales es evidente y superior al placebo.

Aunque no es sencillo medir los perjuicios que puede ocasionar la psicoterapia, se ha calculado que entre un 3 y un 10% de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico[61]. Esta prevalencia es mayor en la literatura sobre el tratamiento de las drogodependencias donde se estima que entre el 7% y el 15% de los pacientes que participan de un tratamiento psicosocial para el uso de sustancias se encuentran peor clínicamente que antes del tratamiento[62]. Estos porcentajes pueden considerarse elevados porque incluyen pacientes cuyo empeoramiento no está relacionado con la psicoterapia y hubieran evolucionado igual de mal sin tratamiento. Sin embargo, también estos porcentajes pueden considerarse demasiado bajos porque no incluyen a aquellos pacientes que podían haber mejorado espontáneamente, sin haber recibido una psicoterapia o que incluso podían haber mejorado más, sin el tratamiento. Otro problema metodológico importante es que gran parte de los estudios solo compara a los pacientes que han finalizado el tratamiento y desechan a los que lo abandonaron. Aunque a veces las altas prematuras pueden ser debidas a una mejoría rápida, muchas otras son por un empeoramiento clínico o por insatisfacción con la terapia. En cualquier caso, la débil alianza terapéutica es un buen predictor de abandono y una alianza débil es, en sí misma, un indicador o una consecuencia de una terapia fallida[63].

La psicoterapia puede dañar de múltiples formas: produciendo un empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros síntomas o un aumento de la preocupación sobre los síntomas existentes, generando una excesiva dependencia del terapeuta o por el contrario, una reticencia a buscar tratamiento en el futuro, alteraciones en

el funcionamiento del individuo o daños a terceros (familiares o amigos del paciente), etc. El origen de todos estos efectos adversos también es múltiple y puede deberse a variables del paciente, del terapeuta o de la interacción paciente-terapeuta, a una técnica psicoterapéutica fallida, o una situación social sin solución[64].

Todos estos hechos han llevado a algunos autores a estudiar no ya las terapias fundamentadas empíricamente sino precisamente las Terapias potencialmente dañinas. Lilienfeld ha elaborado un listado de estas psicoterapias basado en los niveles de evidencia que aportan los ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales y diseños naturalísticos de una revisión sistemática de la literatura científica[63].

4. Iatrogenia del tratamiento rehabilitador

Muchos usuarios piensan que lo que más sufrimiento y limitaciones les ha producido en su vida, es el hecho de haber caído en manos del sistema psiquiátrico. Algunos movimientos de usuarios (como el ENUSP – European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry- y movimientos americanos similares) trabajan activamente para trasladar esta visión en los órganos internacionales y nacionales que deciden sobre política de salud mental[d]. Según este movimiento los efectos adversos no solo están relacionados con el estigma sino también con el hecho de entrar en un sistema de supervisión de casi todas las facetas de la vida[e, 65]. Esto tiene su mayor exponente en los planes de tratamiento/rehabilitación para pacientes con trastorno mental grave, vividos en muchas ocasiones como algo impuesto y limitante[66]. Mientras que el usuario probablemente se guía en sus demandas por criterios de bienestar subjetivo, definición personal de ser feliz y de calidad de vida percibida subjetivamente, el profesional por el contrario "construirá" esas demandas bajo el referente del modelo de intervención "objetivo" que maneje fijándose por tanto en variables o factores de valoración como la autonomía, desempeño, capacidad de afrontamiento, adaptación y otros. El uso rígido y estereotipado de procedimientos, programas e intervenciones por más que esté ampliamente demostrada su fiabilidad, no están exentos de ser una fuente importante de comportamientos iatrogénicos del profesional precisamente por su rigidez en la aplicación sin atender a las características idiosincrásicas de la persona[67]. El sistema por ejemplo impone donde y con quien vivir (donde hay plaza, no según la necesidad individual)[68].

En el transcurso de su contacto con los dispositivos atencionales el individuo aprende un lenguaje nuevo, el lenguaje del síntoma que se convierte en el único medio de comunicación válido. La red social o familiar se sustituye (en el caso de que la haya) por el apoyo profesional, porque toda la experiencia personal entra dentro del campo de la patología. Esto se produce en un contexto relacional usuario-profesional cargado de confianza, en el que el usuario elige al profesional como fuente autorizada y verídica sobre si mismo, y a su vez el profesional realiza intervenciones que para el usuario, por autoculpabilización o conclusión razonada, significan que hay en él una tendencia a alterar y distorsionar la propia percepción de si y del mundo. Como consecuencia de ambos factores, el usuario finalmente incorpora y asimila completamente la definición de si mismo que atribuye al profesional, y esto le lleva a dudar constantemente de su propio juicio, llevándole a sentirse desorientado, confuso y finalmente a una cons-

---

[d] Ver el informe "Harassment and discrimination faced by people with psycho-social disability in health services. A European survey" en la página de ENUSP: http://www.enusp.org/documents/harassment/overview.htm

[e] Para una descripción de esta visión de usuario pasivo, con su depot y "tejiendo" en un centro de día y cómo cambia la vida si uno protagoniza su recuperación ver (en inglés) el video "Mental Health Visions" de Mary Nettle, anterior directora de ENUSP, en: http://www.youtube.com/watch?v=_if4Wyh_CTg

trucción del propio self como tendente al autoengaño[67].

Por otro lado el sistemático trabajo en las intervenciones psicosociales con personas con trastorno mental grave sobre conciencia de enfermedad puede producir el fenómeno de enrolamiento clínico y desenrolamiento social[69]. Tener conciencia de enfermedad es aceptar la perspectiva del profesional, asumir las indicaciones terapéuticas y reubicarse en una nueva existencia social. Se pueden generar serias dificultades para que la persona, especialmente la que tiene una "gran conciencia de enfermedad" participe en conversaciones con otros no diagnosticados y temor al rechazo. Esta conciencia "impuesta" puede generar iatrogenia al relacionarse con baja autoestima, desesperanza y negativamente con el bienestar emocional, el estatus económico y las oportunidades vocacionales[70].

Un subgrupo de pacientes con importantes déficits puede deteriorarse cuando se aumenta la estimulación social por la rehabilitación". Esto es todavía más importante por el hecho de que estos pacientes no pueden distinguirse previamente ni por sintomatología ni por su conducta social[71].

La rehabilitación "dentro" de este sistema alienante condiciona unas perspectivas socio-laborales limitadas, y acaba generando en muchos casos individuos pensionados y dependientes, sin responsabilidad y perspectiva vital autónoma. Existe riesgo de dependencia hacia los profesionales y la prolongación de la exclusión de la comunidad[72].

RESUMEN

Desafortunadamente nuestra capacidad terapéutica como profesionales de la salud mental es bastante limitada y antes de diagnosticar y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con una actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que vamos a infligir.

Para ayudar a nuestros pacientes en nuestra labor diaria como clínicos, deberíamos responder de forma honesta (considerando y desechando nuestras necesidades personales) a la pregunta: *Ante el problema humano que tengo delante, ¿voy a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una subenfermedad o una preenfermedad) que si no fuera tratado como tal?* y actuar en consecuencia. Desde esta perspectiva, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de "esperar y ver" antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más bien, definir de forma más realista los límites de nuestras actuaciones[73]. Buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario)[74] y muchos otros se van a resolver espontáneamente[75].

De igual manera, las personas con trastornos mentales graves y persistentes no pueden convertirse en víctimas de nuestra impotencia, piedad o vanidad profesional a través de intervenciones excesivas, innecesarias o inadecuadas respectivamente. En muchas ocasiones, especialmente en personas con problemas mentales graves, aunque decidamos tratar tenemos que mensurar nuestras intervenciones y considerar la enorme iatrogenia de los sistemas de atención y los psicofármacos. Más allá de un momento inicial de confusión, la mejor manera de hacer esto es informar al

paciente poniendo en la balanza los riesgos y beneficios contrastados (por la medicina basada en pruebas más que por la medicina basada en el marketing). Una guía para nuestras actuaciones en el contexto de los planes de intervención con personas con problemas mentales graves puede ser la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que nos recuerda que el paciente tiene derecho a elegir donde vive, a que se pongan los medios necesarios para que trabaje en igualdad de condiciones, a elegir tratarse o no y con qué... Los recursos que ofrecemos son lugares de tránsito, los profesionales no somos los directores de las vidas de los usuarios de los servicios donde trabajamos.

Tenemos que considerar que la prevención primaria no es inocua y su lugar de aplicación no es la consulta sanitaria individual, sino que tiene un enfoque comunitario y social. Con las etiquetas diagnósticas corremos el peligro de alejarnos del paciente y cosificarlo, y siempre será menos dañino para él considerar sus síntomas en el contexto de su historia personal, familiar, social, académica y laboral, dándoles un sentido psicosocial y no exclusivamente biológico. En los tratamientos, habría que contar con el paciente, hacerle partícipe de la elección y no podemos olvidar que la alianza terapéutica es el factor más importante asociado a un buen pronóstico clínico. Antes de indicar un tratamiento, deberíamos considerar que la templanza es mejor virtud que el furor curandis y tener en cuenta que la indicación de no-tratamiento es una intervención más de nuestro repertorio asistencial y de enorme valor, porque es el máximo exponente de la prevención cuaternaria.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. PrimaryCare. 2010; 10(18): 350-4.
(2) Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J (1981). “Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital”. N. Engl. J. Med. 304 (11): 638–42.
(3) Barbara Starfield. Is US Health Really the Best in the World? JAMA, July 26, 2000 – Vol 284, No. 4. p. 483. y David P Phillips, Nicholas Christenfeld, Laura M Glynn: Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. The Lancet 1998; 351 (9103): 643 - 644, 28.
(4) Jason Lazarou, Bruce H. Pomeranz; Paul N. Corey. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients JAMA 1998;279(15):1200-1205.
(5) Gervas J. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):127-34).
(6) Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Átopos 2004;2 (1):15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
(7) Health I. In defence of a National Sickness Service. BMJ 2007 ;334:19.
(8) Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gaceta Sanitaria 2006; 20(supl3): 66-71.
(9) Verweij M. Medicalization as a moral problema for preventive medicine. Bioethics 1999;13(2):89-113.
(10) Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. Death Studies 2000; 24:541–558.
(11) Sijbrandji B, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. Br J Psychiatr 2006; 189: 150-155.
(12) Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
(13) Warner R. Problems with early and very early intervention in psychosis. Br J Psychiatr 2005;187(suppl48):104-107.
(14) Rathbone J. Early intervention for psychosis. Cochrane database syst rev. 2006 oct 18;(4):cd004718
(15) Corcoran Ch, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being “at risk”. Schizophr Res. 2005; 73(2-3):173–184.

(16) Mark Weiser Early Intervention for Schizophrenia: The Risk-Benefit Ratio of Antipsychotic Treatment in the Prodromal Phase. Am J Psychiatry 2011;168:761-763.
(17) Healy D. The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. PLoS Med 2006; 3(4): e185. doi:10.1371/journal.pmed.0030185.
(18) Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. American Journal of Psychotherapy 2002; 56: 244-260.
(19) Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. Br J Psychiatry. 1983;143:436-441.
(20) Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care. 2010; 10(18): 350-4.
(21) Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making BMJ 2011; 342: d1745.
(22) Read J, Haslam N, Sayce L. Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006;114: 303-318.
(23) Mitsumoto S. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. World Psychiatry. 2006 February; 5(1): 53–55.
(24) Romme M, Morris M. The harmful concept of Schizophrenia. Mental Health Nursing. 2007, 7–11 March
(25) Timimi S. Campaign to Abolish Psychiatric diagnosic Systems such as ICD and DSM (March 2011) Disponible en: http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID11.pdf
(26) Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006;38(10):563-9.
(27) Bootzin RR, Bailey ET. Understanding placebo, nocebo and iatrogenic treatment effects. J Clin Psichology 2005;61:871-880.
(28) Moncrieff J, Cohen D. Rethinking models of psychotropic drug action. Psychotherapy and psychosomatics 2005;74:145-153.
(29) Healy D. The creation of psychopharmacology. Cambridge MA, Harvard University Press, 2002.
(30) Bola JR and Mosher LR. Predicting Drug-Free Treatment Response in Acute Psychosis from the Soteria Project. Schizophr Bull 2002; 28(4):559-575.
(31) Seikkula J, Aaltonen J Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective pychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research 2006; 16(2): 214-228.
(32) Forrest DV, Fahn S. Tardive dysphrenia and subjective akathisia. J Clin Psychiatry 1979; 40 (4): 206.
33) Frota LH (). Partial Agonists in the Schizophrenia Armamentarium. Tardive Dysphrenia: The newest challenge to the last generation atypical antipsychotics drugs? J Bras Psiquiatr 2003; 52 (Suppl 1): 14–24.
(34) Fernandez HH. Rebound psychosis: effect of discontinuation of antipsychotics in Parkinson's disease. Mov Disord. 2005 Jan;20(1):104-5.
(35) Margolese HC. Therapeutic tolerance and rebound psychosis during quetiapine maintenance monotherapy in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. J Clin Psychopharmacol. 2002 Aug;22(4):347-52.
(36) Guy Chouinard, Virginie-Anne Chouinard. Atypical Antipsychotics: CATIE Study, Drug-Induced Movement Disorder and Resulting Iatrogenic Psychiatric-Like Symptoms, Supersensitivity Rebound Psychosis and Withdrawal Discontinuation Syndromes. Psychother Psychosom 2008;77:69-77.
(37) Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. Acta Psychiatr Scand. 2006 Jul;114(1):3-13.
(38) Whitaker R. Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. Crown Publishers, New York, 2010.
(39) Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011 Feb;68(2):128-37.
(40) Moncrieff J. Questioning the 'neuroprotective' hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? Br J Psychiatr 2011; 198: 85-87.
(41) Gur R. A follow-up of magnetic resonance imaging study of schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1998; 55: 145-151.
(42) Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. J Nerv Ment Dis. 2007 May;195(5):406-14.
(43) Cheryl L.P. Vigen, Wendy J. Mack, Richard S.E. Keefe, Mary Sano, David L. Sultzer, T. Scott Stroup, Karen S. Dagerman, John K. Hsiao, Barry D. Lebowitz, Constantine G. Lyketsos, Pierre N. Tariot, Ling Zheng, and Lon S. Schneider. Cognitive Effects of Atypical Antipsychotic Medications in Patients With Alzheimer's Disease: Outcomes From CATIE-AD. Am J Psychiatry 2011; 168: 831-839.

(44) D.P. Devanand and Susan K. Schultz Consequences of Antipsychotic Medications for the Dementia Patient. Am J Psychiatry 2011 168: 767-769.
(45) Weinmann S, Aderhold V. Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. Psychosis. 2010; 2:50–69.
(46) Calton T, Spandler H. Minimal-medication approaches to treating schizophrenia. Advances of Psychiatric Treatment. 2009 15:209-217.
(47) Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. Br J Psychiatr 2011; 199: 266-268.
(48) Jonathan S. Comer JS, Mojtabai R, Olfson M. National Trends in the Antipsychotic Treatment of Psychiatric Outpatients With Anxiety Disorders. Am J Psychiatry 2011 168: 1057-1065.
(49) Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med. 2008; 358(3): 252–260.
(50) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, JohnsonBT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med.2008;5(2):e45.
(51) Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis. JAMA.2010;303(1):47-53. doi:10.1001.
(52) Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M.Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2011 Jan;198(1):11-6.
(53) Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J, Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ 2011; 343:d4551.
(54) Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonki AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ 2004; 328: 879–8.
(55) Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinez JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl JMed. 2007 Apr 26; 356(17): 1711-22.
(56) S. Nassir Ghaemi. Treatment of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Are Antidepressants Mood Destabilizers? Am J Psychiatry 2008; 165: 300-302.
(57) Ghaemi SN, Wingo AP, Filkowski MA, Baldessarini RJ Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. Acta Psychiatr Scand. 2008 November; 118(5): 347–356.
(58) Frighi V, Stephenson MT, Morovat A, Jolley LE, Trivella M, Dudley CA, Anand E, White SJ, Hammond CV, Rena A. Hockney RA, Barrow B, Shakir R, Goodwin GM. Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. British Journal of Psychiatry 2011; 199:289-29.
(59) Cosgrove L, Bursztajn HL, Krimsky S, Anaya M, Walker J. Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines. Psychother Psychosom 2009;78:228–232.
(60) Timimi S, Leo J, eds. Rethinking ADHD: from brain to culture. Palgrave Macmillan, 2009.
(61) Mohr. Negative out come in psychothrapy: A critical review. Clinical Psychology: Science and Practice 1995; 2: 1-27.
(62) Moos R. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention Addiction 2005; 5: 595.
(63) Lilienfeld, S. O. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science, 2007; 2: 53–70.
(64) Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. Br J Psychiatr 1983; 143: 436-441.
(65) Perdigón A. Prevención y iatrogenia en rehabilitación psicosocial. Boletín de la AMSM 2010 (primavera):8-13.
(66) Bassman, R. Agents, not objects: our fight to be. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56, 1395-1411.
(67) Rose, D. Users' Voices: The perspective of mental health service users on community and hospital care.: The Sainsbury Centre for Mental Health. London, 2001.
(68) Alonso C, Escudero A. Algunas reflexiones sobre la demanda social y la rehabilitación de pacientes crónicos. ¿Rehabilitar o encontrar un sitio al crónico? Boletín de la AMSM 2004 (octubre):8-12.
(69) Muñiz E. Enrolamiento clínico, desenrolamiento social. Boletín de la AMSM 2007 (otoño):10-15.
(70) Wykes T. Social Functioning in Residential and Institutional Settings. En KT Mueser and N Tarrier (eds): Handbook of Social Functioning in Schizophrenia, Allyn & Bacon. Mass, 1998.
(71) Hasson-Ohanon I, Kravetz, S, Roe D, David A, Weiser M. Insight into psychosis and quality of life. Comprehensive Psychiatry 2006; 47: 265-269.
(72) Chilvers, R; Macdonald, G; Hayes, A. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves. (Revisión Cochrane traducida). En La biblioteca Cochrane Plus, Nº3 Oxford. Update Software Ltd. 2008.

(73) Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. Archives of general psychiatry 1981; 38: 542-5.
(74) Hernández Monsalve M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En: Neoliberalismo versus democracia (ed VV.AA.). Madrid, 1998.
(75) Endicott NA, Endicott J. Improvement in untreated psychiatric patients. Archives of general Psychiatry 1963;9:575-585.

3.10. El empleo

Teo Sobrino

1. DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON TMG PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL.

En la situación de desempleo de las personas con TMG influyen muchos factores[1]. Un primer factor es la barrera a veces infranqueable de la situación del mundo laboral, común en toda la Unión Europea, que incluye cambios en la economía relacionados con la tendencia hacia la internacionalización y la globalización de los procesos económicos. Una consecuencia es el incremento de la competitividad y la variabilidad de la demanda y un cambio en la estructura de los sectores económicos, con un fuerte crecimiento del sector servicios.

La innovación tecnológica ha supuesto una sustitución de la actividad laboral humana, una disminución del trabajo físico y una reducción de los niveles jerárquicos con mayor énfasis en la responsabilidad. También se ha producido un cambio en el perfil de la población activa, con un aumento de la edad media de los trabajadores, un incremento de la tasa de incorporación de la mujer y un mayor nivel de cualificación.

Surgen nuevos fenómenos de paro estructural de larga duración que afecta a colectivos excluidos o en riesgo de exclusión: mujeres solas, trabajadores de mayor edad, jóvenes con fracaso escolar, inmigrantes sin cualificación profesional. Esta situación se agrava en el caso de las personas con discapacidad.

Una segunda dificultad es el prejuicio social ante las personas con enfermedad mental que sigue imperando en nuestra sociedad. Los empresarios, como parte de esta sociedad, también tienen una imagen negativa de este colectivo, considerando a sus miembros como incapaces o demasiado problemáticos para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario. Se les confunde con las personas con retraso mental, se les supone una menor inteligencia o con un deterioro progresivo de sus capacidades mentales o que no pueden tomar decisiones acertadas acerca de su vida ni desarrollar proyectos vitales como cualquier otra persona.

Por último, la propia enfermedad tiene unas características y consecuencias que suponen un freno en los procesos de inserción laboral. Se resumen en la tabla 1.

Tabla 1.- Dificultades derivadas de la propia enfermedad

- Sintomatología positiva persistente así como sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.
- Escasa formación académica y profesional. En ocasiones formación suficiente, pero no válida para afrontar un empleo propio de la profesión (médico, abogado, biólogo, etc).
- Escaso interés laboral.
- Ausencia de experiencia laboral previa
- Experiencia laboral previa vivida como frustrante.
- Déficit de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.

- La familia puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral, pero puede estar obstaculizándola por diferentes motivos:
  - Su propio desconocimiento del mundo laboral.
  - Su experiencia negativa respecto a trabajos anteriores.
  - Desconfianza en cuanto a los intereses y las aptitudes de su familiar.
  - Rigidez en las expectativas laborales de su familiar y rechazo a ciertos trabajos por considerarlos "inferiores":
  - "Sobrevaloración" de los inconvenientes de trabajar e "infravaloración" de sus ventajas, etc.
  - Miedo a las posibles recaídas
  - Miedo al cambio de vida familiar que supone el rol de trabajador: amigos, dinero para gastar, horarios, etc.
- Desconocimiento del mundo laboral.
- Dificultades para disponer y utilizar todas aquellas habilidades y conocimientos necesarios para elegir, conseguir y mantener un empleo.

Una de las dificultades más inmediatas para el profesional que se enfrenta ante la duda de si tiene que iniciar un proceso de inserción laboral es decidir quien es el candidato ideal.La literatura especializada señala una serie de predictores de éxito o fracaso en la integración laboral de personas con TMG que abarcan tanto variables sociodemográficas como clínicas de los sujetos estudiados. Muchos de estos estudios, no obstante, han sido criticados porque su objetivo es determinar las variables que permitan establecer prioridades en el acceso a recursos siempre limitados, excluyendo a priori algunas personas que pudieran ser más menos "empleables".

En resumen, los diferentes autores coinciden en que *no* predice un posible éxito o fracaso laboral:

- Los resultados en tests de inteligencia, aptitudes y personalidad.
- El funcionamiento en ambientes no laborales y especialmente en otros contextos como el hospitalario o por extensión, otros servicios sanitarios.
- La historia psiquiátrica. Se tiende a asociar mayor éxito laboral con el menor número y duración de episodios de hospitalización, pero no está claro si se trata de factores causales o meros indicadores de una posible "baja afectación", cuyas causas siguen siendo poco conocidas.
- El diagnóstico psiquiátrico y la sintomatología presente, aunque desde hace unos años, empieza a haber información de relevancia creciente sobre las mayores dificultades de personas con esquizofrenia, comparadas con las que presentan otros tipos de trastornos o enfermedades mentales, y de modo especial, dentro de aquellas, con las que presentan un claro predominio de sintomatología negativa y escasas habilidades sociales.

Los factores que *sí* predicen y correlacionan con un desempeño adecuado en el mundo laboral son:

- Poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral.
- La historia laboral previa.
- Poseer unas expectativas e intereses ajustados al mercado laboral.
- Los resultados en pruebas que miden auto-imagen y autoconcepto como trabajador.
- Haber participado con éxito en programas de entrenamiento en búsqueda de empleo.
- El apoyo profesional.
- La motivación para trabajar. Diversos estudios resaltan la importancia básica de

que el empleo sea un objetivo real para la persona concreta y no una prescripción que se hace desde el nivel técnico o profesional. De hecho, este es un factor clave que hace perder peso al efecto de muchos de los restantes factores estudiados.

La conclusión general, en la que coinciden la mayoría de los expertos, es la inexistencia de criterios de exclusión. Pero también que determinado tipo de problemas, especialmente los relacionados con alteraciones cognitivas, se benefician de intervenciones complementarias específicas

2. COMPONENTES ESENCIALES DE UN PROGRAMA DE EMPLEO

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cualquier programa de empleo tiene que basarse en los principios de la rehabilitación psicosocial y, por tanto, tiene que ayudar y preparar a personas con TMG para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

Independientemente de que el empleo esté o no disponible, lo que va a garantizar el éxito en la integración laboral de cada persona concreta es la adecuación entre el perfil del trabajador y el perfil del puesto de trabajo.

Por ello, se debe entender esta integración como un proceso, con una estructura y unas acciones que deben ser flexibles para ajustarse a las características de cada persona.

2.1. Evaluación y planificación de la intervención:

La evaluación se articula en torno a cuatro grandes áreas: historia formativa y laboral, orientación vocacional, habilidades de ajuste laboral y habilidades de búsqueda de empleo.

Por su especial interés, nos vamos a detener en dos de ellas:

A) Orientación vocacional.

Al igual que la mayoría de las personas adultas que buscan un empleo, el mayor interés de la persona con TMG para conseguir un trabajo es que le reporte independencia económica y mayor consideración social. Por ello, en ocasiones sus intereses vocacionales pueden estar por encima de sus posibilidades reales lo cual puede constituir un obstáculo para el entrenamiento en hábitos laborales y la posterior búsqueda de un empleo y el mantenimiento del mismo.

Un aspecto de especial relevancia en este punto es el grado de motivación laboral real existente. Este aspecto es el más difícil de evaluar y sobre el que más a largo plazo hay que intervenir, ya que tras una escasa motivación pueden subyacer temores al fracaso y bajo una aparente motivación puede no existir más que una expresión verbal de intenciones, reflejo de lo que desea la familia o el profesional de referencia o de los valores de la sociedad actual.

A pesar de la dificultad en la evaluación, hay elementos que dan pistas entre los que destacan los siguientes:

- Si expresa deseos de trabajar y sabe valorar las ventajas e inconvenientes del trabajo. Nos indica la motivación expresada y su visión del mundo laboral.
- Si realiza acercamientos formativos adecuados. Indica su ajuste vocacional y su afán por superarse.
- Si toma iniciativas en la búsqueda de empleo. Nos indica su ajuste vocacional y su manejo en técnicas de búsqueda de empleo.
- Si recibe ayudas económicas o pensiones. Contar con recursos económicos que cubran o solucionen las necesidades mínimas resta impulso y motivación para acceder a un empleo.
- La situación económica familiar y la previsión económica de futuro que ha hecho la familia. Si la familia no cree necesario que su familiar pase por los riesgos y los sacrificios de buscar y mantener un empleo, tenderá a solicitar un recurso de carácter ocupacional. Otras veces, con ingresos económicos mínimos, la familia ha

elaborado todo un plan de futuro para que el usuario pueda vivir cuando ellos falten (herencias, alquileres de pisos, etc.).
– La red social (relaciones, frecuencia de éstas, tipo de amigos, si conocen la enfermedad, si apoyan, si están parados o activos).
– Las atribuciones sobre despidos, abandonos o problemas habidos en el trabajo, las habilidades laborales expresadas y las habilidades laborales percibidas por el profesional así como las limitaciones expresadas y percibidas.

B)Habilidades de ajuste laboral:
Podemos definir el ajuste laboral como aquel conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles.

Según Liberman (1.993)[2] la evaluación de todas estas habilidades debería realizarse en el propio lugar de trabajo o, en su defecto, en un ambiente estructurado lo más parecido posible a éste. Watts (1.990)[3] señala la conveniencia de utilizar un ambiente de trabajo simulado, "el taller rehabilitador", que debe funcionar de la manera más parecida a una pequeña fábrica.

Los aspectos que recoge la evaluación se muestran en la tabla 2:

Tabla 2.- Habilidades de ajuste laboral

1. Hábitos Básicos de Trabajo:
- Asistencia.
- Puntualidad.
- Hábitos de higiene.
- Manejo de equipo y herramientas.
- Cuidado del material.
- Continuidad en la tarea.
- Resistencia a la fatiga.
- Resistencia a la monotonía.
- Reacción a los cambios de trabajo.
- Cumplimiento del horario laboral.
- Higiene y seguridad en el trabajo.
- Utilización de ropa de trabajo.

2. Habilidades sociales en ambiente laboral:
- Interacción con compañeros.
- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones.
- Capacidad para ofrecer o solicitar ayuda.
- Capacidad para expresar críticas o valoraciones.
- Administración del tiempo de ocio.
- Independencia de la supervisión/ autonomía en el trabajo.
- Capacidad de dirigir el trabajo de los compañeros.
- *Capacidad para tolerar críticas.*
- *Aceptación de la autoridad.*

3. Habilidades centradas en la tarea:
- Velocidad de producción.
- Calidad de producción.
- Habilidades para cambiar de tarea.
- Iniciativa y creatividad.
- Habilidades para trabajar en equipo.
- Capacidad de adaptación a diferentes tareas.

4. Habilidades Cognitivas:
- Atención y concentración.
- Comprensión y seguimiento de instrucciones.
- Memoria para las instrucciones.
- HH de resolución de problemas.
- Capacidad de aprendizaje.

La evaluación inicial debe concluir con la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación e inserción laboral.

Este plan es individualizado porque señala las dificultades que hay que superar, las conductas-problema que hay que extinguir y las habilidades y hábitos que hay que potenciar. En él se priorizan las habilidades a adquirir y se señalan los entrenamientos que se van a realizar y las técnicas que se van a utilizar, así como el lugar dónde se va a llevar a cabo, los profesionales implicados

y el carácter individual o grupal de los entrenamientos.

2.2. Intervención:
La intervención óptima en rehabilitación laboral sería aquella en que el puesto de trabajo concreto está disponible. Cuando esto no es posible, las siguientes áreas de intervención son especialmente relevantes en los procesos de rehabilitación e inserción laboral:

- Orientación Vocacional.
- Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la formación profesional.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.

Todos estos ámbitos de intervención no deben considerarse como paquetes estandarizados que se aplican a todos los sujetos, más bien al contrario, deben responder a las necesidades individuales de cada persona, a sus motivaciones y a sus intereses.

Se detallan a continuación los dos primeros, por ser los que más diferencias tienen con cualquier otro programa de empleo.

a.- Orientación vocacional:

> La orientación vocacional es un proceso que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustar esos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo. El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral. (Anthony y cols., 1.984).[4]

Las personas con enfermedad mental que inician un proceso de rehabilitación laboral pueden presentar los siguientes problemas:

– No identifica sus intereses: o bien carece de intereses vocacionales por ausencia de experiencia laboral o por desconocimiento de sus habilidades laborales, o bien tiene un único interés vocacional por su experiencia laboral, por criterios erróneos acerca de sí mismo o de la naturaleza del trabajo elegido. Sus intereses pueden ser desajustados, excediendo a sus posibilidades por desconocimiento de los requerimientos del trabajo o de sus propias limitaciones o desajustados situándose por debajo de sus posibilidades debido a su baja autoestima, a miedo al fracaso, a una historia laboral frustrante o a inseguridad en sus habilidades.
– No sabe relacionar intereses con ocupación, ni ésta con las habilidades: los intereses que posee que podrían ser de aplicación al ámbito laboral están poco arraigados y no los relaciona con un posible trabajo. Tampoco identifica como posibles trabajos aquellas actividades o tareas en las que muestra una especial habilidad y capacidad.
– Presenta una gran rigidez en sus expectativas laborales: muestra interés por un tipo de empleo y sólo uno, desechando otros parecidos sin pensar en posibles alternativas. Este interés suele ser desajustado y basado en falsas creencias sobre el trabajo (con buen estatus, exageradamente remunerado, fácil, realizado por algún conocido, o elegido por indicación familiar).
– Le falta planificación profesional para conseguir sus objetivos: no calcula los pasos sucesivos para llegar a una meta, por ejemplo quiere trabajar de abogado cuando abandonó los estudios en primero o dependiente en una gran superficie sin saber relacionarse con la gente.

Al iniciar un proceso de orientación vocacional se debe tener en cuenta un aspecto tradicionalmente olvidado, la elección del usuario a la hora de decidir su opción laboral. Los bajos promedios en el mantenimiento de un empleo vienen marcados en parte por la insatisfacción con el empleo elegido y, por tanto, hay una relación directa entre la elección personal de ese empleo, la satisfacción con el mismo y su conservación.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la orientación vocacional/ laboral es un pro-

ceso continuo, cambiante y dinámico, en íntima relación con las habilidades y aprendizajes del usuario.

b.- Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral:

Son muchos los estudios cuyas conclusiones avalan una relación significativa entre habilidades de ajuste laboral y desempeño de un trabajo en el futuro.

El lugar más adecuado para desarrollar todos estos hábitos y habilidades es aquel que mejor simule un trabajo real, los talleres rehabilitadores, cuyo carácter rehabilitador se fundamenta en que no son específicamente formativos, no se enseña un oficio, ni productivos por lo cual no dependen de la obtención de un rendimiento económico, sino que las tareas se supeditan a las necesidades individuales de cada persona.

Los problemas más comunes en la población con TMG que suponen una dificultad para conservar el empleo y que, por tanto, son objeto de entrenamiento, son:

– La asistencia y la puntualidad: en la primera influyen muchos factores como son unos hábitos de sueño desajustados y arraigados desde tiempo atrás y fundamentalmente la motivación para iniciar el proceso de rehabilitación laboral. Un problema más frecuente aún es la impuntualidad que puede denotar también falta de motivación o un problema de organización y planificación del tiempo. Un recurso útil para eliminar este problema puede ser que el usuario asuma la responsabilidad de tener a punto el material para el inicio de la jornada o que participe en una tarea de equipo en la que es imprescindible su presencia desde el primer momento.
– La falta de iniciativa. Sobre este punto, Anthony (1.984) señala la incapacidad del sujeto para dar directrices. Estas dificultades se resumen en una carencia de iniciativa en tareas que ya conoce y en dificultades para planificar y organizar.
– La baja tolerancia al trabajo prolongado, al trabajo repetitivo y a los cambios de tarea. El usuario suele desconfiar de su resistencia y relacionar el cansancio con el desequilibrio psíquico. Una buena información al respecto y el acuerdo de un aumento progresivo del horario son estrategias que suelen resultar eficaces. También desconfía de su capacidad de aprendizaje y su memoria, por lo cual el acercamiento a trabajos que requieran cambios de tarea o encadenamientos debe realizarse de forma paulatina y con el conocimiento previo del usuario.
– Desconoce las habilidades sociales en ambiente laboral. No reconoce lo que ha hecho mal, o bien culpa a los compañeros o al supervisor o bien se atribuye toda la culpa. Se aísla, no se relaciona o lo hace de forma exagerada interfiriendo en el trabajo de sus compañeros.

El entrenamiento en habilidades sociales en el taller rehabilitador está implícito en la propia actividad laboral y en las relaciones naturales que se establecen entre los compañeros de trabajo. El entrenador debe fomentar esas relaciones programando actividades de equipo que disminuyan el aislamiento, dando instrucciones verbales para disminuir el exceso de relación e interferencia y potenciando que se creen relaciones personales por afinidades.

Otro aspecto que requiere una especial atención es la capacidad para ofrecer y solicitar ayuda. Solicitar ayuda es un signo de la buena capacidad de afrontamiento y resolución de problemas y ofrecerla indica un buen repertorio conductual y un talante solidario. Ambas habilidades deben ser fomentadas y el usuario que las posee bien porque ya existía en su repertorio conductual o porque las ha adquirido a lo largo del proceso rehabilitador debe convertirse en modelo para el resto de los usuarios.

Estos son algunos de los aspectos a trabajar en los talleres rehabilitadores, pero no son ni los más importantes ni los únicos. Un proceso continuo de evaluación irá dando las pautas de actuación con cada usuario en cada momento concreto.

2.3. Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo:

2.3.1. El momento más adecuado para acceder al empleo

Una de las mayores dificultades con las que se enfrenta el profesional que trabaja en este campo es determinar el momento en el que un usuario debe acceder al empleo.

En líneas generales, se puede considerar que es el momento de acceder al empleo cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- El usuario tiene una buena trayectoria laboral y ha transcurrido poco tiempo desde el último empleo. La literatura al respecto señala la disminución del interés al cabo de los seis meses de estar desempleado y cómo este interés sigue bajando durante el año siguiente. Hay pruebas de que este proceso se invierte durante la rehabilitación, aumentando las actitudes positivas hacia el empleo. Pero si el tiempo de permanencia en el taller rehabilitador es excesivo puede volver a invertirse el proceso y generarse un acomodo y una falta de motivación hacia el empleo.
- El usuario decide probar nuevas áreas laborales que no tiene relación con sus anteriores trabajos, los cuales rechaza por diferentes motivos. El profesional debe dar su opinión y asesorarle al respecto, pero respetando la decisión del usuario ya que las demandas de cada puesto de trabajo son diferentes y una persona puede no tener capacidad para afrontar unas demandas y sí otras.
- El usuario no tiene unos buenos hábitos laborales, pero muestra una gran motivación por el empleo realizando búsquedas por su cuenta, en ocasiones desoyendo las indicaciones de los profesionales.
- El usuario no ha mostrado deseos explícitos de trabajar, pero aprovecha la iniciativa de otros compañeros para hacer acercamientos laborales.

Cuando la persona ha tomado la decisión de empezar a trabajar y simultáneamente al proceso de entrenamiento previo, los profesionales deben informarle y debatir con él aspectos importantes que van a influir en el tipo de opción laboral más adecuada.

2.3.2. La alternativa de inserción más adecuada:

Una vez realizadas estas consideraciones es el momento de plantearse la opción de inserción laboral más válida. Las diferentes alternativas de inserción laboral se resumen a continuación:

A) Inserción en el mercado laboral ordinario:

El método más usado por las personas con trastornos mentales para acceder a un empleo es ocultar su situación. Esto incrementa sus posibilidades de encontrar empleo.

Hay pruebas de que los pacientes se desenvuelven mejor en una entrevista si creen que los entrevistadores desconocen sus antecedentes psiquiátricos. Cuando la persona persiste en manifestar su condición de enfermo mental, o sus dificultades para afrontar una entrevista son muy grandes habría que recurrir al acceso tutelado o intermediación laboral, contactando con empleadores concienciados o con buena experiencia con otros pacientes psiquiátricos.

En el empleo ordinario, el sujeto localiza el puesto de trabajo y accede a él sin la intermediación visible de ningún agente. Pero el equipo rehabilitador interviene en unos casos facilitando el empleo- acceso tutelado-En otros, realizando entrenamientos exhaustivos en todos los pasos para conseguir empleo (seleccionar ofertas de empleo, concertar citas, preparar las entrevistas y analizar después cada una de ellas, etc). A esta forma la hemos denominado acceso apoyado en un intento de diferenciarla de la anterior y del acceso autónomo, en el que el sujeto busca empleo y lo encuentra poniendo en funcionamiento todas las estrategias aprendidas o que ya poseía sin la supervisión directa de ningún profesional.

Esta es la formula ideal y la más utilizada por ser la que más puestos ofrece. Sin embargo, existen dificultades como por ejemplo

los prejuicios y rechazo que los diagnósticos psiquiátricos producen en la sociedad.

B) Una derivación de la inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula conocida como *Empleo Con Apoyo*
El "Empleo con Apoyo" surge para dar respuesta precisamente a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.

En Estados Unidos, país donde nació el empleo con apoyo, se ha llegado a definir este concepto y a operativizar lo que debe ser un programa de estas características:

– Un trabajo competitivo y real en un contexto laboral ordinario e integrado.
– Un trabajo a tiempo completo o al menos 20 horas semanales a tiempo parcial.
– Con salarios equiparables al resto de los trabajadores no discapacitados.
– El lugar de trabajo ha de ser integrado, esto es, la mayoría de los compañeros de trabajo no presentan discapacidades y los individuos con discapacidades no constituyen un grupo aparte.
– Se debe organizar un conjunto de apoyos flexibles, individualizados y continuados tanto con la persona discapacitada como con el entorno laboral.

Existen varios modelos de empleo con apoyo - empleo competitivo con apoyo, grupos de trabajos móviles, enclaves y pequeños negocios, entre otros-. El primero es el más integrador y tiene varias ventajas con respecto a los demás, como son:

En el Empleo competitivo con apoyo, denominado por algunos autores trabajo individual, un profesional cualificado, el preparador laboral, realiza un entrenamiento en el propio lugar de trabajo y el usuario percibe desde el primer día el salario por parte del empresario. Se realizan evaluaciones con una periodicidad diaria o semanal.

Una vez que el individuo aprende la tarea, el preparador laboral va disminuyendo gradualmente el tiempo de apoyo. En muchos casos, los compañeros de trabajo o los jefes de departamento pasan a asumir estas funciones, prestando su apoyo al trabajador en situaciones puntuales.

Este modelo tiene unos beneficios económicos altos para la sociedad en cuanto que la persona con discapacidad entra a formar parte del sistema productivo y realiza una contribución al producto interior bruto similar a la de cualquier persona sin discapacidad. Como contrapartida, los costes económicos para la sociedad son limitados especialmente a largo plazo, a pesar de la ratio preparador laboral/ usuario- un profesional para cada cliente -.

Otra ventaja importante es el margen de beneficios para el empresario, que es equivalente al del resto de los compañeros desde el primer momento que se empieza a realizar el entrenamiento, puesto que la productividad está garantizada por el preparador laboral. A esto hay que añadir las exenciones fiscales previstas por la ley para determinados tipos de contratos.

Respecto al usuario del programa, percibe el salario mínimo interprofesional o un salario parecido al del resto de los trabajadores de la misma categoría, lo cual es un elemento normalizador importante.

El empleo con apoyo ha sido regulado en nuestro país en Julio de 2007 con el Real Decreto 870/2007.

C) Otra alternativa a tener en cuenta para la integración laboral de las personas TMG es la del *Empleo Protegido*, que en España se articula a través de las fórmulas de los *Centros Especiales de Empleo* (CEE) y las *Empresas de Inserción.*

Los *Centros Especiales de Empleo* se crearon en nuestro país en el inicio de la década de los 80, fundamentalmente promovidos por el movimiento asociativo de minusválidos. Su misión es intentar asegurar un empleo remunerado para aquellas personas

con al menos un 33% de minusvalía reconocido y que no pueden acceder al mercado laboral ordinario.

Están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de Abril)[5], en su título VII como "aquellos (centros) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado". Estos centros están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de Diciembre y por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de Julio, que regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los CEE.

Se constituyen como empresas que operan en el mercado, pero con unas características específicas que le dan el carácter de empleo protegido.

Los CEE como fórmula de integración laboral pueden resultar interesantes para las personas con TMG, aunque a la luz de la experiencia de estos años conviene indicar algunas de sus dificultades o limitaciones:[6]

- La práctica totalidad de estos centros surgió del movimiento asociativo que incorporó entre sus reivindicaciones los conceptos de normalización e integración. Pero estas reivindicaciones resultaron ser parciales no llegando a trasladarse al ámbito laboral. Muchas personas formaban parte de las plantillas de estos centros sin aportar un rendimiento y por tanto un beneficio económico, sino que se mantenían en ellos con un carácter humanitario y por el beneficio social asociado al trabajo y no por el trabajo en sí.
- Por otra parte, el propio sistema no tiene los mecanismos adecuados para que los recursos cumplan la función para la que fueron diseñados, no habiéndose establecido un control para que se dé la transición desde los Centros Ocupacionales a los CEE y de éstos a la empresa ordinaria, tal como prevé la LISMI, con lo cual estos centros, en muchos casos se han convertido en "ghettos" segregados.
- Los CEE no suelen contar con los servicios de ajuste personal y social, que deberían ser obligatorios si nos atenemos a la ley.
- Ha faltado una adecuada planificación de la gestión económica y financiera. Muchos han surgido más a través del voluntarismo que de adecuados planes de viabilidad, estudios de mercado y organización empresarial, lo que lleva a que se encuentren en situaciones precarias, intentando mantenerse como empresas subsidiarias de una gran empresa matriz y sólo una, con lo cual si esta empresa fracasa o deja de adquirir los bienes o servicios al CEE, éste deja de existir.
- Han nacido, en muchas ocasiones, con plantillas sobredimensionadas que no rinden lo suficiente, por un interés en acaparar subvenciones. A veces ocurre que un pequeño número de trabajadores tiene un rendimiento que le permitiría poder acceder el mercado laboral ordinario, pero se les mantiene en estos centros porque son los que están supliendo los déficits productivos del resto de la plantilla.
- No existe, por parte de la mayoría de los trabajadores con discapacidad de estos centros, un conocimiento de los derechos y obligaciones laborales ni ha existido por parte de las organizaciones sindicales un interés por este tipo de empresas. Son muy raros los casos en los que hay representación sindical y muy pocos los trabajadores que hacen reivindicaciones laborales por miedo a perder el empleo. Esto ocurre especialmente en las empresas que se rigen por un modelo de gestión asistencial ya que es muy difícil establecer acuerdos y vigilancia de las condiciones laborales cuando el empleador asume a la vez el papel patronal, sindical y social.[7]
- En suma, muchos CEE han surgido con un sentido de servicio social y no con un talante empresarial, cuentan con plantillas elegidas de forma intuitiva, con un perfil de profesionales de apoyo reconvertidos y con discapacitados inadaptados. A esto

hay que añadir la no concreción de su función empresarial, del tipo de productos o servicios en los que pueden ser competitivos y de objetivos comerciales.

A pesar de todo esto, con las debidas correcciones, pueden y deben seguir existiendo los CEE como fórmula de empleo protegido que facilite la integración laboral de las personas con discapacidad, y concretamente con las personas con TMG deben seguir surgiendo iniciativas en este sentido.

3. A MODO DE REFLEXIÓN: ¿DÓNDE EMPIEZA UN PROCESO DE INSERCIÓN LABORAL Y CUANDO Y DONDE TERMINA?

Recapitulando y teniendo en cuenta todo lo anterior, para el desarrollo de estrategias con un nivel de efectividad razonable en cuanto a los programas de empleo, hay que tener en cuenta unos principios básicos:[8]

1. Las personas con TMG y especialmente las diagnosticadas de esquizofrenia, se caracterizan por una gran complejidad y variabilidad que las hace diferentes de otros colectivos con dificultades laborales, lo que exige un enfoque específico para favorecer su empleo.
2. Por tanto, apoyarles en la consecución y mantenimiento de un empleo exige procesos complejos e individualizados que no acaban en la inserción laboral, sino muy al contrario, a veces empiezan en ese momento.

   Estos procesos requieren la participación de diferentes agencias sanitarias y sociales.
3. Hay conocimientos útiles suficientes para el desarrollo de programas globales que combinen los modelos que han resultado más eficaces:
   - la importancia de tener en cuenta las experiencias, deseos y preferencias de las personas a las que se pretende ayudar,
   - la importancia de la motivación individual y colectiva (que puede funcionar como refuerzo a la individual),
   - la necesidad de fijar objetivos claros en torno a empleos concretos, integrados en los ámbitos sociales y laborales locales,
   - la mayor utilidad de realizar la formación en el contexto real del empleo,
   - la necesidad de apoyos flexibles individualmente adaptados y muy prolongados en el tiempo,
   - y la necesidad de conseguir una estrecha articulación entre los profesionales sanitarios y los de empleo.
4. Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estas personas y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece razonable disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo. En concreto, aunque sigue habiendo controversias sobre la utilidad de espacios estrictamente ocupacionales, dada su escasa capacidad para facilitar el acceso al empleo real y su no despreciable riesgo de institucionalismo, puede ser útil disponer de ellos en el marco de un programa unificado, integrándolo como un escalón más que puede servir de paso (hacia arriba o hacia abajo), desde y hacia otros niveles.

   Por tanto, si se pretende articular medidas para favorecer el empleo de las personas con enfermedad mental, hay que elaborar y desarrollar un programa global de empleo que tenga en cuenta al menos los siguientes aspectos:[9]

A) La finalidad de un programa de empleo es incrementar la cantidad y calidad de empleo de personas con TMG en un territorio concreto, atendiendo al mantenimiento del empleo de las personas que lo tienen y al acceso de los que no lo tiene pero quieren y pueden tenerlo.

B) El acceso al programa debe hacerse desde los servicios de salud mental, los cuales, desde una lógica de continuidad de cuidados, deben elaborar un plan individualizado de intervención con una evalua-

ción funcional completa y establecer las intervenciones sanitarias y no sanitarias que la persona necesita así como las estrategias de seguimiento y coordinación necesarias.

Este plan debe ser discutido con los servicios de empleo o los equipos o dispositivos específicos que trabajen en cara territorio concreto

C) Además de intervenciones directamente relacionadas con el empleo como las que se han visto con anterioridad, se deben incluir otras dependiendo de cada contexto concreto, como son la rehabilitación cognitiva, el tratamiento comunitario asertivo o el entrenamiento en habilidades sociales.

D) Se deben evaluar periódicamente las intervenciones programadas, incluyendo el impacto en áreas clínicas y del funcionamiento psicosocial.

E) Para realizar un programa global de empleo hace falta un personal específico claramente diferenciado de los sanitarios tradicionales y que requiere algún tipo de entrenamiento específico para su relación con personas con TMG.

Son personas con una formación acreditada en temas laborales o con un perfil que les hace idóneos para la realización de estas funciones. Entre otros podemos mencionar: técnicos de empleo, orientadores laborales, maestros de taller, gerentes de empresas sociales y, lógicamente terapeutas ocupacionales expertos en rehabilitación laboral.

F) Un plan de empleo debe tener en cuenta todos los aspectos clave de la planificación, es decir, debe:

Evaluar las necesidades, ya que el número de personas con TMG al que debe dirigirse es muy variable.

Definir objetivos limitados, basados en lo que se puede hacer más que en las necesidades generales empezando por generar al menos algún dispositivo que sirva para mejorar situaciones concretas, adquirir experiencia y formar personal.

RESUMEN

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados que requieren la participación de diferentes administraciones sanitarias y sociales.

Cualquier programa de empleo debe situarse dentro de la atención comunitaria y la rehabilitación y debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Las personas con TMG se caracterizan por una gran complejidad y variabilidad que las hace diferentes de otros colectivos con dificultades laborales, por tanto, apoyarles en la consecución y mantenimiento de un empleo exige procesos complejos e individualizados que no acaban en la inserción laboral, sino muy al contrario, a veces empiezan en ese momento.
2. La finalidad de un programa de empleo es aumentar la cantidad y la calidad del empleo de las personas con TMG y, por tanto, tiene como objetivo el mantenimiento del empleo de las personas que están trabajando o en su caso su mejora, el acceso al empleo de los que quieren y están en condiciones de trabajar y el desarrollo de una actividad ocupacional para los que no pueden acceder o mantenerse en un empleo.
3. Al articular programas globales de empleo, hay que tener en cuenta los resultados de los estudios realizados en programas empleo con apoyo, ya que pueden hacerse extensibles a otro tipo de programas:

– la importancia de tener en cuenta la motivación, experiencias, deseos y preferencias de las personas a las que van dirigidos.
– la necesidad de invertir la forma habitual de acceso al empleo en la en primer lugar se forma y después se coloca por la de realizar la formación en el contexto real del empleo.
– la necesidad de apoyos flexibles adaptados a cada individuo y prolongados en el tiempo de forma indefinida.
– La importancia de conseguir una estrecha coordinación entre los profesionales sanitarios y los de empleo.

4. Cualquier programa de empleo tiene que basarse en los principios de la rehabilitación psicosocial y, por tanto, tiene que ayudar y preparar a personas con TMG para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

   Independientemente de que el empleo esté o no disponible, lo que va a garantizar el éxito en la integración laboral de cada persona concreta es la adecuación entre el perfil del trabajador y el perfil del puesto de trabajo. Por ello, se debe entender esta integración como un proceso, con una estructura y unas acciones que deben ser flexibles para ajustarse a las características de cada persona.
   – En este proceso se diferencian tres fases: evaluación, planificación e intervención, las cuales se adaptan a las características de cada persona y a su momento evolutivo, solapándose en diferentes momentos. La evaluación inicial debe concluir con la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación e inserción laboral.
   – La intervención óptima en rehabilitación laboral es aquella en que el puesto de trabajo concreto está disponible. Cuando esto no es posible, las áreas de intervención son más relevantes en los procesos de rehabilitación e inserción laboral son la orientación vocacional, el entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral, el apoyo a la formación profesional, el entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo y el apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.
   – La inserción en el mercado laboral se produce de forma habitual ocultando su situación y por tanto en el mercado laboral ordinario. Esto incrementa sus posibilidades de encontrar empleo. Hay pruebas de que los pacientes se desenvuelven mejor en una entrevista si creen que los entrevistadores desconocen sus antecedentes psiquiátricos. Cuando la persona persiste en manifestar su condición de enfermo mental, o sus dificultades para afrontar una entrevista son muy grandes, la inserción se realiza mediante intermediación laboral, contactando con empleadores concienciados o con buena experiencia con otros pacientes psiquiátricos
   – Una derivación de la inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula conocida como Empleo Con Apoyo, que surge para dar respuesta a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.
   – Otra alternativa a tener en cuenta para la integración laboral de las personas con enfermedad mental es la del Empleo Protegido, que en España se articula a través de las fórmulas de los Centros Especiales de Empleo (CEE) y las Empresas de Inserción.

6. Los programas de empleo empiezan en los Servicios de Salud mental desde la lógica de la continuidad de cuidados y por tanto deben atender las múltiples necesidades de las personas con TMG.

LECTURAS RECOMENDADAS:

Comunidad de Madrid (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención.* Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14. Documento de referencia sobre el proceso de rehabilitación laboral desarrollado en los Centros de Rehabilitación laboral de Madrid.

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (2006). *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.* Documentos de Trabajo, nº 3. Sevilla: FAISEM. (www.faisem.es). Descripción del programa en Andalucía, resaltando la importancia de una estructura global y el papel de la coordinación entre diferentes estructuras.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sobrino, T. Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral, en Verdugo M. A., López D y Rodríguez, M. (coords), Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas, Salamanca: Amaru; 2002.
(2) Liberman, R. P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1988/1993.
(3) Watts, F. N. y Bennett, D. H. Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. México: Limusa; 1983/1990.
(4) Anthony, W. Cohen M., Cohen. B. Psychiatric Rehabilitation. En J.A. Talbot (ed): *The Chronic Mental Patient: Five years later.* New.York: Grunne & Stratton; 1984.
(5) Ley 13/ 1.982, de 7 de Abril de Integración Social de Minusválidos
(6) González, A. (1.993). "Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable". *Siglo Cero,* Vol 25 (3) nº 148, Julio-Agosto, 49-53.
(7) Comisiones Obreras, Aproximación sociolaboral al empleo protegido: los Centros Especiales de Empleo; 2003.
(8) López, M., Laviana, M., Alvarez, F., González, S., Fernández, M. y Vera, M. P. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con Trastorno Mental Severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89, 31-65.
(9) López, M., Laviana, M., y González, S (2010). Rehabilitación laboral y programas de empleo. En Pastor, A. Blanco, A. y Navarro, D. (coords.). Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid. Síntesis.

4
DISPOSITIVOS EN LA RED COMUNITARIA

Henry Moore *Large Four Piece Reclining Figure*, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, USA.

4.1 Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional, *F del Río, J Carmona;* 4.2 La red de salud mental infanto juvenil, *E Mollejo;* 4.3 La atención ambulatoria en la comunidad como eje del tratamiento, *M Sanz;* 4.4 La toma a cargo del paciente y la coordinación con atención primaria y otros servicios e instituciones, *A Retolaza;* 4.5 Hospitalización parcial, *J Mas, MJ García;* 4.6 Hospitalización a domicilio, *E Aguilar, M F Valdivia, A Luengo, G Gámiz;* 4.7 Unidades de Hospitalización en hospital general, *A Moreno, M Desviat;* 4.8 Interconsulta y enlace en hospital general, *J Conejo;* 4.9 Unidades de Rehabilitación, "espacios intermedios hospitalarios", *JJ Uriarte;* 4.10 Espacios residenciales, *M Laviana; M López;* 4.11 Atención psiquiátrica a los pacientes sin hogar, *E Medina;* 4.12. La Continuidad de Cuidados (1 y 2), *A González Rodríguez*

4.1. Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional

Francisco del Río y José Carmona

1. HISTORIA. DEL MANICOMIO A LA COMUNIDAD.

El modelo comunitario de atención a los problemas de salud mental se ha ido implantando desde el último tercio del pasado siglo en los países desarrollados, si bien con una alta variabilidad, no solo entre ellos, sino entre distintas regiones de un mismo país.

Numerosos estudios concluyen que los pacientes con trastorno mental grave y de larga duración evolucionan mejor en la comunidad que dentro de los hospitales psiquiátricos. Destacan en esta línea los trabajos, ya clásicos, de Leff[1], Liberman[2], Wing[3]. Se ha operado en este periodo una importante disminución del número de camas en los hospitales psiquiátricos y, en algunos casos, el cierre de todos ellos en determinadas regiones, como en Andalucía. Los estudios transnacionales de la OMS dirigidos por Norman Sartorius[4] en la década de los noventa demostraban, ya entonces, que la esquizofrenia no es una enfermedad que cause un deterioro progresivo, lo que ha producido un cambio en la perspectiva y ha posibilitado afirmar que una gran proporción de pacientes puede llevar una vida satisfactoria dentro de la comunidad.

Por otra parte, los Servicios de Salud Mental, al integrarse en los Sistemas Generales de Salud, se han visto obligados a profundas reformas. En poco tiempo han tenido que adaptarse estructuras asistenciales provenientes del siglo XIX a los nuevos modelos sanitarios. En esta situación los servicios, los profesionales y los gestores de Salud Mental tienen que afrontar nuevos retos:

1. La gestión de una demanda creciente con nuevas necesidades[5]
   - El 14% de la carga mundial de enfermedad se debe a los trastornos neuropsiquiátricos.
   - Los trastornos mentales son un importante problema de salud pública.
   - Los trastornos mentales aumentan el riesgo de otras enfermedades.
   - Las personas con trastornos mentales no son atendidas de forma equitativa por los servicios de salud.
2. La atención de personas con trastornos mentales graves en nuevos contextos sociales donde los derechos personales y las necesidades de integración social, fuera de instituciones marginadoras, adquieren una dimensión crítica para la persistencia del modelo comunitario.
3. Puede afirmarse que, si bien parece indiscutible el modelo comunitario, éste adolece de una teoría que homologue las prácticas asistenciales. De ahí la alta variabilidad que observamos, de manera que hoy puede afirmarse que el modelo de atención es un híbrido entre los viejos paradigmas y los modelos emergentes de los últimos treinta años. Es así como encontramos estructuras asistenciales todavía residuos de manicomios, junto a equipos que utilizan modelos de intervención novedosos: tratamiento asertivo comunitario, atención temprana, incorporación de técnicas de rehabilitación en la comunidad, psicoterapias de tercera generación, etc. Pero por lo demás las formas de gestión también coexisten, desde el viejo modelo de beneficencia –que ahora, en tiempos de recesión económica vuelve a resurgir sobre todo en establecimientos pertenecientes a servicios sociales– junto a modelos de reciente implantación como la gestión clínica. Todo ello además en una sociedad cambiante,

"líquida" que diría Bauman, cuyos valores influyen sobre los modelos de atención y viceversa. El presente capítulo pretende ofrecer los elementos necesarios para garantizar hoy día aquello que se ha dado en llamar la atención comunitaria.

2. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO O DISPOSITIVO GARANTIZA LA ATENCIÓN COMUNITARIA?

Una respuesta posible a esta pregunta consistiría en definir las características de lo que se entiende por atención comunitaria. Pero hay otra manera de responderla, atendiendo a la perspectiva de Tornicroft y Tansella[6] y su concepto de Matriz de Salud Mental. Según esta concepción existe un riesgo de establecer una discusión meramente ideológica en torno a lo que tiene o no "pedigrí" comunitario, o dicho de otra manera entre si estamos ante un modelo manicomial o comunitario. La diferencia la debemos basar en la respuesta que cada modelo aporta a la población. De manera que, nos encontramos ante un modelo asistencial realmente comunitario cuando constatamos que se tratan de "servicios integrados, comunitarios y hospitalarios, acordes con las necesidades de la población (Balanced Community Care)", y en los que la calidad de los mismos tienen la capacidad de "desarrollar aspectos como: autonomía, equidad, eficacia, efectividad y eficiencia, responsabilidad, accesibilidad, continuidad de cuidados o integralidad".

Para garantizar el cumplimiento de esta manera de entender lo comunitario, la atención debe basarse en una forma específica de la organización sanitaria. Como se recoge en el párrafo anterior, "servicios integrados, comunitarios y hospitalarios, acordes con las necesidades de la población", implica que, primero, el diseño y dimensionamiento de los recursos debe de tener en cuenta las características epidemiológicas y sociológicas de la población a la que asiste, es decir, asegurar la universalidad y la equidad y, segundo, deben ser unos servicios integrados, es decir, patrocinar la continuidad de la asistencia según las características de un trabajo en red, al que nos referiremos más adelante. En nuestra experiencia cercana, a nivel del Estado, se puede afirmar que sólo unos servicios sanitarios y sociosanitarios de titularidad y gestión públicos garantizan suficientemente el cumplimiento de estos dos requisitos. Evidentemente, situados en la perspectiva de la Calidad Total hemos de entender su logro como un proceso y la situación en la que se encuentran algunos servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud es manifiestamente mejorable. Pero, por otra parte, parece evidente que las experiencias en algunas Comunidades Autónomas con procesos de progresiva privatización de la gestión de los servicios van en la dirección contraria a facilitar ese proceso de mejora continua de la calidad. Universalidad, equidad y trabajo en red están mejor garantizados desde el contexto de servicios de titularidad y gestión públicos. Ahí es posible el diseño y reparto de recursos de manera transparente y con un control de la ciudadanía a través de cauces reglados de participación de usuarios y profesionales.

Esta dimensión de la calidad es otra característica que avala el desarrollo de modelos comunitarios sanitarios. Calidad que permita "desarrollar aspectos como: autonomía, equidad, eficacia, efectividad y eficiencia, responsabilidad, accesibilidad, continuidad de cuidados o integralidad". En este sentido, por ejemplo, el modelo EFQM de Excelencia, modelo de Calidad Total, define ocho criterios fundamentales que van en esta dirección[7]:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y constancia en los objetivos
- Gestión por procesos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social

Pero la calidad también puede entender-

se según otros parámetros como los de eficacia, eficiencia y efectividad. La eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios es un objetivo deseable. Pero es un concepto estrictamente económico. En salud, el concepto de eficiencia debe ir unido al de eficacia: no se es eficiente si los resultados no se obtienen con la eficacia demostrada. Por tanto, la eficacia de las intervenciones es el objetivo a conseguir. Sin embargo, en los servicios, especialmente los públicos y en parte por sus características de equidad y universalidad, hay tener en cuenta las condiciones reales de su actividad; de manera que, la dimensión en la que deben estar orientados es hacia la efectividad. Precisamente, una herramienta como la gestión clínica pretende la mayor efectividad al partir de esas condiciones reales de funcionamiento. Así, desde un nivel determinado de efectividad en la práctica diaria, las estrategias de gestión clínica buscarán como objetivo obtener mejoras concretas de esa efectividad y su acercamiento progresivo a la eficacia.

La OMS recuerda el deber, en su Guía sobre Políticas y Servicios de Salud Mental[8], de introducir herramientas específicas para la mejora de la calidad de los Servicios de Salud Mental. Algunas de herramientas citadas son:

- Acreditación de proveedores y organizaciones.
- Estándares para programas, dispositivos y servicios.
- Guías clínicas (desarrollo, difusión, puesta en práctica).
- Medida del rendimiento (incluyendo la perspectiva del usuario y de la familia.)
- Mejora continua de la calidad.
- Seguimiento de los resultados.
- Educación sanitaria de los usuarios y las familias.

Cuando nos referimos a la calidad en Salud Mental, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad, debemos saber que según el protagonista del subsistema de salud mental sobre el que pongamos el acento nos referiremos a distintos aspectos de la calidad. De manera que, "desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad consiste en asegurar que reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren. Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva del proveedor de servicios o de los gestores de los servicios, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva de los responsables políticos, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables y la rendición de cuentas"[9].

Por otra parte, existe un conocimiento suficiente, basado en la evidencia, de la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicosociales de las enfermedades mentales en general. Pero en realidad, el conocimiento que tenemos de la eficiencia y de la efectividad de los tratamientos disponibles en la actualidad está lejos de ser suficiente. El mayor desafío es evaluar la efectividad, es decir, la capacidad para implantar intervenciones eficaces en el mundo real y de forma rutinaria. Como señalaba Lehman en el estudio PORT[10], el principal problema para obtener buenos resultados en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia no está sólo en la relativa falta de eficacia de nuestras intervenciones, sino en la incapacidad de los servicios asistenciales de proporcionar de forma rutinaria los cuidados e intervenciones con evidencia de su eficacia. Esto lo podríamos extender al resto de las patologías mentales. Pero existen otras evidencias relacionadas con errores en la calidad de los servicios por el no seguimiento de las intervenciones probadas por la evidencia. Así, el periodo entre el descubrimiento de formas más eficaces de tratamiento y su incorporación a la práctica clínica diaria oscila entre 15 y 20 años[11]. O, es poco probable que una persona con TMG sea atendida y tratada con arreglo a alguna PBE considerando la rutina habitual de los

dispositivos de salud mental[12]. O, aunque convertir la evidencia en un guía (GPC) supone un primer paso esencial, la mera diseminación de las GPC no ha sido un método muy efectivo para mejorar la práctica clínica[13]. O que la difusión pasiva de las guías no sirve para modificar los comportamientos clínicos; los profesionales sanitarios suelen cambiar su práctica clínica habitual preferentemente cuando están implicados en los procesos de cambio[14].

Hasta aquí las premisas. Por otro lado, a pesar de las circunstancias económicas que hoy nos condicionan y el cuestionamiento de los modelos sanitarios practicados en el primer mundo por el encarecimiento de sus costes, lo que la evidencia ha puesto de manifiesto es que el modelo asistencial de la salud mental llamado manicomial era ineficiente por ineficaz y que el modelo llamado comunitario sí es eficaz. La medición de su eficiencia, a partir de la efectividad aún queda por demostrarse de manera generalizada, pero sí existen ejemplos de buenas prácticas que así lo avalan.

De todas formas, la mejor manera de preservar los derechos, en distintas dimensiones, de las personas con problemas de salud mental es el modelo de atención comunitaria; esto ya debería ser suficiente como para que no se cuestionara.

Centrándonos en el objetivo de esta introducción, la alternativa a la atención manicomial como forma de atención "total" (en el sentido de Goffman) no puede ser otra que la dispersión en el territorio de una serie de servicios que atienda *todos* los problemas de salud mental de la población residente en el mismo. Pero estos servicios han de tener una serie de características para llegar a lo que venimos defendiendo a lo largo de esta introducción: la efectividad; y que por razones obvias incluye la eficiencia y la eficacia.

Estas características son:

1. Deben ser de carácter público. Esto implica universalidad, equidad y gratuidad.
2. Integrados en los servicios sanitarios generales. Los problemas de salud mental tienen la suficiente entidad epidemiológica como para considerarlos problemas de salud pública y, como tales, deben incluirse en los planes de salud de las administraciones responsables.
3. Esta misma integración nos obliga a prestar atención a las características que debe tener el primer nivel de atención sanitaria, la Atención Primaria. En ella recae la atención de un gran número de personas con problemas mentales. Pero no menos importante en su privilegiada posición para realizar labores de detección y atención precoz, o de atención a personas con trastornos mentales graves en otros aspectos de su salud, garantizando una atención continuada.
4. Aunque a continuación se describen los diferentes recursos disponibles de atención a los problemas de salud mental, no hay que olvidar que esa atención debe adaptarse al territorio, y son los servicios los que deben amoldarse al mismo, evitando una implementación rígida de dispositivos. En este aspecto, lo importante es asegurar las prestaciones a los diferentes problemas de salud mental con características de calidad suficientes, en especial para los problemas mentales más graves, con menor adherencia, y que requieren intervenciones complejas e intensivas.

En este sentido, podríamos resumir que la atención a los problemas de salud mental necesitan de recursos disponibles en tres tipos de "espacios terapéuticos": un espacio de atención comunitaria para intervenciones de carácter ambulatorio, un espacio de atención hospitalaria para situaciones de atención urgente o de tiempo breve y un espacio de atención hospitalaria para situaciones con necesidades de tratamiento y rehabilitación por largo tiempo. Estos tres tipos de espacios incluyen a los dispositivos que vamos a describir a continuación en este capítulo y son los que se deben adaptar a las necesidades concre-

tas de cada territorio, de cada población, y no al contrario.

3. ¿QUÉ MÉTODO DE TRABAJO GARANTIZA LA ATENCIÓN COMUNITARIA?

Los postulados sobre los que se basa el modelo de atención comunitaria podrían resumirse de la siguiente forma:

- Superación de los hospitales psiquiátricos
- Creación de una red territorializada y diversificada de servicios
- Integración en el sistema sanitario público
- Garantía de continuidad de cuidados
- Trabajo en equipo de manera multi e interprofesional
- Coordinación con otros servicios comunitarios: sociales, educativos
- Atención comprensiva: promoción, prevención, atención, rehabilitación, reinserción
- Evaluación
- Participación ciudadana

Ahora bien, estos postulados son valores necesarios para la orientación de un modelo de atención a la ciudadanía, pero deben hacerse operativos en la realidad asistencial de los servicios. El paso no es sencillo, de tal manera que necesitamos una tecnología[15, 16] que facilite la implantación de intervenciones comunitarias.

A nuestro juicio, la atención comunitaria se garantiza en la actualidad con la anuencia de tres elementos nucleares que conforman lo que hemos llamado tecnología:

- Red asistencial: estructura y funcionamiento
- Psicopatología basada en un modelo de sujeto de relación
- Gestión Clínica

A su vez, estos tres elementos están interrelacionados entre sí de forma tal que para el trabajo en red es imprescindible la concepción de una psicopatología basada en la construcción del sujeto, no solo en la descripción de síntomas; un sujeto que se construye o destruye en la red social. Y, por otro lado, se necesita una gestión basada en el sujeto - usuario de redes- como centro del sistema de atención.

Veamos estos componentes con mayor detenimiento.

3.1. El trabajo en red

Como ya se ha apuntado los distintos procesos de reforma psiquiátrica se caracterizan por el desarrollo de una *red* de servicios diversificados que ofrecen respuestas diferenciadas a los distintos problemas de salud mental de la población: trastornos mentales comunes o graves, los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad, pero también los diferentes tramos de edad en los que puede aparecer el trastorno, las discapacidades producidas con necesidades de rehabilitación, servicios para la reinserción y, en los últimos años, los servicios o programas de detección precoz y atención temprana conectados, a su vez, con la promoción y la prevención del trastorno mental en poblaciones de riesgo, lo que implica el concurso de otras redes de carácter social, educativo, ocupacionales, de orientación laboral, etc.

Como vemos el conjunto de dispositivos que conforman la red se ha ido haciendo cada vez más complejo con la creación no solo de nuevos dispositivos sanitarios (a los ya clásicos de atención ambulatoria y hospitalaria de breve o larga estancia habría que añadir los de atención temprana, centros de día, de rehabilitación, etc), sino aquéllos provenientes de otras agencias (alojamientos, formación, servicios de orientación y apoyo al empleo, prestaciones económicas, redes de cuidados informales, grupos de autoayuda, etc.).

Sin embargo, creemos que la verdadera constitución de la *red* no reside en los dispositivos que la forman, en los "nudos"[16] que diría López Álvarez sino, siguiendo con la misma metáfora, en las "cuerdas", es decir, en las relaciones entre las instituciones o entre los profesionales de las mismas o, como dice Leal[17], en el "entramado de vínculos en los que se construye el sujeto". Es por tanto necesaria una concepción de *sujeto* para el trabajo en red, como luego desarrollaremos.

Dicho de otra forma, los dispositivos por sí solos, aunque sean diversos y múltiples, no garantizan el *trabajo en red*; es una condición necesaria, pero no suficiente, pues dicho trabajo consiste fundamentalmente en la contribución de cada profesional en una tarea común, que se despliega en torno a unos objetivos comunes, de un sujeto concreto con necesidades de cuidados que hay que articular en una doble visión: sincrónica, para lograr en un momento determinado la suma de intervenciones que eviten el solapamiento y repetición, pero también diacrónica, que permita una visión amplia en el tiempo y, por ende, facilitadora de la (re)construcción de un proyecto de vida como respuesta terapéutica al fracaso de las relaciones del sujeto con su entorno.

Esta visión es contrapuesta a la que considera los dispositivos de un área territorial como compartimentos estancos, e incluso, dentro de cada dispositivo, cada elemento del mismo funcionando de manera atomizada sin relación alguna con el resto. Esa manera de funcionamiento, contraria al concepto de trabajo en red, puede producir una falsa impresión de eficacia en el corto plazo concordante con un modelo de servicios para afectaciones "agudas". Es, por ejemplo, lo que suele ocurrir cuando el servicio se limita a suprimir síntomas, la mayoría de las veces con polifarmacia, procediendo al alta "por mejoría", entendiendo por tal la no presencia de síntomas, pero descuidando, sobre todo en los trastornos graves, la reparación biográfica del sujeto que va a necesitar un soporte terapéutico en red durante gran parte de su vida. Con esta práctica se corre el riesgo, en una gran mayoría de casos con dolencias permanentes, de que el sujeto quede excluido en los intersticios sociales, en los "huecos" de la red, cosa que antes se llamaba alienación en los hospitales psiquiátricos.

En consecuencia, se puede seguir practicando una atención individual, basada en síntomas, productora de iatrogenia, debido al carácter crónico del trastorno y el consiguiente riesgo de exclusión del sujeto, a pesar de disponer de múltiples dispositivos; dispositivos en los que se reproduce ad infinitum un modelo de atención para afectaciones agudas, basado en una concepción médico-paciente decimonónica, no facilitadora de la interdisciplinaridad y consecuentemente con discontinuidad en los cuidados. Es necesario, si queremos implantar un verdadero trabajo en red, el paso del organismo al sujeto, y del sujeto al grupo como estructura donde se realiza aquél, estructura necesaria para la contención, complementariedad y sostén terapéutico para la recuperación[18] de personas con trastornos mentales.

Por ampliación del contexto donde el sujeto vive, se desarrolla, es perentorio transcender la primera red[19] (el equipo de atención comunitaria), incluso la red sanitaria (la coordinación con el resto de dispositivos territoriales) para tejer una red de redes que no es más que la expresión asistencial del soporte que todo sujeto necesita para desarrollar su proyecto de vida. De hecho, nadie duda hoy de que las redes sociales son el instrumento de atención general a la población y muy particularmente a la población con algún trastorno mental, pues el impacto que el trastorno provoca no es más que la destrucción del entramado vincular que las redes proporcionan. Es así como se hace imprescindible la coordinación intersectorial entendiendo ésta como la articulación horizontal de instituciones, servicios sociales, educativos, y de profesionales, pacientes y familiares, cuidadores informales, etc. en pro de una tarea común que hay que planificar en una serie de objetivos complementarios. De esta manera la red, o mejor dicho las redes, adquieren la mayor potencialidad posible al sumar esfuerzos desde los distintos sistemas que, en un momento determinado y según el momento evolutivo, pueden intervenir. Se trata de sustituir el trabajo vertical y estanco y, por qué no decirlo, muchas veces rutinario y burocratizado de las instituciones, por la horizontalidad de equipos interdisciplinares e intersectoriales

capaces de complementarse y de atravesar varias de las agencias intervinientes en la recuperación del sujeto. Solo así la red puede cumplir con su función contenedora y reparadora de vínculos.

Desde este punto de vista el subsistema de Salud Mental es una parte no solo del sistema sanitario general sino de un sistema social en el más amplio sentido del término donde, insistimos, el sujeto se construye. Un subsistema que tiene su tejido diferenciado y especializado pero que forma parte de un entramado más amplio donde cada subsistema -social, educativo, judicial, laboral, etc.- también presenta su especificidad. El giro copernicano, nunca mejor dicho, respecto a épocas anteriores reside en que el centro no es el subsistema de Salud Mental alrededor del cual giran todos los demás, incluido el sujeto de atención que demanda en cada agencia, sino que el centro es precisamente el sujeto alrededor del que deben girar los diferentes subsistemas. Es obvio que esto solo es posible mediante la conformación de equipos funcionales, horizontales, intersectoriales, que abarquen la totalidad de sistemas que son necesarios para la recuperación del sujeto con trastorno mental y de su entorno. A su vez esta concepción implica una gestión que contemple un rediseño que haga posible la articulación de planes integrales: promoción, prevención, atención individual, pero también del entorno familiar, social, aseguramiento de las condiciones de vida, rehabilitación, inserción social y laboral, etc. Como vemos los tres elementos objeto de nuestro análisis están íntimamente relacionados.

Si tratamos ahora de hacer operativa la concepción expuesta, el trabajo en red hay que entenderlo como:

- Un espacio interdisciplinario e intersectorial
- Integrado por personas concretas pertenecientes a distintas instituciones o servicios
- Para tratar problemas concretos de un sujeto concreto
- En un lugar y un tiempo concretos

Lo difícil, a veces, es respetar estos espacios/tiempos dedicados a la articulación de planes de atención a personas con trastorno mental y sus allegados, porque en un sistema acostumbrado a la inercia asistencial directa sobre pacientes cuesta trabajo introducir otros escenarios en los que no esté el paciente, pero que son *para* el paciente. Paradójicamente también tiene dificultad la implantación de otros foros donde sí es requerida la presencia de pacientes y allegados pero en niveles participativos de gestión, evaluación, formación conjunta, etc[20]. El tipo de institución totalitaria y cerrada ha visto siempre sospechoso todo lo que no sea asistencia directa sobre pacientes.

Si descendemos hacia un nivel de microgestión podemos considerar una tipología muy diversa de foros que pueden hacer operativo el funcionamiento de redes transversales:

- En primer lugar, la primera red, la que en ese momento esté más cercana a la persona que está siendo atendida. Una cosa es que el equipo comunitario sea el eje de la atención y otra, a la que nos referimos aquí, el espacio donde se opera la coordinación intradispositivo, sea este el que sea en el momento concreto de atención. En el epígrafe anterior ya hemos definido tres espacios básicos comunitarios: de carácter ambulatorio, de carácter hospitalario breve o prolongado, parcial o completo. En todos ellos es necesaria la articulación diaria de intercambio de información, de seguimiento y evaluación de los planes de intervención, de incidencias, etc. Por lo que es necesario un tiempo para esta actividad. Pero lo importante es que esto no se logra si no existe una verdadera concepción de equipo de trabajo articulado en torno a una tarea común, sino una simple acumulación de profesionales que intervienen de forma atomizada.
- La siguiente estructura vendría dada por lo que podemos llamar la coordinación interdispositivos. Nos referimos aquí a ese espacio compartido por todos los servi-

cios de salud mental que comprende un territorio, es decir por lo que comúnmente se ha llamado un Área. Es imprescindible crear una cultura de área, la adquisición de unos hábitos que vayan sedimentando un estilo de trabajo en el que se compartan unos valores y criterios comunes: derechos de pacientes y familias, criterios de hospitalización breve o larga, parcial o completa, etc. Desde nuestra experiencia creemos necesaria la creación de varios espacios compartidos:

– Formación continuada diversa, con la participación de profesionales de diversos dispositivos implicados en procesos asistenciales determinados
– Espacios de coordinación bidireccional entre los tres tipos de espacios terapéuticos expuestos en el apartado anterior
– Creación de grupos interdispositivos para la aplicación y evaluación de objetivos comunes en las dimensiones que se consideren: prácticas seguras, implantación de consentimiento informado, planes de atención a la infancia-adolescencia, a personas mayores, clima y ambiente terapéutico en cada espacio, participación de usuarios, etc.
– Un espacio primordial en este nivel lo constituye la coordinación con los servicios de Atención Primaria. Para nosotros una de las claves del sostenimiento de todo el sistema. Hay que tener en cuenta la alta prevalencia de trastorno mental de pacientes que consultan en Atención Primaria[21, 22]. Esta coordinación es esencial pero no exenta de dificultades en todos los países de nuestro entorno[23]. Cuestiones de formación y de actitudes[24] se señalan como las causas de una coordinación desigual[25]. Por eso la consultoría y el asesoramiento permanente (presencial, informático, telefónico, etc.) es una herramienta para la extensión de la red de atención en salud mental a todo el territorio de la población a nuestro cargo, de especial relevancia en zonas rurales.

Continuando con la construcción de redes, el tercer nivel de coordinación vendría dado por el espacio intersectorial. Hemos dedicado la mayor parte de nuestro análisis a este espacio. Ahora lo que apuntamos son algunas estrategias para la consecución de esta importante red:

- En el nivel institucional es fundamental normativas que hagan posible la intersectorialidad[26-28].

- Pero de nuevo desde la microgestión es indispensable la creación de equipos funcionales intersectoriales e interdisciplinarios que constituyen una urdimbre de especial valor para el reforzamiento de las redes asistenciales. La experiencia nuestra es satisfactoria en cuanto a la constitución de equipos entre profesionales de salud mental, de servicios sociales comunitarios y de ayuda especializada y/o informal que obtienen, cuando trabajan conjuntamente, una sinergia de intervención muy superior al solapamiento que se daría sin cooperación.

Todo esto es posible si se comparte un modelo de coordinación basado en la cooperación entre las personas necesarias capaces de poner en marcha intervenciones bajo un mismo plan de trabajo compartido. En la ponencia que coordinamos en el XXIV Congreso de la AEN[29] expusimos detalladamente las diferencias entre un modelo de cooperación y un modelo de derivación de personas y problemas.

No cabe duda que el modelo de cooperación tiene dificultades para su puesta en práctica. Dificultades que tienen que ver con múltiples causas, pero que en el fondo responden a la complejidad de las relaciones humanas y en suma, como ya sabemos, el estado permanente de las organizaciones humanas es el conflicto. La cuestión a dilucidar es si la gestión que hacemos del conflicto es más satisfactoria con organizaciones abiertas basadas en la horizontalidad, la conciencia de parcialidad de cada una de las instancias, la necesaria cooperación, etc. que con aquellas otras cerradas y con funcionamiento vertical entre sus miembros. La respuesta

es claramente favorable a la primera opción, si bien es verdad que existen riesgos en relación con las ansiedades que se producen en la exposición a la destrucción de vínculos y que podemos resumir:

- *Homologismo*, todos los profesionales hacen de todo sin distinción de roles.
- Centrar la actividad en la fase de "pretarea", en la relaciones de los miembros.
- La preponderancia del dominio de cierto roles profesionales que puede romper el modelo de cooperación.

La superación de estas dificultades no es trabajo fácil pues tiene que ver con la vulnerabilidad de que somos objeto cuando nos exponemos desde una posición de la incompletud y, por tanto, de la necesidad del otro. Desde esta posición, y teniendo en cuenta el concepto de empatía de Bohart y Greenberg - "genuino interés por penetrar en el mundo privado de la persona, desarrollando un sentido de cómo sería el estar dentro de ella misma, es decir un cierto sentido del "nosotros" entre terapeuta y cliente"- nos atrevemos a exponer (y exponernos) una serie de pautas para la superación de las dificultades en la coordinación intersectorial:

- Aprender a escuchar lo que supone, siguiendo a los autores citados, "enfocar toda la atención hacia el otro cuando habla, dejar de pensar en lo que queremos decir o en lo que nosotros haríamos en su lugar".
- Necesidad de liderazgo en las diferentes agencias que intervienen
- Puede tener efecto catalizador
  - mantener posición del otro
  - la reducción al absurdo para desdramatizar y ofrecer una imagen en caricatura del conflicto.
- En un momento dado cualquier miembro puede invertir el rol
- Incentivar la coordinación para motivar a los profesionales
- Por último la formación conjunta en modelos relacionales y la supervisión son herramientas de obligada presencia

3.2. Psicopatología basada en un modelo de sujeto de relación.

En el epígrafe precedente se ha señalado que el trabajo en red exige el concepto de *sujeto*: el sujeto se construye y destruye en el entramado de vínculos que proporcionan las redes sociales a lo largo de la vida. Sin embargo la psicopatología descriptiva, tanto la funcionalista clásica, cuanto la taxonómica actual, prescinde de esta categoría para operar con síntomas o síndromes. A nuestro juicio este tipo de herramienta es hoy día precaria para el trabajo que se necesita, que no es otro, en última instancia que la recuperación de personas (*sujetos*) dañadas – algunos de forma muy grave- por un trastorno mental. Se precisa pues superar una psicopatología de síntomas y disponer de una teoría de sujeto. Y cuando decimos superar no estamos diciendo negar, sino dar por supuesto el nivel sintomático para ir más allá: el profesional clínico, en tanto psicopatólogo y psicoterapeuta, debe manejar los síntomas, es decir debe catalogar y saber a qué atenerse cuando se habla de delirio, anhedonia, fabulación, etc., pero debe trascender este nivel para interesarse sobre el portador de estos síntomas, o dicho de otra manera, los síntomas son de alguien y suceden en un contexto determinado de relación interpersonal, de momento biográfico, de alteraciones biológicas, etc.

El sujeto que aquí postulamos es un concepto, una construcción mental al igual que la construcción de síntomas; es interesante en este punto señalar que lo relevante en este nivel no es disponer de un catálogo de síntomas a la manera de DSM o CIE, sino de la capacidad de detectar que lo que observamos responde a esa catalogación: es decir por qué decimos que una formulación determinada es un delirio, un fobia, etc. o por el contrario no lo son; queremos decir con ello que incluso en este nivel observacional no se parte de un *hecho*, sino de una interpretación de ese hecho. De igual forma cuando decimos que un sujeto delira o tiene una conducta fóbica y tratamos de comprenderlo en

su contexto determinado - y sobre todo de recuperarlo - se parte también de una construcción de otro nivel epistemológico, tan válido como el anterior, pero más útil para el trabajo comunitario que tenemos que desempeñar. Englobaría, pues, el nivel procesal del acto psicopatológico y el nivel teorético[30], es decir el significado de esa conducta y la explicación e interpretación de la misma. Llegados a este punto vemos que ello no sería posible si no disponemos de un modelo de sujeto que ofrezca una teoría acerca del significado de la conducta normal o anómala en el contexto de la relación interpersonal, es decir, en el entramado de vínculos de las redes sociales donde el sujeto está inmerso y donde de la conducta, cualquiera que esta sea, adquiere significado. Hay que tener en cuenta que sólo tenemos noticia de los actos de conducta a través del lenguaje, sea este verbal o extraverbal, de ahí la importancia de la narración, como único tejido de que dispone el terapeuta para analizar conductas, de las que tiene que dar cuenta con fundamento preciso, en el contexto relacional y sobre todo para ayudar a la reparación, a la revinculación intrapsíquica e interpersonal, donde el sujeto se construye permanentemente. Mediante la narración se introduce al sujeto, que posee categoría de signo en su triada característica: sintomática, signaléptica y simbólica.

En todo este discurso es imprescindible un modelo de sujeto que explique la posibilidad de conflicto consigo mismo y con la realidad externa y que por tanto se vea obligado a todo tipo de recursos para lograr la homeostasis, incluyendo los síntomas psicopatológicos más graves. Se trata de un modelo de sujeto donde estén integrados los aspectos cognitivos y emocionales[31] y que sea capaz de explicar la conducta como proposición de ese sujeto, en definitiva como su propuesta de ser y estar en la red social de la que forma parte. Este nivel lógico, el salto del síntoma al sujeto portador del mismo, tiene repercusiones valiosas para nuestro quehacer asistencial: el acto de conducta, normal o anómalo, es distinto del sujeto que lo realiza y, así por ejemplo, un síntoma que pudiéramos calificar de *psicótico* no implica un *sujeto psicótico*. A menudo atendemos a personas con alucinaciones verbales que no interfieren con su vida cotidiana. A la inversa, un sujeto psicótico tiene actos de conducta no psicóticos. La repercusión de estas formulaciones en la consideración de las personas, sean o no personas que sufren psicosis, es clara en lo que respecta tanto al cuidado que hay que mantener en las evaluaciones de pacientes, o usuarios en general, de los sistemas de atención a la Salud Mental, cuanto de la observación que hay que prestar a las conductas no psicóticas, es decir sanas, de personas con trastornos psicóticos graves para ponerlas al servicio de su recuperación.

Para la concepción del sujeto en el contexto de las relaciones interpersonales nos parece fundamental rescatar el concepto de *self*. Concepto nuclear utilizado por la psicología social, el psicoanálisis, la teoría comunicacional y que permite operar el concepto de sujeto en tanto que puede dar cuenta de la estructura y de la dinámica del mismo. En este sentido el sujeto es heterogéneo, es decir está constituido por niveles pulsionales, afectivos, actitudinales, cognitivos, etc. y, además, permite que todos estos niveles se intercambien en una dinámica permanente. La construcción del *self* es particularmente interesante en el contexto que estamos analizando de redes sociales, así como el riesgo de ruptura de su equilibrio, los mecanismos de protección, la significación que la conducta adquiere en el proceso evolutivo de su construcción, etc. Castilla del Pino analiza detenidamente los diferentes aspectos en los que el *self* puede proyectarse[30], ofreciendo desde ahí una teoría psicopatológica para la comprensión del trastorno mental en el contexto de la relación interpersonal. Enlaza este enfoque con los métodos psicoterapéuticos denominados “integradores” que pretenden aunar diversos corpus teóricos y que se relacionan

con la heterogeneidad del sujeto, por una parte, y con la "incompletud" de los distintos saberes, a igual que el sujeto que debe saberse incompleto, de ahí la necesidad de rehacerse permanentemente integrando los distintos *self* históricos con las crisis y reparaciones de las que ha sido capaz.

A nuestro juicio solo una concepción psicopatológica de este corte se corresponde con el trabajo en red en el que estamos inmersos y con la gestión cotidiana que debemos acometer, aspecto que abordamos a continuación.

3.3. Gestión Clínica.

En la mencionada ponencia al XXIV Congreso de la AEN[29] (2009) expusimos ampliamente los conceptos básicos de la Gestión Clínica y su aplicación pormenorizada a los servicios de Salud Mental. No es cuestión, por tanto, de repetir aquí lo que se desarrolló en ese trabajo, pero sí de resaltar que, a nuestro juicio, la gestión clínica completa, junto a los otros dos elementos de los epígrafes anteriores, la tecnología necesaria para acometer el trabajo comunitario en Salud Mental. Es más, cada uno de los elementos expuestos engloba a los demás, de forma que la el funcionamiento en red es necesario para atender al sujeto que se construye en ella y que la herramienta necesaria para gestionar los vínculos del sujeto en red debe orientarse inevitablemente desde la microgestión. Es decir, es obligada la transferencia de la gestión a los servicios clínicos. O dicho de otra forma, la descentralización de la toma de decisiones, lo que lleva aparejado dos conceptos claves: *empowerment* de profesionales y usuarios; es decir la aportación de los mismos con el mayor nivel de calidad posible, una vez que a organización otorga la tecnología y la información precisa y, *accountability*, conjunto de actividades asociados a la rendición de cuentas. Con esta metodología se obtiene:

- El aplanamiento de la organización, haciéndose ésta más flexible, lo que permite, a su vez , la participación en la toma de decisiones
- Lo anterior redunda en mayor autoestima de los profesionales implicados
- La evaluación continua deviene en un estímulo para búsqueda de mejoras en la calidad de los servicios que se prestan
- Transparencia en la gestión de todos los niveles de la organización

Para el logro de este tipo de gestión la organización sanitaria se ve abocada a un rediseño de todo el proceso asistencial que no es otra cosa que facilitar la gestión de redes horizontales. Como dice Ortún[32], hacer gestión clínica implica la construcción de equipos asistenciales y gestión de redes, es decir, coordinar y motivar personas para conseguir objetivos de eficiencia. Es decir, la gestión de personas por perfiles de competencia y no por otros criterios burocráticos. Este enfoque implica la responsabilidad de la gestión de los recursos, de manera que se realice un uso adecuado de los mismos con criterios de racionalidad basados en la evidencia disponible. En lo que a la Salud Mental se refiere, y nos referimos ahora a todas las instituciones que tienen que ver con la atención a las personas que sufren un trastorno mental, solo una gestión en red puede hoy día asegurar la continuidad de cuidados de una manera universal y equitativa.

Hay que decir, no obstante, que la práctica de muchas organizaciones sanitarias que formulan la Gestión Clínica entre sus principios, deja mucho que desear, pues a menudo se confunde con la asignación de objetivos asistenciales diseñados desde la cúpula de la organización alejada del quehacer de las redes que procuran la continuidad de los cuidados.

3.4. Un corolario: las competencias necesarias de los profesionales para el trabajo en red.

La fuerza que sostiene a una organización se encuentra en las personas, en sus capacidades y en su grado de compromiso personal hacia ella. Si queremos que una organización se oriente a la gestión de redes,

a que considere al sujeto y no los síntomas, y que utilice las herramientas que ofrece la Gestión Clínica es imprescindible potenciar valores acordes con la tecnología requerida. De forma sintética proponemos las siguientes líneas de actuación:

- Desarrollar modelo de gestión de personas integral basado en las competencias profesionales y ligadas a puestos de trabajo.
- Establecer programas que faciliten la incorporación y tutorización de los nuevos profesionales.
- Facilitar a los profesionales la adquisición de competencias específicas necesarias para el desempeño de cada puesto de trabajo.
- Establecer anualmente un plan de desarrollo profesional, después de la evaluación del desempeño.
- Potenciar la ética como contenido transversal en la formación continua.
- Promover una atención basada en la confianza, que englobe la honestidad, el compromiso y la lealtad en la intervención prestada.
- En colaboración con los distintos niveles y sectores implicados, promover el desarrollo de acciones formativas dirigidas a los diversos grupos profesionales.

Para que el profesional sanitario desarrolle las buenas prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una competencia es necesaria la presencia conjunta de los cinco componentes de la competencia[33]:

- Los conocimientos: El conjunto de saberes técnicos que poses una persona. El saber.
- Las habilidades: Normalmente se adquieren mediante la formación y experiencia. El saber hacer.
- Las actitudes: Son rasgos de carácter o características de las personas. El saber ser (o estar).
- La motivación: El querer hacer.
- Aptitud profesional y medios: Las competencias no es solo una característica de la persona sino que resultan también de la interacción entre organización e individuo. El poder hacer.

La formación en Salud Mental deviene así en un reto ineludible: preparar y habilitar a los profesionales para impulsar cambios y dar una respuesta adecuada a las exigencias de los nuevos sistemas de atención y de las nuevas formas de intervención para producir y gestionar nuevos conocimientos.

RESUMEN

Este capítulo da entrada a la descripción de los diferentes dispositivos que pueden integrar una red de atención sociosanitaria a los problemas de salud mental. El qué hacer y dónde hacerlo.

Hemos querido en su contenido detenernos en el contexto en el que se hayan todos y cada unos de esos dispositivos. Hemos partido del lugar y momento de su procedencia, el manicomio, para llegar a las condiciones en las que se desarrolla en estos momentos la atención a las personas con problemas mentales.

Destacamos en primer lugar las características que deben reunir aquellas estructuras que llevan a cabo una atención comunitaria, cuáles son los requisitos organizativos y cuáles los de calidad. Siempre partiendo de las necesidades epidemiológicas de las personas que habitan un territorio y a las que se les debe garantizar una atención universal, equitativa, accesible y solidaria. Y a las que se les tiene que garantizar la máxima efectividad, es decir la mayor eficiencia y la mejor eficacia en el contexto de unos servicios públicos, única forma de cumplir con las condiciones comentadas para los autores.

Desarrollamos a continuación cuál sería la tecnología a usar para garantizar el cumplimiento basada en tres herramientas: el trabajo en red, un modelo concreto de sujeto psicopatológico y la gestión clínica.

En primer lugar, el trabajo en red, combinación de elementos institucionales ligados a los dispositivos concretos que intervienen, el encuentro de lo multiprofesional con su complementariedad de roles y funciones y las personas con su esfuerzo cotidiano y continuado, entrecruzando sus historias particulares, ya entre profesionales, ya entre profesionales y pacientes.

En segundo lugar, para el ejercicio de una atención comunitaria no vale cualquier modelo de sujeto psicopatológico. Tiene que ser un sujeto en un contexto de relaciones y con una historia. Nuestro trabajo transcurre en la relación con él y las personas de su entorno y a lo largo de su historia, en ocasiones casi de toda su historia. Somos parte de su historia.

En tercer lugar, la gestión clínica. Sólo destacar de este aspecto, al margen de los elementos de pura metodología de trabajo, dos elementos que coinciden con características que definen el modelo comunitario de forma marcada y preponderante: el protagonismo de las personas. Esos dos aspectos son el empoderamiento de profesionales y usuarios y la rendición de cuentas.

Finalizamos con un corolario sobre las competencias necesarias en los profesionales que trabajan en un modelo comunitario.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Thornicroft, G y Tansella, M: *"La matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de los servicios".* Triacastela. Madrid. 2005. Monografía ya clásica, de referencia obligada, sobre modelos de planificación, organización y de evaluación de servicios de salud mental. Ofrece un marco útil para la comparación de los servicios de salud mental en distintos países

Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A.: *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental".*2006. AEN/Estudios. Nº 45. Ponencia coordinada por los autores citados y presentada en el XXIII Congreso de a AEN en Bilbao. Participan numerosos autores de reconocido prestigio que tratan los diferentes aspectos de la continuidad de cuidados en salud mental: el trabajo en red y la obligatoriedad del encuentro con otros subsistemas: atención primaria, servicios sociales, educativos, laborales, drogodependencias, sistema penitenciario, infancia, mujer, población en riesgo de exclusión, etc.

Castilla del Pino, C: *Introducción a la Psiquiatría. 1. Obras Completas. Vol. VI.* Editan Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba. 2010. Obra fundamental del autor, donde expone con gran amplitud el objeto de la psicopatología, desarrollando la concepción de la conducta como expresión del sujeto en el contexto de la relación interpersonal. Recientemente publicada en 2010, dentro de la reedición de la Obras Completas

BIBLIOGRAFÍA

(1) Leff, J: The outcome for long-stay non -demented patients. In Care in the Community: Illusion or Reality?. London, Wiley & Sons. 1997.

(2) Liberman, RP, Mueser K, Wallace CJ et al. :"Training skills in the severely psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophr bull 1986;12: 631-647.

(3) Wing, J. K. y Brown, G. B. Institutionalism and Schizophrenia. London, Cambridge University Press; 1970.

(4) Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, et al: Long-term follow- up of schizophrenia in 16 countries: A description of the international Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. Soc. Psychiatry Epidemol. 1996; 31(5): 249-258.

(5) Martin Prince, Vikran Patel, Shekhar Saxena, Marin Maj, Joanna Maselko, Michael R. Phillipps, Atlf Rahman: " No health without mental health". Lancet 2007; 370: 859–77.

(6) Thornicroft, G y Tansella, M: "La matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de los servicios". Madrid: Triacastela; 2005.
(7) Chicharro, F. Uriarte, J.J. La gestión de los recursos. En: Carmona J, del Río F (coord): Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: AEN estudios (43); 2009.
(8) Organización Mundial de la Salud 2005. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Política, planes y programas de salud mental. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2005 bajo el título de Mental Health Policy, Plans and Programmes.
(9) Organización Mundial de la Salud 2003. La mejora de la calidad en Salud. El contexto de la Salud Mental. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 bajo el título de Mental Health Context. Pág, 51.
(10) Lehman, A.F; Steinwachs, D.M., «At Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment. Recommendations», Schizophr Bull, 1998, 24 (1), pp.1-10.
(11) Balas E A, Boren S A, Brown G D, Ewigman B G, Mitchell J A, Perkoff T. "Effect of physician profiling on utilization: meta-analysis of randomized clinical trials". Journal of General Internal Medicine 1996; 11(10): 584-590.
(12) Bond,G;Becker,D;Drake,R;Rapp,CH;Meisler,N;Lehman,A;Bell,M;Blyler, C.: "Aplicación del empleo con apoyo como una práctica basada en la evidencia." En Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una revisión actualizada de los modelos de intervención. FAISEM. 2007.
(13) Christel Mottur-Pilson, Phd, Vincenza Snow, MD, Kyle Bartlett, P: Physician Explanations for Failing To Comply with "Best Practices". Effective Clinical Practice, September/October 2001.
(14) García Gutiérrez,JF; Minué Lorenzo,S: Métodos y estrategias para la implementación de las GPC. EASP. 2006.
(15) Tizón, J. L. (1995).- "Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos". Revisiones en Salud Pública, 1995, 4: 57-83.
(16) López, M.: "Atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social a personas con trastorno mental severo." En Verdugo, M A, López, D y ots. Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca, Amaru.L; 2002.
(17) Leal Rubio,J. : "La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental" en Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. : La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental". Madrid: AEN estudios (35); 2006.
(18) Anthony, W. A. (2000). "A recovery-oriented service system: setting some system level standards". Psychiatric Rehabilitation Journal, 24 (2): 159-168.
(19) Gómez Esteban, R. : "El equipo de Salud Mental: la primera red" en Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A.(Coordinadores) : La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental". Madrid: AEN estudios (35); 2006.
(20) Marqués Mateu, MJ, Ballester Gil de Pareja M, Rodríguez N, Savall Díez V, Santiago Alfaro C, Munarriz Ferrandis M: "Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental" En: Carmona J, del Río F (coord): Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: AEN estudios (43); 2009.
(21) Vázquez-Barquero JL, García J, Simon JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al.: Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. Br J Psychiatry.1997; 170:529–35.
(22) Baca-Baldomero E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA, et al.: "Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD." Aten. Primaria. 1999;23:275–9.
(23) Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Isohanni M. Psychiatric services as seen by GPs: a survey among primary care physicians in two Finnish cities. Nord Psykiatr Tidsskr. 2007; 52:395–401.
(24) Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. Soc Sci Med. 2005;61:1785–94.
(25) Juan Vicente Luciano Devis, Ana Fernández Sánchez, Antoni Serrano-Blanco, Alejandra Pinto-Meza, Diego Jose´ Palao Vidal, Mercè Mercader Menéndez y Josep Maria Haro Abad: "Cooperación entre servicios de Atención Primaria y Salud Mental". Aten Primaria. 2009; 41(3):131–140.
(26) Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2006.
(27) II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2008.
(28) Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003).
(29) Carmona J, del Río F (coord): Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: AEN estudios (43); 2009.

(30) Castilla del Pino, C: Introducción a la Psiquiatría. 1. Obras Completas. Vol. VI.. Editan Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba; 2010.
(31) Díez Patricio A: Análisis del discurso psicótico. Madrid: AEN estudios (38); 2006.
(32) Ortún, V.: Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
(33) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programas de Acreditación de Competencias Profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Sevilla: Consejería de Salud; 2004.

4.2. Red de salud mental infanto juvenil

Encarnación Mollejo Aparicio

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud mental de la población menor de 18 años, está organizada en una red específica, y diferenciada de los recursos asistenciales para la población adulta. Con el fin de ofrecer una asistencia integral y continuada se desarrollan diferentes servicios de salud mental coordinados entre sí, con prestaciones complementarias y funciones específicas de cada uno de ellos.

Una de las características de la red de recursos de salud mental infantil y juvenil (SMIJ), es su tardío y escaso desarrollo en el territorio español, así como la desigual implantación de algunos servicios en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Aunque la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica hacen hincapié en la necesidad de desarrollar programas específicos para la atención a la infancia y adolescencia, sin embargo, como recoge la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en los últimos veinticinco años la atención a este grupo de edad se ha desarrollado de forma desigual sin un plan sanitario especifico y global; actuando en ocasiones como respuesta a la presión social, con la creación de programas específicos para el tratamiento de trastornos de la alimentación, las conductas adictivas, etc., en lugar de atender a las necesidades y prioridades de la población[1].

Otra diferencia de la red SMIJ, es el predominio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, frente a las actividades rehabilitadoras de los equipos de adultos. Una atención de calidad a los menores con patología mental, previene de la aparición de trastornos mentales en el futuro, pues más de la mitad de los trastornos mentales que duran toda la vida, tienen su inicio alrededor de los 14 años[2].

Todos los dispositivos que integran la red de salud mental infantil y juvenil comparten unos objetivos comunes: ofrecer una asistencia de calidad coordinada con el resto de recursos para conseguir una continuidad en los cuidados; desarrollar actividades y proyectos de investigación en salud mental de niños y adolescentes; implantar programas de formación continuada entre los profesionales de SMIJ y colaborar de forma activa en la docencia de los programas de médicos internos residentes de diferentes especialidades (familia, pediatría, psiquiatría).

Un funcionamiento eficaz y eficiente de la red de SMIJ, implica una buena coordinación entre todos los dispositivos que la integran, esto supone desarrollar estrategias para mejorar la comunicación interna y una actitud de colaboración, pensando más en las necesidades de los pacientes que en los intereses de los profesionales.

La continuidad de cuidados ligada al proceso de tratamiento, exige una adecuada coordinación interdisciplinar e intersectorial (entre distintos servicios sanitarios, sociales, educativos, comunitarios y judiciales), pero también una oferta integral de servicios, pues no existe continuidad de cuidados, cuando alguno de los servicios necesarios no está disponible para el paciente[3].

Cada uno de los dispositivos que integran la red asistencial de SMIJ tiene unas funciones y características específicas, que lo diferencian del resto y complementan el tratamiento.

1. Centros o Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) (USMIJ).
2. Unidades especificas de atención ambulatoria en SMIJ
3. Unidades de hospitalización parcial. Hospitales de Día o Centro terapéutico-educativo de día.
4. Centro de atención a drogodependientes (CAD).
5. Dispositivos de internamiento terapéutico.
   A) Unidad de hospitalización breve para adolescentes.
   B) Camas para menores de 12 años con enfermedad mental.
   C) Interconsulta hospitalaria infanto-juvenil.
   D) Servicio de urgencias de psiquiatría infantil.
   E) Unidades de media y larga estancia para adolescentes.
6. Dispositivos de internamiento terapéutico y residencial para menores en situación de riesgo social, en acogimiento residencial.
   – Centros de carácter protector
     • Centros de socialización para menores con problemas graves de conducta.
     • Centro terapéutico para menores con adicciones y/o enfermedad mental.
7. Centros de menores con medidas judiciales, centros de reforma.

1. LOS CENTROS, UNIDADES O EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Constituyen el equipo básico de salud mental o puerta de entrada para atender toda la demanda asistencial de los menores de 18 años con problemas de salud mental. Existen múltiples diferencias en la organización, funcionamiento y recursos para la atención a esta población en las diferentes CCAA. En algunas, los CSMIJ atienden de 0 - 14 o 16 años, aunque la mayoría abarcan de 0 - 18 años. También varían en su ubicación, pudiendo presentarse como un centro independiente y diferenciado de los adultos, o bien integrado en el mismo espacio de los CSM de adultos, otros, se sitúan en el hospital[4].

Son equipos multiprofesionales, que precisan una especialización y formación específica de todos sus integrantes, en psiquiatría y psicología del niño y del adolescente. El número mínimo de profesionales recomendado para atender a una población general de 100.000 habitantes es 1,5 psiquiatra infantil, 1 psicólogo clínico, 0,5 diplomado en enfermería, 0,5 trabajador social[5].

La vía de admisión o de entrada en los CSMIJ suele varia según las CCAA. Las demandas de atención pueden partir de diferentes puntos, como Atención Primaria (AP) y servicios sanitarios especializados, servicios sociales, equipos educativos de orientación psicopedagógica (EOEP) y atención temprana (AT), residencias para menores tutelados por la Comunidad, servicios de justicia y el propio paciente. A veces estas demandas se pueden hacer directamente en el CSMIJ, pero en la mayoría de las CCAA se canalizan a través de AP y especializada.

La actividad básica y principal consiste en el análisis y valoración de la demanda, realizando una evaluación diagnóstica y tratamiento de los trastornos mentales; desarrollando actividades de promoción y prevención de la salud mental infantil y juvenil, como la detección precoz de trastornos mentales graves (TMG) y factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades mentales; trabajando en coordinación con los equipos de AP, educación y servicios sociales.

Algunos CSMIJ han desarrollado programas asistenciales específicos:

– Programa de soporte de SM a la atención primaria. En estos casos una parte del personal de CSMIJ se desplaza a los centros de AP, para colaborar con médicos, pediatras y enfermería en la evaluación y abordaje de la patología mental[6].
– Programa salud y escuela. Como soporte a los alumnos con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) y trastornos grave de

conducta atendidos en centros de educación especial, o bien, de apoyo a la educación especial en centros de educación ordinaria.
– Programas de atención específica a diferentes patologías en niños y adolescentes: Atención a primeros episodios psicóticos, al trastorno mental grave (TMG), a trastornos de conducta alimentaría (TCA), al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

2. UNIDADES ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN SMIJ.

En algunas CCAA se han implantando equipos independientes del CSMIJ, para atender de forma ambulatoria una problemática especifica en SMIJ. En Madrid existen tres centros que prestan asistencia a toda la región:
– Centro de Intervención del Abuso Sexual Infantil (CIASI). Depende del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), de la Consejería de Servicios Sociales. Los pacientes son derivados desde los servicios sociales, sanitarios, centros educativos, instancias judiciales, policía y defensor del menor. Prestan asistencia psicológica, social y jurídica a los menores victimas de abusos sexuales, asesoran y apoyan a las familias y también ofrecen tratamiento a los agresores sexuales menores de edad.
– Unidad de Salud Mental de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP). Depende de los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Presta atención a los equipos técnicos de los recursos de acogimiento residencial y se encarga de las valoraciones psicológicas y psiquiátricas de los menores protegidos, que no se encuentran en tratamiento en los CSMIJ. Realiza evaluaciones de los menores inmigrantes no acompañados, menores ingresados en los centros de primera acogida, menores que van a salir en acogimiento familiar y de aquellos que han sido devueltos de acogimientos familiares, etc.
– Programa de Atención e Intervención del Daño Emocional (ATIENDE). Este programa surge por un acuerdo de colaboración entre la Dirección General de la Mujer (DGM) y la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, en base a la ley de violencia de género. Su objetivo principal es la evaluación del daño emocional, que padecen tanto las mujeres victimas de violencia de género con orden de protección, como sus hijos. Existe un programa ATIENDE para las mujeres y otro ATIENDE NIÑOS. Se encargan de la evaluación y tratamiento de los menores, que son derivados desde los puntos municipales de violencia de género[7].

3. HOSPITALES DE DÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El objetivo es prestar una atención intensiva e integral a menores con patología mental severa, que no pueden ser asumidos en un momento determinado en el centro de salud mental y/o en el centro escolar normalizado, y requieren un tratamiento psicoterapéutico intenso de forma individual o grupal, así como, actividades de psicomotricidad y logopedia sobre todo con los niños más pequeños. Asociado siempre a un trabajo con las familias.

La derivación de los pacientes se realiza desde el CSMIJ. Después del alta en el hospital de día, continuaran su tratamiento en el CSMIJ. Las indicaciones más comunes de hospital de día son trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de personalidad, del estado de ánimo y de la conducta alimentaría.

El abordaje psicoterapéutico y las técnicas empleadas varían en función de la edad del niño, por ello se suelen diferenciar los Hospitales de día en tres rangos de edad:
– menores de 6 años[8, 9].
– de 7-12[10].
– de 13-18 años[11].

Para cada grupo de edad, se necesitaría un mínimo de 3 plazas para una población general de 100.000 habitantes[3].

El personal es un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos, logopeda, enfermera, trabaja-

dor social, monitor, terapeuta ocupacional, maestros, educadores, auxiliar administrativo, El número y categoría de los profesionales necesarios, dependerá del número de niños y de las edades de estos.

Hablamos de Hospital de día a tiempo completo o Centro de día terapéutico-educativo cuando el abordaje psicoterapéutico y educativo se realiza en el mismo hospital, con profesores integrados en el equipo multiprofesional del centro[12]. La estancia es temporal, hasta conseguir la plena reintegración al centro escolar de procedencia. En la medida que se alcanza la mejoría clínica, se va ampliando gradualmente su inserción en el centro escolar. En el Hospital de día a tiempo parcial, el tratamiento psicoterapéutico, de logopedia y psicomotricidad de los TMG se realiza en el H. de día unos días de la semana, alternando con la asistencia a su centro escolar correspondiente, el resto de los días de la semana[13, 14, 15].

4.- CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

En algunas CCAA la atención a drogodependientes está integrada en salud mental, pero en otras Comunidades son redes independientes, donde los centros de atención a drogodependientes, dependen de los ayuntamientos, dentro del plan municipal contra las drogas; son equipos multidisciplinares (médico, psicólogo, trabajador social, enfermera y terapeuta ocupacional), con programas específicos para el tratamiento de los menores con dependencias o abuso de drogas. El tratamiento de los menores con patología dual, se realiza en colaboración y coordinación entre el CSMIJ de la zona y el CAD[16].

5. A) - UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES DE 12-18 AÑOS

La OMS considera la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes entre un 10 - 20% y de estos, un 1-2% necesitará un ingreso psiquiátrico en algún momento de su evolución[17].

Los ingresos de adolescentes en estas unidades se realizan desde la urgencia psiquiátrica y desde el CSMIJ. Los pacientes son derivados en aquellas situaciones donde la contención ambulatoria es insuficiente y se precisa un ingreso para poder trabajar la situación de crisis o descompensación psicopatológica, aunque a veces el ingreso puede tener una función diagnóstica. Los motivos más frecuentes de ingreso son: episodios psicóticos, TGD, esquizofrenia, trastornos afectivos mayores, trastornos graves de personalidad y de conducta alimentaría, riesgo de conductas auto y/o heteroagresivas, etc. La mayoría de las unidades de hospitalización breve admiten diferentes patologías, aunque hay algunas específicas de trastornos de conducta alimentaría.

Estas unidades pueden ser de referencia para una o varias áreas sanitarias. La estancia suele corta, en general inferior a un mes. Su objetivo es la reintegración del menor lo antes posible y en las mejores condiciones en su medio familiar, continuando su tratamiento de forma ambulatoria en el CSMIJ.

En Cataluña, para el ingreso de adolescentes se diferencian dos tipos de Unidades: las Unidades de Referencia de Psiquiatría infanto-juvenil (URPIJ), suelen tener pocas camas (2-4), localizadas en hospitales comarcales o privados concertados, para estancias muy cortas. Cuando se requiere una mayor contención se derivan los adolescentes a las Unidades de Crisis de Adolescentes (UCA), con más camas (15-25), para ingresos más prolongados y de ámbito regional, suelen estar situadas en hospitales psiquiátricos.

Se considera necesario para la hospitalización de adolescentes de 12-18 años, un mínimo de 2 camas, tomando como referencia una población general de 100.000 habitantes[3]. El personal necesario para una unidad de 20 camas sería: 3-4 psiquiatras infantiles, 2 psicólogos clínicos, 3 enfermeras en turno de mañana, 2 en turno de tarde y 1 por la noche; 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional; 3 auxiliares de clínica

en turno de mañana y tarde, 2 auxiliares en turno de noche; 2 profesores del pedagogía terapéutica del aula hospitalaria; 1 celador; 1 administrativo[18].

5. B) - CAMAS HOSPITALARIAS PARA MENORES DE 12 AÑOS CON ENFERMEDAD MENTAL

El ingreso de los menores de 12 años a causa de una enfermedad mental, es necesario en casos de trastornos de conducta alimentaria, intentos autolíticos, etc. En estos casos, se realiza en las camas asignadas para este fin, en los servicios de pediatría o medicina interna del hospital[19]. Se considera necesario tener reservado al menos 1 cama para el ingreso de menores de 12 años, tomando como referencia una población general de 100.000 habitantes[3]. El seguimiento y tratamiento de estos pacientes lo realiza el equipo de interconsulta hospitalaria de infantil, en colaboración con los otros especialistas implicados.

5. C) - LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La interconsulta infantil o psiquiatría de enlace en los hospitales generales, pretende atender los aspectos psicológicos del niño enfermo, con enfermedades crónicas y graves[20], con hospitalizaciones prolongadas que van a repercutir en su estado emocional y en su recuperación general[21]. El trabajo se realizará en coordinación con los médicos especialistas y equipo de enfermería que atienden al niño, prestando apoyo psicológico al menor y su familia[22]. Así mismo, este servicio se suele encargar del tratamiento psicológico y psiquiátrico de los menores de 12 años ingresados por una enfermedad mental, en las camas de los servicios de pediatría o medicina interna del hospital.

5. D) - SERVICIOS DE URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

En la mayoría de los hospitales generales no existe un servicio específico de urgencia psiquiátrica infantil, habitualmente las urgencias de psiquiatría son atendidas por psiquiatras de adultos. Solo existe un servicio específico de urgencia psiquiátrica para niños y adolescentes, atendida por psiquiatras infantiles en los hospitales monográficos de niños.

5. E) - UNIDADES DE INGRESO DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA PARA ADOLESCENTES

En España hasta ahora solo existe una unidad para el ingreso más prolongado de adolescentes, la Unidad de Crisis de Adolescentes Subagudos (USA) Benito Menni, en San Boi de LLobregat. Sin embargo, son imprescindibles este tipo de dispositivos cuando los trastornos mentales se acompañan de un comportamiento tan perturbado que es imposible el mantenimiento del adolescente en el medio familiar y escolar, siendo necesario un internamiento más prolongado para contener la situación y trabajar más intensamente las disfunciones. Se consideran unidades de media estancia cuando el ingreso es inferior a 6 meses; a partir de este tiempo se consideran de larga estancia.

Estas unidades son necesarias en adolescentes que presentan trastornos de personalidad descompensados con trastornos severos del comportamiento, y cuadros de auto o heteroagresividad que no pueden abordarse ambulatoriamente, ni el hospital de día, siendo también insuficiente la contención que ofrece el ingreso en una unidad de hospitalización breve. Están especialmente indicadas en trastornos de personalidad tipo borderline y trastornos narcisistas con rasgos antisociales así como otras patologías severas en cuya base comportan un trastorno de personalidad; descompensaciones psicóticas prolongadas y continuas; descompensaciones afectivas severas, y trastornos de conducta alimentaría de evolución subaguda, que necesitan continuos internamientos y que no requieren un ingreso en medicina interna[18].

En la actualidad existen centros residenciales específicos para el tratamiento pro-

longado de adolescentes con enfermedad mental, dependientes de la Consejería de Servicios Sociales. Destinados a menores en situación de guarda o tutela, con enfermedad mental, trastornos de conducta y/o consumo de tóxicos, Existen también otros centros con programas específicos de tratamiento, dirigidos a menores infractores para el cumplimiento de una medida judicial.

6.- DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO Y RESIDENCIAL PARA MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

Estos dispositivos dependientes de la Consejería de Servicios Sociales, forman parte de las medidas de acción con menores en riesgo social, entre las cuales, el acogimiento residencial es una medida de protección para menores de 18 años, derivada de la asunción de la tutela o guarda del menor por una institución pública, proporcionando a los menores que han sido separados temporalmente de su familia, una alternativa de convivencia adecuada a sus necesidades en una institución pública o privada colaboradora. El acogimiento residencial se puede realizar en diferentes centros, según las características y problemática del menor: centros de socialización, centros terapéuticos y de reforma[23].

6. A.- CENTRO DE SOCIALIZACIÓN PARA MENORES CON PROBLEMAS GRAVES DE CONDUCTA

Son centros de educación especial, cuyo objetivo es abordar la formación y tratamiento de adolescentes en situación de desprotección, con graves problemas de conducta, relacionados con patologías psicosociales y educativas, a veces asociados a patología psiquiátrica. La función de estas unidades es ejercer una acción socializadora, a través de un entorno seguro y protector, intentando la integración del menor en la comunidad y potenciando su desarrollo y crecimiento personal. La estancia en estas unidades de socialización previene el ingreso del menor en los centros de reforma.

En el informe del defensor del pueblo sobre los centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación social difícil, recomienda que se intensifiquen las actuaciones para conseguir los dispositivos y recursos intermedios, a fin de lograr la rehabilitación de los menores en situaciones de dificultad social desde el ámbito educativo, sanitario y social, de forma que llegue a ser innecesaria la institucionalización de los menores[24].

6. B.- CENTRO TERAPÉUTICO PARA MENORES CON ADICCIONES Y/O ENFERMEDAD MENTAL

El internamiento terapéutico se realiza en aquellos menores que bien por la adicción a alcohol y/o drogas, o por un trastorno psiquiátrico, precisan de un entorno estructurado para poder llevar a cabo un programa terapéutico, al no darse las condiciones necesarias ni en el menor, ni en su entorno para poder realizar este tratamiento en régimen ambulatorio.

7. - CENTRO DE MENORES CON MEDIDAS JUDICIALES, CENTROS DE REFORMA

Son centros para menores infractores ingresados por orden judicial. La sentencia especifica el tipo de centro (abierto, semiabierto, cerrado o internamiento terapéutico), donde debe ingresar el menor.

La Ley Orgánica 5/2000, de Responsabilidad Penal de los Menores, en vigencia desde el 13 de enero del año 2001, es de aplicación a los menores que han cometido un delito entre los 14 y los 18 años de edad. Las medidas que a través de la misma se adoptan han de estar orientadas hacia la efectiva reinserción social, y deriva a las Comunidades Autónomas, la ejecución de las medidas judiciales impuestas a los menores, bajo el control del Juez de Menores. Entre estas actuaciones se encuentran el internamiento en centros de ejecución de medidas judiciales en régimen cerrado, se-

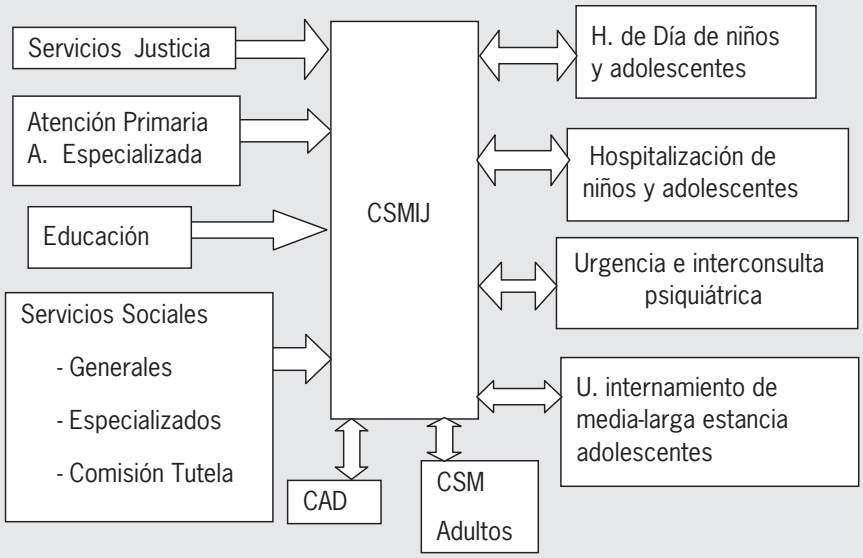
miabierto, abierto o en centros de internamiento terapéutico, así como, el tratamiento ambulatorio en el CSM más cercano al domicilio del paciente[25].

La Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, es un organismo autónomo, dependiente de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid, en funcionamiento desde el año 2005. Le corresponde la ejecución de las medidas adoptadas por los órganos judiciales en aplicación de la legislación sobre responsabilidad penal de los menores. Los programas desarrollados desde la Agencia van dirigidos, entre otros, a menores que cumplen medida judicial por delitos de agresión sexual, a aquellos que han cometido violencia filioparental, que presentan problemas de consumo de drogas o trastornos graves de conducta[26].

A pesar de los avances conseguidos en los últimos años, la red asistencial para la atención a la salud mental de niños y adolescentes continúa en situación deficitaria y precaria en la mayoría de las CCAA. El Observatorio Europeo de Sistemas Nacionales de Salud, señala que la salud mental y en especial la de niños y adolescentes, sigue siendo uno de los grandes retos pendientes del sistema sanitario español.

Entre los objetivos de la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 se encuentra mejorar la calidad asistencial, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental. Recomienda a las CCAA disponer y adecuar las unidades y programas específicos para dar respuestas a las necesidades de los niños y adolescentes en materia de salud mental y mejorar el acceso a todos los programas y dispositivos terapéuticos o de rehabilitación tanto de la población adulta como infanto-juvenil[27].

RESUMEN:
La atención a los trastornos mentales de niños y adolescentes precisa de una serie de dispositivos terapéuticos específicos y complementarios, interconectados y coordinados en sus actuaciones, a fin de proporcionar una asistencia de calidad en función de las necesidades de cada paciente.



La red de salud mental infanto-juvenil

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud 2009-2013. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm. Plantean 5 líneas estratégicas de actuación en salud mental: la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental; atención a los trastornos mentales; coordinación intra e interinstitucional; formación del personal sanitario e investigación en salud mental. Recoge objetivos de actuación y recomendaciones, criterios de calidad en psicoterapia, promoción y prevención, así como ejemplos de buenas prácticas.

Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. AEN, cuaderno técnico nº 4. 2000. http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=125&Itemid=51. Este documento publicado en el año 2000, sigue estando de actualidad, pues la atención comunitaria en salud mental no se ha terminado de implantar, siguen estando pendientes de realizar algunas de las recomendaciones que propone para garantizar una asistencia de calidad, entendida ésta como una atención efectiva, eficiente y adecuada a las necesidades.

Programa de tratamiento educativo terapéutico para menores infractores. http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142637040657&idConsejeria=1109266187224&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109167959659&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003. La Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, desarrolla una serie de programas de tratamiento, cuyo objetivo es realizar intervenciones educativas, terapéuticas y de reinserción laboral con los jóvenes infractores de acuerdo las necesidades de cada uno, a fin de disminuir el riesgo de reincidencia.

BIBLIOGRAFIA

(1) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
(2) Kessler RC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, 6: 593-602.
(3) Bravo Ortiz MF, (coord.). Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos técnicos 4. Madrid. AEN, 2000. Disponible en http://www.aen.es/docs/CTecnicos4.pdf
(4) Fernández Liria A, Gómez Beneyto M (coord.). Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos, 14, Madrid. AEN, 2009. Disponible en: http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf
(5) Levav I, Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. Eur Child Adolesc Psychiatric. 2004; 13: 395-401.
(6) Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2007.
(7) Terán S, Laita P, Márquez A, Ayala J, Ortiz P, La demanda de atención psiquiátrica infantil en el contexto de un programa de violencia de género. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescentes, 2009; 47, 125-132.
(8) Alcamí Pretejo M, El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2005; 39/40: 5-30.
(9) Bokler E, Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2010; 50: 197-207.
(10) Solana Azurmendi B, Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2010; 50: 181-196.
(11) Soriano Sala A, Función terapéutica del hospital de día para adolescentes. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2010; 50: 225-231.
(12) Alcamí M, Un modelo de Hospital de día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2010; 50: 209-223.
(13) Jiménez A. Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999; 19 (69): 151- 159.
(14) Jiménez A, Fuertes P, Casas I, Bustamante ML, Ruiz J, Cabezas B, Intervención clínica en unidad de terapia intensiva (hospital de día a tiempo parcial) en trastorno autista: A propósito de un caso. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente. 2010; 50: 109-132.

(15) Jiménez A, García C, Tenías JM, Fuertes P, Abellán C, Cabezas B, Ruiz J, Descripción y análisis exploratorio de dos modelos de atención de los Trastornos del Espectro Autista en los niños y adolescentes en edad escolar del Área Mancha Centro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31 (112): 631-646.
(16) Salvador Sánchez, I. (coord.). El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos nº 7. Madrid. AEN, 2007.
(17) World Health Organization, Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2005.
(18) Jiménez Pascual A, (coord.) Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave en niños y adolescentes. Rev. Asoc. Esp. Neuropsq. 2004; 23 (89): 167-186.
(19) De Dios JL, Manejo de las tentativas de suicidio en niños y adolescentes en el ámbito hospitalario. Monografías de psiquiatría 2002; 14 (1): 21-25.
(20) Mardomingo MJ, Aspectos psiquiátricos de las enfermedades crónicas. Monografías de psiquiatría 2002; 14 (1): 3-9.
(21) San Sebastián FJ, Ceverino A, Rodríguez ML. La problemática del niño hospitalizado y su abordaje en psiquiatría de enlace infanto-juvenil. Monografías de psiquiatría 2002; 14 (1):10-15.
(22) Menéndez Osorio F. La interconsulta en salud mental infantil de niños recién nacidos con alto riesgo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001, 21 (80):101-118.
(23) García E, Martínez C, Maya A, Sanz R, Herrador E, Torner A, (coord.). Manual de intervención de los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. 2008.
(24) Defensor del pueblo. Informes, Estudios y documentos. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación social difícil. Madrid. 2009. Disponible en: http://estaticos.soitu.es/documentos/2009/02/Informe_Menores_Defensor_del_pueblo.pdf
(25) Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. BOE, 2000; 11:1422-1441.
(26) Graña JL, Rodríguez J. (coord.). Programa de tratamiento educativo terapéutico para menores infractores. Madrid. Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del menor infractor. 2011.
(27) Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud 2009-2013. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

4.3. La atención ambulatoria en la comunidad como eje del tratamiento

Marta Sanz Amador

Los Centros de Salud Mental (CSM) deben jugar un papel esencial en el entramado organizativo del sistema de atención en Salud Mental (SM). Es en el CSM donde, en general, se hace la primera evaluación y se realiza el seguimiento de la mayor parte de los pacientes. La mayoría de los procesos patológicos que precisan atención en SM tienen un curso crónico, con distintas necesidades en relación a un amplio abanico de variables: reagudizaciones sintomáticas, curso deteriorante de la enfermedad mental, enfermedades físicas concurrentes, pérdida de apoyos en el entorno sociofamiliar….

En España, el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985[1] (Ministerio de Sanidad) optó por la perspectiva comunitaria para los nuevos servicios de Salud Mental (SSM) situando los SSM en el segundo nivel de atención (atención especializada) si bien en estrecha coordinación con Atención Primaria.

En el capítulo III, articulo 20, de la Ley General de Sanidad de 1986[2] se refiere específicamente a la salud mental, recogiendo los principios del Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 en los siguientes términos:

> La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y de atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se consideran de forma especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
>
> Los Servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, así mismo, en coordinación con los Servicios Sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los aspectos psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Se trataba de poner en marcha la reforma psiquiátrica que nos equiparaba con otros países de Europa (que ya habían hecho las suyas en los años 60 y 70)[3]. La reforma en España coincidió en el tiempo con los procesos de transición democrática durante la década de los ochenta que implicaron cambios muy significativos en la organización sociopolítica y administrativa del país y también en sus estructuras sanitarias.

En el proceso de reforma se pueden distinguir, según José Mª García[4] tres fases:

La primera relacionada con el estudio de los efectos perversos de las "Instituciones cerradas", principalmente de los hospitales psiquiátricos, con la crítica a su organización y funcionamiento[5], y también con las innovaciones terapéuticas introducidas tras la segunda guerra mundial. El objetivo que se propone no es el cese de la utilización del hospital psiquiátrico, sino la modificación de su estructura y funcionamiento.

La segunda fase se asocia con la publicación, en EE.UU., de la "Action for Mental Health", en 1961, y de otras disposiciones ulteriores[6]. En ellas se amplió dicho concepto formulándose nuevas políticas asistenciales que pretendían cambiar el sistema de cuidados al enfermo mental, desplazando el centro de gravedad de la asistencia desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, y haciendo de los centros de salud mental el eje de la actuación sanitaria.

Finalmente, en las experiencias de transformación psiquiátrica ocurridas en

los últimos años en determinados países europeos (por ejemplo en Italia o en Inglaterra) es posible identificar ejemplos de lo que consideramos como "Tercera Fase", o "Fase Avanzada" del concepto de desinstitucionalización. En ella se postula una nueva manera de entender el manejo de la enfermedad mental, las relaciones de los enfermos psiquiátricos con la sociedad y la provisión de las medidas asistenciales precisas para satisfacer sus necesidades.

Las bases teóricas de la "Reforma Psiquiátrica Española" contienen postulados que se corresponden con la "Fase Avanzada" de la desinstitucionalización.

Sin embargo, hoy en España el tratamiento que reciben la mayoría de las personas con enfermedad mental se limita a una consulta psiquiátrica de pocos minutos, cada varios meses, donde únicamente se revisa su dosis de medicación. Es decir, estamos muy lejos de los objetivos que se citan en la Ley de Sanidad.

La aplicación de la Reforma ha seguido un curso muy irregular, con marcadas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas sobre todo en el desarrollo de servicios comunitarios intermedios y en programas de rehabilitación.

Desde que a mediados de los años 80 se inicia la reforma de la atención a los trastornos mentales, en la Comunidad de Madrid se ha hecho un esfuerzo en desarrollar el modelo comunitario y se han creado dispositivos para dar respuesta a las distintas necesidades detectadas.

Todos y cada uno de los dispositivos de atención en Salud Mental tienen la responsabilidad de articular una adecuada coordinación de la atención con el resto de dispositivos de la red para garantizar la continuidad de cuidados en el tratamiento del paciente pero el eje vertebrador de la atención que recibe cada individuo depende en la mayoría de los casos del Centro de Salud Mental.

Los Centros de Salud Mental se ubican en un área geográfica determinada con una población asignada. La atención sanitaria se ha organizado desde el año 1986 en áreas sanitarias. La atención en los centros de salud mental se ha establecido en demarcaciones sanitarias dentro de cada área. Desde mi punto de vista la población asignada a un CSM no debería ser mayor de 100.000 habitantes para poder mantener una buena calidad en las prestaciones. Es importante que se ubiquen en un lugar de fácil accesibilidad y cercano al domicilio de la población que atienden.

La importancia de trabajar con un área geográfica limitada viene reflejado en la Ley General de Sanidad de 1986[2]:

> …las Áreas de Salud Mental se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan (…) Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200000 habitantes ni superior a 250000…

El modelo comunitario de atención psiquiátrica tiene tres perfiles básicos: clínico, epidemiológico y social. Clínico porque brinda atención médica con acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras para los sujetos enfermos; epidemiológico porque aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar, o sea, su salud mental. El perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la

solución de esos problemas, la comunidad participa activamente[7].

La planificación y programación de las prestaciones en los servicios de salud mental deberían definirse de acuerdo al diagnóstico comunitario y a la evaluación de los principales problemas de salud de la población asignada. El diagnóstico comunitario es un proceder epidemiológico que nos permite conocer el proceso salud-enfermedad en una población dada y en un periodo determinado, pero que a su vez incluye la evaluación de un conjunto de problemas de la salud mental del hombre concebidos en un sentido más integral y amplio, y que va más allá del proceso morboso en sí. Evaluar cuanti-cualitativamente las necesidades sociales de la salud es en esencia su objetivo fundamental.

El modelo comunitario que subyace a la creación del los CSM significa una nuevo formulación de política asistenciales y el paso de un abordaje biomédico a biomedicosocial con una mayor pluralidad y horizontalidad en los equipos. Este desplazamiento lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no solo como usuaria sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos[8].

La perspectiva comunitaria supone la necesidad de crear redes complejas formales e informales, que garanticen la continuidad de cuidados, elemento clave en la atención comunitaria. Supone la necesidad de una programación flexible y pertinente, los pacientes cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los trastornos mentales, mientras los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables; los procesos cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido[8].

De forma continua hay que modificar y adecuar las intervenciones al momento vital y sintomático del paciente. En ningún momento podemos perder la perspectiva de la evaluación longitudinal del paciente, conocer su historia, sus mecanismos de afrontamiento en diferentes etapas de su vida y su proyección de futuro.

El trabajo en los Centros de Salud Mental comprenderá actividades dirigidas a la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria (rehabilitación) de las personas afectadas por enfermedades mentales. En cualquiera de estos niveles de atención se incentivará la participación familiar y comunitaria. En este sentido destacar la importancia de las asociaciones de familiares y usuarios.

Las prestaciones ofertadas, la puesta en marcha de programas para la atención de distintas patologías de forma más especializada, el calendario de coordinaciones siempre debe acompañarse de un estudio previo con criterios de costo-efectividad.

Los equipos de Salud Mental son en su concepción equipos multidisciplinares, conformando los equipos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares, terapeutas ocupacionales. El trabajo en equipo aporta un valor añadido a la suma del trabajo de cada uno que permite abordar la enfermedad mental desde su complejidad biopsicosocial. La horizontalidad de las relaciones entre los miembros del equipo y las sinergias que deben surgir en el trabajo común y comprometido permite hacer un diagnostico y un plan de tratamiento integral individualizado para cada paciente y en cada momento vital. Se requiere que los profesionales tengan una alta capacitación técnica y un compromiso vocacional con la salud mental de las personas y las comunidades. Hay una responsabilidad directa en la detección, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedad mental severa y una responsabilidad indirecta en la promoción de la salud mental y tratamiento de enfermedades mentales de menor gravedad en colaboración estrecha con los equipos de Atención Primaria.

En la atención integral desde la perspectiva comunitaria al paciente se hace

necesario estratificar las acciones por los diferentes niveles del sistema de una forma coherente y armónica, de tal forma que no se repitan acciones, no desempeñar esfuerzos paralelos para lograr un mismo objetivo, así como no dejar por hacer acciones necesarias quedando "espacios no cubiertos". En este sentido es importante recordar que cada cual debe hacer lo que le corresponda hacer en el momento preciso[9].

Es de destacar la labor del jefe del equipo, imprescindible para gestionar la complejidad del trabajo en el CSM, tanto por el número de personas que componen los equipos como por la necesidad de dirigir de forma armónica el trabajo multidisciplinar y garantizar la continuidad de los procesos asistenciales. Tiene una labor de liderazgo también muy importante fuera del equipo facilitando y organizando la relación y coordinación con otras instituciones.

No deben descuidarse los aspectos relacionados con la formación y la investigación. La formación continuada y el aprendizaje de nuevas herramientas contrastadas permite elegir los procedimientos farmacológicos, psicoterapéuticos y procedimientos cuya eficacia se ha contrastado. Así mismo se impone profundizar en el conocimiento de los problemas de salud locales a través de la realización de investigaciones cuanti-cualitativas relacionadas con la asistencia, para el buen desempeño de prevenir y promover salud en la población. El estudio de la demanda y el manejo de la misma por parte de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental va a jugar un papel fundamental.

La descentralización de recursos y estratificación de acciones con una participación social activa, hace necesario que se trasmitan herramientas de trabajo, no solo al Médico y Enfermera de la Familia, sino a los líderes comunitarios y a la propia comunidad para que se conviertan en agentes de salud mental comunitaria. Los Equipos de Atención deben conocer y manejar elementos de diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico individual y familiar, así como dinámicas grupales y técnicas de intervención comunitaria y social, para el buen desempeño de sus funciones como médico general integral. Los miembros de la comunidad deben recibir un entrenamiento básico y elemental para desarrollar acciones de co y autogestión relacionadas con la salud mental en las familias, las escuelas, los centros de trabajo, la comunidad donde reside, etc.

COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

La actividad asistencial en Salud Mental se realiza en la actualidad en el marco de la integración con el resto de las especialidades médicas. La puerta de entrada principal es la derivación desde Atención Primaria con cuyos servicios hay un espacio de programación común. Las direcciones médicas de Atención Primaria y Salud Mental deben acordar un plan estratégico de coordinación y funcionamiento partiendo de un análisis de le demanda y de los recursos con los que se cuenta en los dos niveles.

En primer lugar es importante acordar y aclarar en estas reuniones a nivel de dirección formas y criterios de derivación. En general, las derivaciones a Salud Mental se pueden hacer con carácter Normal o Preferente. En cada distrito sanitario se estima la forma de atender las urgencias. Es responsabilidad de todos utilizar con juicio los huecos de derivación siempre con criterios de discriminación positiva. Es frecuente que pacientes con patologías menores o desbordados por sufrimientos de la vida cotidiana, tengan mas capacidad para articular la demanda y saturen los CSM en detrimento de la evaluación y seguimiento de los trastornos mentales graves. Como asignatura pendiente en la mayoría de los CSM señalar la necesidad de organizar un sistema de evaluación ágil y eficaz en colaboración con primaria que de respuesta a la demanda "menor" y suponga un filtro de lo que precisa atención o no en Salud Mental. En este sentido se han planteado distintas fórmulas no habiendo aún un consenso ni

suficiente experiencia con ninguna de las propuestas.

Un aspecto básico es facilitar la comunicación telefónica y por email. Facilitaría la interconsulta utilizar el mismo para gestión de la asistencia clínica de forma que se comparta la información clínica del paciente y quede registro de la petición de interconsulta, así como de su respuesta e incluirlo en la historia evolutiva del proceso asistencial abierto con el paciente. En situaciones de emergencia, en los que hay que tomar decisiones rápidas y delicadas (gestión de traslado al hospital, manejar una agitación, riesgo auto/heterolítico) es más práctica la comunicación telefónica que ha de ser ágil y directa.

Dependiendo de las características de cada equipo y de las posibilidades reales en función del personal con el que se cuenta, tanto en número como en formación y disposición, se pueden idear otros sistemas de consultoría. En algunos equipos se ha planteado que un facultativo se desplace semanalmente a Atención primaria para hacer un despistaje de casos que precisan atención en Salud Mental y proporcionar asesoramiento en los que se estime pueden ser tratados en Atención primaria.

Es importante crear espacios comunes de trabajo con Atención Primaria para mejorar la calidad de las prestaciones intentando identificar entre todos las necesidades y expectativas de nuestros pacientes e intentar llegar a un consenso que dé respuesta y module estas expectativas en función de los recursos con los que se cuenta. Facilitar esta comunicación va creando una cultura conjunta en el abordaje de la enfermedad mental que sin duda va a permitir una atención de calidad a los problemas mentales así como un uso racional y coste - eficaz de los Servicios Públicos.

Es interesante programar jornadas monográficas conjuntas en torno a patologías de especial interés por ser responsables de un porcentaje alto de la demanda en salud Mental (reacciones adaptativas, síntomas depresivo ansioso en relación a *mobbing*, duelos, ansiedad, Trastorno por déficit de Atención-Hiperactividad). En la elección de las patologías a tratar hay que priorizar aquellas que, según criterios de gravedad se tratarán en Atención Primaria o en Psiquiatría (depresión) o porque el manejo de las mismas requiera una colaboración estrecha entra Atención Primaria y Salud Mental (Trastornos de la conducta alimentaria, miedos hipocondríacos, somatizaciones, patologías orgánicas que ocasionan síntomas psicológicos...). En la organización de estas jornadas hay dos objetivos fundamentales: Actualización, exposición de cómo se está trabajando con esta patología en cada nivel y consensuar y pactar formas de funcionamiento. Estas jornadas de trabajo deberían ser anuales.

Junto con estos acuerdos generales son fundamentales las coordinaciones clínicas entre los equipos. Para ello un facultativo y una enfermera de Salud Mental se desplaza al equipo de Atención Primaria para tratar sobre casos concretos que plantean dificultad, aclarar problemas que hayan podido surgir de funcionamiento. Esto además permite estar al día de la situación de cada equipo (bajas laborales, incorporación de personal nuevo…) y tenerlo en cuenta en el manejo de la demanda y para ajustar las prestaciones.

Conviene que en las coordinaciones presenciales participe también algún miembro del programa de continuidad de cuidados para revisar el plan de tratamiento en lo que se refiere a la atención que precisan en Atención Primaria los pacientes mas graves.

TRABAJO POR PROGRAMAS

El trabajo por programas favorece la evaluación de procesos y resultados y es un instrumento que favorece el funcionamiento sinérgico de los dispositivos que participan en cada uno de ellos. Permite una mayor flexibilidad en el uso de recursos.

En 1989 en Madrid se planteó organizar la atención en Salud Mental por programas

aunque en la mayoría de los casos no fue más que una declaración de intenciones. Se presentaron y se definieron programas con el propósito de establecer criterios básicos en la práctica asistencial de los equipos terapéuticos[11,12]. La descripción se hace con la siguiente estructura: Introducción-Definición, descripción, objetivos, Agentes del programa, Criterios Generales de Actuación y Observaciones. Se describieron programas transversales y longitudinales. En el planteamiento inicial se echa de menos la descripción de indicadores para evaluar cada programa. Si bien en aquel momento era comprensible. No había la experiencia en gestión que podría haber en la actualidad y por otro lado era mucho más precario el soporte informático.

Definir un programa supone elaborar un documento que describe en tiempo y espacio de forma ordenada, todas las acciones que se van a desarrollar para conseguir un propósito. Dicho documento incluye los siguientes apartados:

– Propósito: enuncia en términos generales la finalidad del programa.
– Objetivos: desglosa el propósito en una serie de metas definidas de forma operativa y a ser posible cuantificable (objetivos específicos). Otros beneficios ajenos al propósito general pueden conseguirse subsidiaramente al procurar los primeros (objetivos complementarios). Han de ser objetivos realistas (alcanzables con los recursos existentes), oportunos (aceptados por la comunidad a la que se dirigen y por la comunidad profesional) y compatibles con otros objetivos del plan: su formulación supone el establecimiento de prioridades.
– Análisis del cambio: enumera en una doble columna la relación de características (definidas de forma operativa) de la situación actual (primera columna) que se trata de modificar y las enfrenta una por una a la situación deseable (segunda columna)
– Ámbito de actuación: definido en términos geográficos y de población.
– Recursos: determina los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para desarrollar un programa
– Actividades: Establece de forma detallada que se debe hacer, cómo se logrará, quien lo hará, cuanto se pretende conseguir, donde se desarrollará la actuación, cuando se efectuará y que resultados obtener.
– Evaluación: desde la formulación del programa hay que establecer indicadores que permitan medir el cumplimiento de los objetivos, que resultados se esperan obtener respecto a cada uno de ellos y en que plazos.

Con cierta frecuencia se mantienen programas según el modelo clínico tradicional, en virtud de diagnósticos o protocolos de tratamiento, pero no tanto según la vulnerabilidad u otros criterios epidemiológicos, que debieran marcar las prioridades asistenciales[10].

Cuando un programa se pone en marcha, durante el periodo de implantación del programa en el primer año habrá que hacer un seguimiento mas estrecho del mismo a los 3 meses, 6 meses y 12 meses. Esto permite detectar las desviaciones, ajustar el planteamiento a la realidad. Una vez el programa está implantado y adquiere rodaje debe evaluarse una vez al año e introducir las correcciones y mejoras necesarias.

En la actualidad en los Centros de Salud mental deberían de funcionar al menos los siguientes programas:

– TRANSVERSALES: definidos por el tipo de actividad que pretenden organizar
  - De evaluación.
  - De atención ambulatoria.
  - De atención domiciliaria.
  - De apoyo y coordinación con AP.
  - De apoyo y coordinación con servicios sociales.
  - De apoyo y coordinación con centros de atención al drogodependiente.

- De apoyo y coordinación con el punto municipal del observatorio regional de violencia de género.

– LONGITUDINALES: especifican el modo de aplicar los programas transversales para una serie de grupos de población definidos por un factor de riesgo que condiciona su uso de los servicios
  - Atención a la Salud Mental de Niños y Adolescentes.
  - De alcoholismo.
  - De psicogeriatría.
  - Continuidad de cuidados.
  - Trastornos de personalidad.

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Es un programa que recorre los demás con objeto de garantizar el mejor uso posible de los servicios disponibles para la atención del paciente con Trastorno Mental Grave mediante un plan individualizado de atención. Las personas con enfermedad mental grave requieren establecer un vínculo personal terapéutico con el equipo de Salud Mental, para ello es importante que haya una persona identificada como su principal agente terapéutico y de rehabilitación, que le acompañe en el proceso de su enfermedad, proporcionando una relación transferencial que rescate las potencialidades sanas del paciente y le ayude a conocer, aceptar e integrar su enfermedad en su biografía. Así mismo identificará las discapacidades psicosociales que presente el paciente en cada etapa planteando un plan de rehabilitación adecuado, motivando la participación del paciente en los recursos de rehabilitación que se estimen más adecuados para él.

El programa va dirigido a pacientes adultos que están siendo atendidos en los Servicios de Salud Mental de Distrito, que presentan deterioro o minusvalías causadas por su enfermedad mental o están en riesgo de padecerlos y que requieren o se prevé que van a requerir el uso simultaneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos, tanto sanitarios como sociales u otros de su entorno.

En este y lo siguientes programas, voy a utilizar como ejemplo los que se han diseñado y puesto en funcionamiento en la Comunidad de Madrid. En el año 2007 se propone desde la Oficina Regional de Salud Mental de Madrid los siguientes criterios para la inclusión de los pacientes en el programa de continuidad e cuidados:

– Diagnóstico de Psicosis CIE 9 295,296, 297 y 298
– Otros diagnósticos psiquiátricos (no derivados de enfermedad medica o neurológica ni discapacidad intelectual) que presenten un alto índice de deterioro psico-social.

Según expone la Oficina Regional de Salud Mental en el año 2007 refiriéndose a la metodología del programa:

> …se busca la actuación sinérgica y coordinada de todos los profesionales y recursos. El equipo, conjuntamente con el terapeuta, diseñará un plan individualizado y asignará un coordinador del caso. El plan debe ser acordado entre el terapeuta responsable del caso, el coordinador, el paciente y cuantas personas vayan a participar en el mismo. Debe contemplar la atención en situación de crisis.

El programa de continuidad de cuidados debe tener un coordinador, y un consultor psiquiatra o psicólogo. Se establecen reuniones preferiblemente semanales o al menos cada 15 días para derivación de pacientes, abordar las problemáticas de manejo que surjan en el día a día, mantener actualizado el censo de pacientes y revisar periódicamente los planes individualizados de tratamiento. Es fundamental que los miembros del programa se mantengan activos, reflexionen sobre su trabajo, estimen la

eficacia de sus intervenciones e identifiquen áreas de mejora.

En las reuniones de coordinación interna se elegirá un gestor de caso para cada paciente propuesto para el programa. El gestor o tutor puede ser un trabajador social una enfermera o un terapeuta ocupacional. Se elegirá el profesional según el perfil de cuidados que necesita el paciente y teniendo en cuenta criterios de empatía, siendo este último criterio cualitativo mas difícil de evaluar. El tutor del caso estará encargado de coordinar los distintos profesionales y recursos y mantener la continuidad de la atención al paciente. Así mismo actúa como provisor directo de cuidados y vela por la calidad de vida y los derechos del paciente.

El programa establece tres niveles de coordinación: coordinación interna, dentro del propio equipo (reunión semanal), coordinación con otros profesionales del CSM y coordinación externa, con otros dispositivos del programa de rehabilitación u otras instituciones.

Dentro de las actividades del programa hay que contemplar la organización de grupos de apoyo, psicoeducación, trabajo con familiares.

En los programas de continuidad de cuidados es importante mantener actualizado un censo de población incluida en el programa, registro de actividad e intervenciones, propuesta de puesta en marcha de nuevas acciones que se estiman necesarias para el buen funcionamiento del programa. Es importante que se valore el trabajo de estos programas y se les dote de infraestructura y dotación adecuada de personal. En términos económicos, un buen desarrollo de los programas de continuidad de cuidados mejoran el funcionamiento psicosocial de los pacientes con discapacidad por la enfermedad mental, previene los ingresos hospitalarios reiterados y la institucionalización con los costes económicos que esto supone y sin duda mejora la calidad de vida de pacientes y familiares.

PROGRAMA INFANTOJUVENIL

La Salud Mental de la infancia y la adolescencia es una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención e intervención en todo el mundo. La OMS celebró el 10 de Octubre de 2003 el Día Mundial de la Salud Mental, dedicado a los niños y adolescentes, buscando concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de los trastornos emocionales y de conducta que puede presentar alrededor del 20% de la población mundial entre 0 y 17 años.

En el año 2000, el U.S. Department of Health and Social Services publicó conclusiones y recomendaciones sobre la Salud Mental infantil enfatizando la importancia de un desarrollo emocional y social sano en el que la familia juega un papel fundamental. [12]

En España, el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental. El nuevo modelo reconoce la Salud Mental Infanto Juvenil como una parte importante de los programas de carácter permanente integrados en el marco asistencial, y permite a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de estos programas según sus necesidades y prioridades. También la Ley General de Sanidad de1986, en su capítulo III "de la salud mental", Art. 20, apartado 1, confirma que "se consideran de modo especial aquellos problemas referidos a la psiquiatría infantil".

El objetivo inmediato y fundamental del programa es permitir al niño y al adolescente sacar el mayor partido posible de sus aptitudes individuales con miras al desarrollo psíquico y equilibrio emocional satisfactorio para él.

En el caso de Madrid el programa da cobertura a la población de 0-18 años. La entrada al programa es, como en el caso de adultos por derivación desde Atención Primaria.

En dicho programa se contemplan modos de intervención específicos orientados a favorecer las relaciones afectivas y socia-

les de niños y adolescentes, a recuperar su capacidad de desarrollo en caso de estar entorpecido y a actuar preventivamente en situaciones de riesgo.

La atención en Salud Mental de niños y adolescentes se caracteriza por la especial necesidad de conocimiento e interacción con diversos agentes del ámbito comunitario en el que el sujeto se desarrolla. Es fundamental favorecer el contacto y el trabajo coordinado con estos agentes. Es preciso mantener un marco organizativo en el que desarrollar esta labor.

Aunque sujeto a las posibilidades de cada equipo, es recomendable mantener una reunión mensual o cada dos meses con: Servicios Sociales, los Equipos de Orientación Escolar y Profesional (Hasta 12 años), Equipo de Atención Temprana (Hasta 6 años), orientadores de institutos (Mayores de 12 años), Escuela Abierta, Niños en situación de riesgo y Mesa de Recursos del área.

Continuidad de cuidados en el programa infantojuvenil

La situación del menor, dependiente de los adultos en lo referente a la demanda de atención y el mantenimiento del tratamiento, hace que sea especialmente importante la continuidad de cuidados en esta población, sobre todo en los casos con más problemática sociofamiliar. No hay una gran experiencia publicada en el planteamiento del programa de continuidad de cuidados infantojuvenil. La sobrecarga asistencial que representa en la actualidad la continuidad de cuidados en la población adulta hace difícil elaborar y desarrollar un programa de continuidad de cuidados específico para la población infantojuvenil. Es necesario sensibilizar a las autoridades competentes para que doten de recursos, sobre todo personal cualificado y comprometido para poner en marcha estos programas. El desarrollo del programa exige la actuación coordinada con otros servicios socio-comunitarios cuyo ámbito de acción es el mundo de la infancia y la adolescencia.

Fundamentos para la puesta en marcha de un programa de continuidad de cuidados infantojuvenil:

- OMS (1946): "El desarrollo saludable del niño es de fundamental importancia. La capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo".
- Ley General de Sanidad (Art. 20.1): …"Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la Psiquiatría Infantil y Psicogeriatría".
- Plan de Salud Mental de Madrid (2003-2008): "La atención a niños y adolescentes constituye una actividad básica de la atención de la Red Básica de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental: …Para ello hay que:
  - Potenciar la prevención y atención de los trastornos mentales de la población de niños y adolescentes.
  - Definir los criterios básicos para el desarrollo de esta atención.
  - Establecer coordinaciones entre los dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos.
  - Desarrollar una red integral, con equipos multidisciplinares, que provea la *continuidad de cuidados.*

Objetivos del Programa:

- *Objetivo general*: Favorecer, contribuir y garantizar la atención integral de los menores en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar para prevenir los factores que comprometan su desarrollo global.
- *Objetivos específicos:*
  Con el menor
  - Iniciar el tratamiento indicado: psicoterapia, acompañamiento terapéutico y/o psicofarmacológico.
  - Garantizar la continuidad del tratamiento.
  - Garantizar la intervención global con el menor, coordinando la actuación de los distintos sistemas en los que esté inmerso.

– Seguimiento de las necesidades cambiantes en la evolución del menor para dar respuestas consensuadas con el resto de recursos que intervienen en el proceso.

Con la familia

– Apoyar a las familias para afrontar la situación clínica del menor.
– Coordinar los dispositivos que necesite la familia para hacer frente a las necesidades.
– Establecer criterios de intervención conjunta con la familia y con los demás recursos.

Con las instituciones que intervienen en el proceso

– Dar apoyo y pautas de intervención a los recursos (educativos, sociales, etc.) en los que el menor esté inmerso.
– Crear programas de intervención conjunta para que las instituciones intervinientes puedan dar respuestas consensuadas y sin duplicar las actuaciones.

Perfil de acceso

Por parte del menor

– Trastornos Generalizados del Desarrollo (Espectro Autista)
– Trastornos de Personalidad
– Depresiones graves
– Crisis adolescentes con graves trastornos de conducta o conductas de riesgo (alcoholismo, toxicomanías, promiscuidad, anorexia, etc)
– Trastornos psicóticos (primeros episodios en adolescentes)
– Retrasos madurativos
– Casos con patología menos grave pero con familias muy desorganizadas.

Por parte de la familia

– Familias con cargas no compartidas en riesgo
– Padres con patología psiquiátrica
– Padres con problemas económicos o de integración graves
– Padres inmigrantes con dificultades de adaptación
– Padres desbordados o incapaces de asumir la crianza

Muchos de los casos correspondientes a estos epígrafes se pierden o no reciben la atención adecuada por no poder sostener el Centro de Salud mental un seguimiento continuado de su evolución.

Programa de Enfermería

Para los menores que necesitan medicación y no cumplen el tratamiento o que no quieren acudir al Centro de Salud Mental es preciso organizar un programa específico desde Enfermería que contemple tareas como el acompañamiento terapéutico, las visitas domiciliarias, etc.

Es imprescindible contar con personal suficiente y adecuadamente formado para asumir las actividades descritas, que debe contemplar, además de Facultativos, la inclusión de personal de Enfermería y Trabajo Social con una dedicación importante al Equipo Infanto-Juvenil.

PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA

La reducción de la natalidad en España y el incremento en la longevidad ha producido una inversión en la pirámide poblacional.

Los trastornos psiquiátricos en el anciano son frecuentes y afectan a lo largo de la vejez, en algún momento de la misma, a una proporción que oscila entre el 60 y el 90% de los casos. De todos los posibles cuadros psiquiátricos, el más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 75-80 años) es la depresión y la prevalencia se reparte entre depresión y demencia, en la segunda mitad, desde los 75-80 años.

En esta última etapa de la vida tienen más peso que en otras etapas los factores físicos y la disfunción cerebral, sobre todo en los cuadros que se inician en la tercera edad sin episodios previos. Podemos señalar las siguientes características a tener en cuenta en la atención del paciente anciano:

– Los factores estresantes repercuten más que en otras épocas de la vida y de manera más grave. Estos factores contribuyen a la presentación del cuadro y también a la recurrencia o la cronicidad del mismo. Existe una estrecha relación entre el grado de

incapacidad, las minusvalías o deficiencias y la sintomatología depresiva [13].
- Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo.
- Mayor tendencia a la cronicidad de las mismas.
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
- La aparición de enfermedad hace emerger o agrava problemas sociofamiliares.
- Mayor utilización de la Atención Primaria de Salud. Tienen mayor dificultad que los jóvenes y las personas maduras para identificar el sentimiento y la emoción de tristeza. El anciano manifiesta su depresión a través del cuerpo, con muchas somatizaciones, y frecuentes quejas corporales; y no se suele pedir ayuda al psiquiatra en primer lugar sino que se remite al médico general o a otras especialidades.
- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales.

Los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento, en el sistema nervioso y en todo el organismo del anciano modifican la fisiopatología de los trastornos, así como el manejo metabólico de los medicamentos utilizados en su tratamiento. La asociación con enfermedades somáticas determina limitaciones y si hay alteraciones cognitivas se complica aún más el abordaje.

La atención integral al paciente anciano exige una valoración y tratamiento médico, funcional, psicológico y sociofamiliar. La coordinación entre los distintos niveles de asistencia y el seguimiento del paciente institucionalizado es fundamental para ofrecer un plan tratamiento que se ajuste a las necesidades del paciente en función del proceso patológico que padece.

Es importante trabajar con el paciente anciano y su entorno para mantener en la medida de lo posible su autonomía y el mejor nivel funcional posible. En el anciano es especialmente importante cuidar la continuidad de cuidados. Para ello se precisa:
- Evaluación individualizada e integral del paciente anciano que presenta pérdida de su independencia fisica o social a causa de su enfermedad psíquica o pluripatología en el que el componente psíquico es importante.
- La movilización de todos los recursos para preservar la autonomía del paciente, optimizar el nivel funcional y evitar un mayor grado de incapacidad.
- Detectar y trabajar con los factores psíquicos y/o sociales que condicionan una evolución negativa de la enfermedad.
- Coordinar el necesario trabajo multidimensional e interdisciplinar. La interacción con equipos de enfermería y rehabilitación, trabajadores sociales, equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales comunitarios es fundamental y exige la correspondiente práctica y conocimientos.
- El deterioro cognitivo, la demencia, la depresión, la ansiedad, el insomnio y el manejo de psicofármacos son situaciones especialmente frecuentes en el anciano. Valorar estos factores en cada paciente y ayudar al paciente, cuidadores y familia a identificar problemas y manejarlo, incide directamente en una mejor evolución clínica[14].

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

Los esfuerzos por mejorar permanentemente la calidad de los profesionales y técnicos que conforman los equipos de salud mental requieren incluir en la programación de la actividad asistencial el tiempo para reuniones clínicas y bibliográficas semanales y la asistencia regular a actividades formativas intermitentes (congresos, talleres, seminarios) y continuas (programas de formación en sub-especialidades).

Los profesionales y técnicos que conforman los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, por la responsabilidad, compromiso requerido y las exigencias particulares del desempeño de sus funciones

son merecedores de incentivos económicos y que se cuiden las condiciones laborales en cuanto a estabilidad funcionaria, equipamiento de lugares de trabajo, medios diagnósticos y terapéuticos actualizados, y desarrollo personal y profesional. No olvidemos que la clave del funcionamiento del sistema de atención en Salud Mental son los profesionales, no cuidarlos supone un empobrecimiento paulatino de la atención.

RESUMEN

Todos y cada uno de los dispositivos de atención en Salud Mental tienen la responsabilidad de articular una adecuada coordinación de la atención con el resto de dispositivos de la red para garantizar la continuidad de cuidados en el tratamiento del paciente pero el eje vertebrador de la atención que recibe cada individuo depende en la mayoría de los casos del Centro de Salud Mental.

La planificación y programación de las prestaciones en los servicios de salud mental deberían definirse de acuerdo al diagnóstico comunitario y a la evaluación de los principales problemas de salud de la población asignada.

La perspectiva comunitaria supone la necesidad de crear redes complejas formales e informales, que garanticen la continuidad de cuidados, elemento clave en la atención comunitaria. Supone la necesidad de una programación flexible y pertinente, los pacientes cambian en los largos procesos que suponen con frecuencia los trastornos mentales, mientras los proyectos terapéuticos se mantienen, muchas veces, inmutables; los procesos cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido[8].

El trabajo en los Centros de Salud Mental comprenderá actividades dirigidas a la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria (rehabilitación) de las personas afectadas por enfermedades mentales.

No deben descuidarse los aspectos relacionados con la formación y la investigación.

El trabajo por programas favorece la evaluación de procesos y resultados y es un instrumento que favorece el funcionamiento sinérgico de los dispositivos que participan en cada uno de ellos. Permite una mayor flexibilidad en el uso de recursos. El programa de Continuidad de cuidados es un programa que recorre los demás con objeto de garantizar el mejor uso posible de los servicios disponibles para la atención del paciente con Trastorno Mental Grave mediante un plan individualizado de atención. Los programas de atención a la población infantojuvenil y al anciano son necesarios dada la mayor vulnerabilidad en estas etapas vitales.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Levav, I. Temas de Salud Mental en la Comunidad. Publicación de la OPS-OMS. Washington DC: OPS-OMS; 1992. Libro dirigido a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y a la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones. El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara en base a un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades (AU).

Desviat, M. “Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica”. Rev GPU 2007; 3; 1:84, 68-96). Publicación que hace una reflexión acerca de la vigencia y las tendencias futuras del

modelo comunitario. Recuerda "el donde y el como" que determinaron el origen y el desarrollo de la Salud Mental comunitaria. Propone una reflexión y debate actual acerca del modelo de atención en Salud Mental. El debate está entre un modelo positivista médico frente a un modelo orientado por la Salud Pública.

Hernández Monsalve M. "La psiquiatría comunitaria, publicado como capítulo del libro: *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Ed. Glosa. Barcelona 2004; pag 585-602. Describe el inicio de la reforma en España y las etapas de la Psiquiatría Comunitaria en nuestro país. Hace una reflexión acerca de los resultados globales de la reforma y los cambios que ha habido en la red de servicios.

BIBLIOGRAFIA

(1) Informe de la Comisión Mnisterial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985).
(2) Ley 25-4-1986 Ley General de Sanidad. BOE 29-4 1986. Num 102.
(3) Sánchez Monge JM. El País. Tribuna. 2 mayo de 2011.
(4) García J Análisis de la Reforma y la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España. Accesible: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm
(5) Goffman E, Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Doubleday & company New York. 1961.
(6) Castel F, Castel R: La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo Norteamericano. Editorial Anagrama 1980. Barcelona.
(7) Levav, I. Temas de Salud Mental en la Comunidad. Publicación de la OPS-OMS. Washington DC: OPS-OMS; 1992 (Serie Paltex).
(8) Desviat, M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. Rev GPU 2007; 3; 1: 84, 68-96.
(9) Leon Gonzalez, M. La atención comunitaria en Salud Mental. Rev Cubana Med Gen Integr 2002 (5). Trabajos de Revisión.
(10) Hernández Monsalve M. La psiquiatría comunitaria. Publicado como capítulo del libro: Asociaciación Mundial de Psiquiatría. Imágenes de la Psiquiatría Española. Barcelona: Glosa; 2004. pp 585-602.
(11) Servicio de Salud Mental. Comunidad de Madrid. Plan de acciones en Salud Mental 1989-1991. Madrid: Consejería de Salud.Comunidad de Madrid; 1989.
(12) Servicio de Salud Mental. Comunidad de Madrid. Programas de los Servicios de Salud Mental. Madrid: Consejería de Salud. Comunidad de Madrid; 1989.
(13) Programa de Atención a la salud mental infanto-juvenil de la comunidad de Canarias. Gobierno de Canarias, 2006.
(14) De la Serna de Pedro, I. Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona: Ed. Masson; 2000.

4.4. La toma a cargo del paciente en atención primaria y salud mental: ¿coordinación o integración?

Ander Retolaza

LOS PRINCIPIOS GUÍA

La OMS propone que todas las políticas de salud mental (SM) estén basadas en cuatro principios básicos: Acceso, Equidad, Efectividad y Eficiencia[1]. A los anteriores podríamos añadir un quinto principio que, en los últimos años, viene adquiriendo carta de naturaleza en una gran parte de países y organizaciones sanitarias. Se trata de la *atención centrada en el paciente*[2], que implica la capacidad de responder a las necesidades y preferencias de los usuarios, en todo aquello que sea posible, a fin de mejorar su satisfacción con la provisión de cuidados. Lo anterior incluye aspectos novedosos como la recomendación de tener en cuenta la opinión de los pacientes en la organización de los servicios[2]. Este tipo de cuestiones resultan de especial relevancia tanto en el ámbito de la atención primaria como en de la salud mental de hoy en día. Ya la Declaración de Alma Ata insistió en que una atención primaria bien formulada debía de ser socialmente aceptable y proporcionar unos cuidados adecuados a través de la participación de los usuarios y sus familias. Describiremos, brevemente, cada uno de estos principios.

Acceso: El servicio debe estar en disponibilidad de atender las necesidades existentes en la comunidad. El derecho a tratamiento exige que los servicios estén disponibles para los usuarios en lo que se refiere a distancia a los mismos, los horarios de apertura y, de una manera especial, al coste económico que le supongan al ciudadano. Los sistemas de copago, por ejemplo, suelen suponer barreras indiscriminadas al acceso de los servicios. El estudio del primer filtro de Goldberg[3], relacionado con la decisión de consultar y las vías de acceso a los servicios, viene mostrando que, en muchos lugares, existen barreras para llegar a obtener una atención efectiva derivadas del estigma asociado a los trastornos mentales, de la falta de información en algunos sectores de población y de una insuficiente sensibilidad por parte de algunos médicos de cabecera para detectar trastornos. Los pacientes que no pasan el primer filtro no consiguen que les sean dispensados los servicios que requieren. Por el contrario, especialmente en los países desarrollados, existe una significativa proporción de usuarios que accede a los servicios especializados sin padecer un trastorno claramente diagnosticable[4].

Equidad: todas las personas con trastorno mental, independientemente de su condición, deben de tener igualdad de oportunidades para acceder a los servicios que precisen. Existe una equidad horizontal que determina que a igualdad de problema o trastorno, las personas deben de recibir iguales servicios asistenciales. También se describe una equidad vertical que predica que los casos más graves deben de recibir una atención más intensiva que los más leves. Actualmente existen diversas fuentes de inequidad en nuestras organizaciones de salud mental. Algunas provienen de la importante variabilidad clínica y de las diferencias en la habilidad de los profesionales a la hora de diagnosticar y tratar los trastornos mentales. Otras dependen de la diferente oferta en la provisión de servicios entre diferentes lugares y centros. Finalmente las dificultades de financiación, y la relativa marginación de la salud mental respecto a otras especialidades médicas, implican una insuficiente o desigual asignación de recursos[4].

Efectividad: Los tratamientos deben ser resolutivos en las condiciones clínicas habituales presentes en los servicios y deben de estar disponibles allí donde sean necesarios. Los servicios de salud mental deben llevar acabo las funciones para las que han sido creados, que no son otras que las de mejorar el estado de salud de la población a su cargo. En la actualidad el abordaje de los trastornos comunes y/o menores puede suponer muchas veces la provisión de tratamientos ineficaces o de una efectividad desconocida, como ocurre con algunas terapias psicológicas. Por otro lado puede ocurrir que tratamientos eficaces sean proporcionados de manera inefectiva, como es el caso cuando se produce un uso inapropiado de medicaciones. Necesitamos verificar la efectividad de las prácticas asistenciales que se desarrollan en nuestros servicios y salvar la distancia existente entre aquello que hacemos o dejamos de hacer y las prácticas que han demostrado ser resolutivas[4].

Eficiencia: Los recursos del sistema sanitario son limitados y deben organizarse de aquella manera que logre maximizar su rendimiento y, con él, el nivel de salud de la sociedad. En el ámbito de los trastornos menores, esto implica que una gran parte de las prestaciones deberá ser realizada desde servicios no especializados, particularmente en el ámbito de la atención primaria (AP)[4].

A los anteriores principios algunos autores añaden otros que los complementan, tal y como se detalla en la tabla siguiente.

Principio	Niveles de evaluación		
	Paciente	Local	Estatal
1. Autonomía	X		
2. Continuidad	X	X	
3. Efectividad	X	X	
4. Accesibilidad		X	
5. Comprensividad		X	
6. Equidad		X	X
7. Responsabilidad		X	X
8. Coordinación		X	X
9. Eficiencia		X	X

Principios de los servicios comunitarios de salud mental. Relación con los niveles geográficos del modelo matricial (Thornicroft y Tansella, 1999)[5]

Se observará que algunos de estos principios forman parte de un nivel personal e individualizado por lo que, más que característicos de un servicio, sirven para evaluar lo que se hace en el mismo a fin de garantizar y promover la autonomía de los usuarios, que es una parte fundamental de la atención centrada en el paciente. También se evidencia que algunos de ellos deben ser evaluados en diversos niveles de responsabilidad en la atención. Aunque la mayoría de estos principios no precisan ser explicados, detallaremos las nociones fundamentales contenidas en cada uno de ellos a fin de establecer su alcance.

Autonomía, Continuidad y Efectividad se refieren a la capacidad del paciente para tomar decisiones y elegir por sí mismo. Continuidad y efectividad hacen énfasis en la atención ininterrumpida y coherente a la que el usuario tiene derecho, la cual viene a relacionarse con una buena coordinación y

puesta en práctica de las prestaciones que se deban realizar en los diferentes servicios de la red. *Accesibilidad, Comprensividad y Equidad* son entendidas como un tipo de características de los servicios mediante las que los usuarios y sus cuidadores pueden ser atendidos donde y cuando lo precisen. Sirven para describir las barreras a la atención o las carencias de la misma, en el caso de que ésta no cubra todas las áreas necesarias. La comprensividad define la facultad de abarcar el conjunto de áreas de necesidad de los pacientes, tanto las psiquiátricas, como las médico-generales o las socio-familiares. La accesibilidad, ya comentada más arriba, puede estar limitada o, por el contrario, ser excesiva. Si la accesibilidad es demasiado alta, de forma que los servicios especializados y más costosos atienden a una gran proporción de trastornos leves, lo que disminuye es la eficiencia. De ello se deduce que la accesibilidad no puede carecer de límites. Finalmente, *Responsabilidad, Coordinación y Eficiencia* hacen referencia a la manera de tomar a cargo los casos. Por ejemplo, el tipo de responsabilidad que se debe de ejercer en un servicio basado en la comunidad es más amplio que el que se suele desarrollar en un hospital tradicional, ya que debe incluir a aquellos pacientes que podrían requerir tratamiento, aunque de momento no estén en el servicio. La responsabilidad, clásicamente centrada en un grupo definido de pacientes ingresados o tomados a cargo, pasa a ser ejercida sobre un grupo poblacional. Por otro lado esta responsabilidad no se ejerce sólo en relación con el paciente sino también con su familia y con el resto de la comunidad. La coordinación está en relación con un plan coherente de tratamiento para cada paciente individual y tiene una perspectiva *trasversal*, que remite a la comunicación entre servicios durante un episodio determinado y otra *longitudinal*, que supone una continuidad de cuidados durante el tiempo que dure el trastorno del paciente. La eficiencia, ya explicada más arriba, es una característica del servicio consistente en minimizar los recursos necesarios para alcanzar un resultado adecuado, o bien, maximizar los resultados a partir de un determinado nivel de recursos.

Estos principios son, por lo tanto, los que nos marcan los objetivos últimos de nuestro trabajo y nos proporcionan un marco general para organizar nuestro quehacer y estimar el mejor lugar donde llevarlo a cabo. Obviamente las relaciones entre estos diferentes objetivos son complejas. Su adecuado cumplimiento requiere, como hemos señalado, un planteamiento de base poblacional, esto es, dirigido a la población general a cargo de un servicio y más allá de un planteamiento exclusivamente centrado el paciente concreto, aunque, como también hemos dicho, debe incluir a éste a la hora de implementar cada tratamiento. En cuanto a la financiación, el pago capitativo es una modalidad de pago basada en la responsabilidad de un servicio sobre una población definida (el sector asistencial) y se ha demostrado como el sistema más eficiente para alcanzar los objetivos señalados, muy por encima del pago por servicio o actividad desarrollada. Pero por desgracia, y aunque es el más recomendado por muchos economistas de la salud, aún no está suficientemente implantado en nuestro país.

La distinción entre trastornos mentales menores y mayores es congruente con la significación clínica de aquello que se observa en las consultas asistenciales. Los síntomas y grado de deterioro, así como los motivos de consulta asociados a los diferentes casos, apoyan claramente esta distinción. Es sabido que muchos trastornos psiquiátricos serios no alcanzan el nivel especializado de atención y, sin embargo, un buen número de trastornos de intensidad menor ocupan gran parte del trabajo de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental en todo el mundo. El principio de equidad nos informa de que el acceso a los servicios sanitarios debe cumplir criterios de justicia distributiva en el sentido de proporcionar a cada paciente el grado y tipo

LAS INTERVENCIONES

Tipo	Descripción	Ejemplos	Cuidados
1	Trastornos Mentales graves, poco probable remisión espontánea, asociados a gran discapacidad	Esquizofrenia Trastorno Bipolar Trastornos Orgánicos	Implica a AP y SM
2	Trastornos bien diferenciados asociados a discapacidad variable, existen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos efectivos, pueden remitir, pero la recaída es frecuente	Depresión, Depresión ansiosa, Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo-Compulsivo	Pueden manejarse en AP
2	Trastornos en los que la farmacoterapia tiene efectos limitados, pero existen psicoterapias efectivas	Fobias, Somatizaciones, Trastornos Alimentarios	Raramente tratados en AP, solo una parte son tratados en servicios de SM
4	Trastornos que tienden a la resolución espontánea	Duelo Trastorno Adaptativo	Apoyo y soporte mejor que cuidados especializados

Tipología de los Tastornos Mentales en Atención Primaria y Salud Mental
(Adaptado de Bower y Gilbody, 2005)[6]

de atención requerido por su padecimiento. Lo anterior implica que debe haber una proporcionalidad entre los servicios a proveer y la gravedad del padecimiento de los pacientes, independientemente de su raza, credo o condición económica. Dada la gran cantidad de personas y los muy diferentes niveles de trastorno (incluída la ausencia del mismo) que demandan atención en un servicio público de salud, debemos tratar de organizar la asistencia de una manera que responda a criterios de proporción y buena práctica clínica. El concurso de la atención primaria de salud resulta imprescindible en esta tarea. Muchos usuarios sólo necesitan asesoría, consejo o apoyo y otros requieren tratamiento por muy breve plazo de tiempo. La cualidad y cantidad de este tratamiento también puede ser muy variable, desde una cierta dosis de fármaco durante unas semanas a tratamientos más complejos que incluyen diversas formas de psicoterapia, sin olvidar los casos de recurrencia o cronicidad de síntomas.

Ya en 1982 David Goldberg propuso una clasificación empírica sobre el concepto de *caso psiquiátrico* que puede servir de apoyo a los efectos de organizar la asistencia a la salud mental, tanto en la atención primaria como en la especializada. De una manera similar Ormel y Manley (2010)[8] han desarrollado una clasificación pronóstica que tiene una utilidad parecida a la anterior. La mayoría de las categorías diagnósticas que manejamos para los trastornos mentales comunes aportan poca o nula información sobre el pronóstico, cuando éste resulta esencial para especificar las actividades a desarrollar con un paciente determinado. Por ello estos autores recomiendan registrarlo mediante algún tipo de especificador independiente. El pronóstico cumple tres

Intervención *específica y especializada:*
-Trastornos Mayores (Esquizofrenia, Depresión psicótica)
Intervención *específica:*
-Trastornos Ansiosos, Depresivos,…
Intervención *inespecífica:*
-Síntomas subsindrómicos y leves
-Síntomas transitorios
-Síntomas que no preocupan al paciente: no hay demanda
-Síntomas no modificables

¿Qué tipo de intervención es necesaria? Goldberg, 1982[7]

funciones en la atención a los pacientes: guía las decisiones terapéuticas, proporciona normas que permiten controlar la evolución y reduce la incertidumbre respecto a qué aguardar El pronóstico es aún más importante en la atención primaria que en la especializada debido a las limitaciones de tiempo y a que en este nivel asistencial deben tomarse decisiones sobre su posible derivación. El pronóstico permite decidir si es mejor adoptar una conducta expectante, realizar una intervención mínima (como proporcionar material psicoeducativo o de autoayuda), una moderada (como algunas formas de terapia cognitivo-conductual administradas por teléfono o vía Internet, tal y como se hace ya en algunos países), o bien, una más intensiva (como una psicoterapia breve). Una clasificación pronóstica resulta aceptable si se cumplen dos condiciones. La primera es que la evolución del trastorno sea, de alguna manera, predecible a partir de la información con la que cuenta el clínico y la segunda es que el médico general promedio pueda estimar con fiabilidad la posible evolución de un determinado tipo de casos. Se han investigado ambas cuestiones observándose que la evolución predicha, basada en la información conocida por el médico, en lo referente a los antecedentes personales y familiares de un paciente, se correlacionaba bastante bien con la evolución real observada al cabo de un año.

Para ser útil desde una perspectiva clínica el pronóstico debe ser capaz de discriminar entre: 1) problemas cuya evolución se autolimita a unos meses, por ejemplo, entre tres y doce meses, aunque el tratamiento pueda acelerar la recuperación; 2) problemas persistentes, crónicos o recurrentes y 3) problemas incurables y de larga data. Una clasificación basada en el pronóstico debe ser simple, capaz de vincular diagnóstico y tratamiento, de reflejar el proceso real que seguirá un determinado paciente y de considerar de forma explícita los casos crónicos y recurrentes difíciles de tratar. Un ejemplo de clasificación pronóstica, útil para el tratamiento, podría ser el siguiente:

- Trastornos menores que requieren reconocimiento y sostén con aporte de consejo y esperanza
- Trastornos emocionales que requieren intervenciones específicas
- Trastornos de larga evolución que requieren apoyo social e intervenciones sociales:
  - Asociados a desventaja social
  - Vulnerabilidad personal
  - Resistencia a tratamiento

Clasificación Pronóstica (Ormel y Manley, 2010)[8]

Una intervención de tipo gradual y escalonado basada en el pronóstico podría dar lugar a una secuencia de intervenciones como las siguientes[9]:

– Conducta expectante: vigilar y esperar
– Intervención mínima: psicoeducación, autoayuda…
– Intervención moderada: apoyo, medicación por tiempo limitado,…
– Intervención intensiva: medicación y consultas de seguimiento, psicoterapia breve,…

Por lo menos los tres primeros niveles de esta intervención pueden ser realizados (y muchas veces efectivamente lo son) en contextos de atención primaria. Desde una perspectiva general hay diversos tipos de intervenciones sobre los trastornos mentales comunes que pueden ser desarrollados por médicos y enfermeras del primer nivel asistencial. Tratando de sumarizar las competencias básicas de los equipo de atención primaria y de salud mental en lo que respecta al abordaje de los trastornos mentales comunes, podemos formular el siguiente esquema básico:

Funciones del Equipo de AP:

– Detección y criba
– Evaluación y asesoría de códigos Z
– Vigilancia y seguimiento preventivo de casos de riesgo
– Formulación de casos desde una perspectiva bio-psico-social
– Realizar una primera indicación de no intervención
– Apoyo y asesoría a pacientes
– Apoyo a familiares (sobrecarga del cuidador)
– Seguimiento de casos leves con supervisión especializada

Funciones del Equipo de SM:

– Apoyo y asesoría a equipos de AP
– Interconsulta
– Suministrar formación en AP
– Supervisión de seguimientos
  – Seguimiento específico de casos complicados

Para poder realizar convenientemente estas tareas debe estar garantizado que se dispone de un buen modelo de coordinación y/o integración entre servicios, el cual debe responder a las siguientes características[10]:

- Evaluación psiquiátrica accesible en atención primaria
- Cribaje de casos activo en atención primaria
- Uso habitual de intervenciones de efectividad demostrada (farmacoterapia, psicoterapia, trabajo psicosocial)
- Buena coordinación e integración entre servicios médico generales y de salud mental
- Disponer de un sistema de gestión de casos para pacientes crónicos
- Disponer de apoyo para identificar y atender a pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica.

Es importante no pasar por alto, como ya hemos señalado más arriba, que la accesibilidad de un sistema público de salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria, dado su papel de criba y puerta de entrada al sistema, hace inevitable que se acerquen al mismo muchos usuarios que no presentan una patología establecida. En el ámbito de los trastornos mentales comunes esta realidad se ha hecho palmaria en los últimos años en la mayoría de los países desarrollados. El despliegue de habilidades para atender y reorientar este tipo de demandas resulta, por la misma razón, imprescindible. En este sentido todas las técnicas que puedan ayudar a formular de manera adecuada una indicación de no intervención comienzan a resultar claves para la sostenibilidad del sistema. En otro orden de cosas hay que hablar de la comorbilidad.

En el ámbito comunitario, especialmente en el caso de la atención primaria, lo más habitual es que los trastornos mentales más comunes y frecuentes aparezcan asociados a enfermedades médicas, algunas muy habituales, que suponen algún tipo de amenaza o pérdida para las personas. También hay que considerar la presencia de factores psicosociales relacionados con dificultades o conflictiva de orden familiar, social o laboral y sus formas de afrontamiento. Como ya hemos visto más arriba un simple diagnóstico clínico, centrado en las categorías que actualmente manejamos mediante el DSM-IV o la CIE-10, no es capaz de dar cuenta de la complejidad de estas situaciones, ni de orientar un pronóstico y manejo adecuados.

En consecuencia se necesita otro tipo de esquema para ordenar la información que integre todos estos aspectos junto con el diagnóstico sintomático. Lo que necesitamos es disponer de una formulación útil para elaborar un plan terapéutico adaptado al contexto en el que se va a desarrollar. Esta tarea se viene entendiendo como *Formulación de casos* y es el resultado de una serie de pasos que, incluyendo toda la información disponible en el orden bio-psico-social, produce como resultado la elaboración de un plan de tratamiento. La formulación, a diferencia del diagnóstico, permite organizar la información clínica en el contexto de la experiencia única de un sujeto concreto.[11]

A través de una entrevista debidamente estructurada se puede llegar a reconocer no sólo el síntoma como expresión de enfermedad, sino también como emergente de una situación física emocional y social. Por otra parte, la recogida de datos no tendría sentido sino fuera seguida de un diagnóstico global, que tenga en cuenta tanto aspectos biomédicos como psicosociales y, a partir de ellos, establezca un plan terapéutico[12]. Mientras la historia clínica descriptiva busca la objetividad, la formulación consiste en una opinión clínica que jerarquiza y ordena los diferentes aspectos presentes en un caso. Es en esencia un proceso analítico. Formular un caso con claridad y precisión constituye una parte imprescindible de la valoración psiquiátrica.

Suele ser conveniente el uso de instrumentos de ayuda para el diagnóstico y cribado de casos en atención primaria, aunque en la práctica real poco utilizado debido a la falta de tiempo y a hábitos muy arraigados. También se hace necesario disponer de supervisión y apoyo suficientes desde atención especializada. Algunas de estas tareas requieren una reorganización de servicios, a veces importante, allí donde sea necesario.

Describiremos ahora algunos elementos de interés para un adecuado planteamiento de las intervenciones en cualquier tipo de servicio. Lo fundamental es que la intervención esté planteada desde la perspectiva del paciente y orientada hacia él. A la hora de seleccionar las intervenciones, se trata de optar por las más *efectivas* y no por las más *eficaces*. Esto se debe a que deben tener preferencia aquellas intervenciones cuya implementación sea factible en las condiciones reales en las que van ser llevadas a cabo. Hay que insistir en que la supuesta eficacia, entendida ésta como cambio *resolutivo* o de *relevancia clínica*, de algunos tratamientos (cuya evidencia procede las más de las veces de ensayos clínicos realizados en condiciones ideales) no resuelve muchas veces el problema que tenemos delante. También se debe presentar una actitud abierta para retirar una intervención. La que se viene denominando como *indicación de no intervención*, y cuyas características hemos descrito en otro lugar, está inspirada en estos principios.

El resultado de toda intervención, además de su perspectiva clínica, debe ser evaluado también en el nivel del paciente y, en la medida de lo posible, por el propio paciente, además del clínico que lo trata. A día de hoy es obligado que una intervención, además de lograr alguna mejoría sintomática, tenga en cuenta, a la hora de evaluar sus resultados, el punto de vista del paciente y sus allegados así como diversos as-

1. Seleccionar las intervenciones clínicas más efectivas
2. Considerar al paciente como un colaborador en su tratamiento
3. Pensar en la familia y el entorno psicosocial como recursos a utilizar
4. Reconocer el conjunto de necesidades del paciente
5. Optar por un planteamiento longitudinal vs uno transversal
6. Actitud abierta tanto para ofrecer como para retirar intervenciones

Elementos clave para la prestación de intervenciones clínicas efectivas en el nivel del paciente (Thornicroft y Tansella, 1999)[5]

1. Gravedad de los síntomas al final del proceso (grado de resolución clínica)
2. Repercusión de los cuidados prestados en la vida del paciente
3. Satisfacción del paciente con los servicios
4. Calidad de vida
5. Discapacidad
6. Necesidades satisfechas y no satisfechas relacionadas con su trastorno

Areas de resultado más importantes en el nivel del paciente (Thornicroft y Tansella, 1999)[5]

pectos relacionados con su calidad de vida después y durante la intervención.

El plan de tratamiento ideal es aquel que recoge, por un lado, la mejor evidencia disponible en el momento sobre eficacia y efectividad de las diferentes intervenciones posibles y, por otro, está atento a la situación concreta del paciente, sin olvidar las preferencias de éste, ni obviar las estrategias centradas en alternativas de manejo emocional o social de los problemas presentes. Tanto el terapeuta (sea éste médico de familia, psiquiatra o psicólogo) como el paciente deben estar implicados en el desarrollo del plan terapéutico. Hay que tener en cuenta, por un lado, la naturaleza del problema y, por otro, la demanda o los deseos del paciente. Aunque es necesario reconocer que, en ocasiones, estos factores pueden generar algunas contradicciones y presentar dificultades de manejo. Pero, si realiza este trabajo adecuadamente, al menos el responsable clínico tendrá más clara la procedencia de las posibles disfunciones en el plan de trabajo y qué posibilidades tiene de abordarlas[9].

Hay algunas características de la atención primaria que la hacen idónea para el abordaje de los trastornos mentales comunes. Se trata del lugar de primer contacto de la mayoría de pacientes con el sistema sanitario, así mismo garantiza una continuidad e integralidad de la atención a todos ellos y, por su propia idiosincrasia, precisa de una coordinación con el resto de niveles asistenciales. Estas características determinan su importancia para el conjunto del sistema sanitario y, también, para la atención a la salud mental. Este carácter de puerta de entrada al sistema y de accesibilidad, propio de la atención primaria, resulta esencial para su función de filtro. Muchos de los problemas que en un sistema especializado se consideran impropios de ser tratados, tienen sentido dentro del primer escalón asistencial. La tarea de criba propia de la atención primaria hace habitual que en ese nivel de atención sean vistas personas que no padecen de enfermedad, pero que consultan sus dudas y preocupaciones con enfermeras y médicos de familia. Es fundamental realizar con ellas funciones de filtro, asesoría, prevención y educación para la

salud que encuentran en la relación habitual con un médico o una enfermera del nivel primario su lugar más natural[9].

En muchos casos para el psiquiatra, el psicólogo y otros componentes del equipo de salud mental, hoy en día, al menos en nuestro país, resulta difícil aceptar que muchos pacientes no se benefician de ser tratados en el nivel especializado y asumir que está más indicada para ellos, como especialistas, una tarea de supervisión y de apoyo indirecto a actividades que otras personas, como médicos de familia y enfermeras (especialmente de AP) deben realizar en lugares distintos que los Centros de Salud Mental. Resulta paradójico observar cómo a la queja generalizada de los profesionales de la salud mental por la importante presencia en nuestros servicios de trastornos leves o dudosos, se asocia una siempre presente dificultad para dar altas o asumir en lo cotidiano estas formas de trabajo indirecto. En la psiquiatría pública del siglo XXI, donde junto a pacientes muy graves, es obligatorio atender y ver a personas con trastorno menor, ésta es una exigencia la que es imprescindible responder si queremos tener una asistencia ordenada y adecuadamente estructurada.

Por otro lado hay una situación típica de la clínica que no debemos olvidar. La mayor parte de los pacientes que son tratados en atención primaria y en centros de salud mental (por no hablar de la atención en hospitales generales) presentan un elevado grado de comorbilidad, donde las entidades médicas y las psiquiátricas, entre otras, se entremezclan y condicionan mutuamente. Las patologías médicas de carácter crónico o invalidante presentan una alta prevalencia de depresión mayor y trastornos de ansiedad asociados. Esto es especialmente frecuente en los casos de enfermedad coronaria, diabetes y enfermedades neurológicas, todas ellas de gran prevalencia[13]. No pocos autores se han preocupado de resaltar las novedosas características de la organización asistencial que requiere un adecuado abordaje de estos pacientes complejos, por otra parte cada vez más frecuentes, tal y como podemos observar en el siguiente cuadro:

Modelo de los 4 cuadrantes
(Adaptado de Wulsin, 2006[10]; Collins, 2010[14]; Mauer, 2010[15])

Alto ↑ Salud Mental Necesidades/Riesgo ↓ Bajo	Cuadrante II SM SF Ejemplo: paciente con trastorno bipolar y HTA *Atendido en SM y AP*	Cuadrante IV SM SF Ejemplo: paciente con esquizofrenia y artritis reumatoide *Atendido en SM, AP* *y otras especialidades*
	Cuadrante I SM SF Ejemplo: paciente con depresión leve-moderada y diabetes 2 *Atendido en AP*	Cuadrante III SM SF Ejemplo: paciente con ansiedad leve-moderada y diabetes 1 mal controlada *Atendido en AP* *y otras especialidades*

Bajo ← *Salud Física* → *Alto*
Necesidades/Riesgo

RESUMEN

La primera responsabilidad de los profesionales de salud mental para un adecuada toma a cargo de los pacientes con trastorno mental común es la de contribuir a organizar un buen nivel de atención plenamente integrado en los servicios de atención primaria de su territorio.

Pero la atención primaria o la especializada no cubren el catálogo de intervenciones posibles y/o indicadas. Las necesidades de algunos pacientes o demandantes de ayuda se sitúan claramente fuera del sistema sanitario y, no obstante, deben ser convenientemente establecidas, ordenadas y redirigidas desde éste. El carácter de servicio público que tienen tanto los centros de atención primaria como los de salud mental comunitarios implica que este tipo de asesoría e información debe ser ejercida, también, desde ellos. Muchos usuarios deben ser reorientados a servicios sociales, jurídicos o de otro tipo que son los que realmente podrán hacerse cargo de su demanda o de algunas de las consecuencias asociadas a la misma. Otras veces el entorno social inmediato es el idóneo para ser utilizado como elemento terapéutico en el abordaje de algunos casos mediante técnicas psicosociales. El equipo de salud mental debe de tener suficiente sensibilidad sobre estos extremos a fin de poder ejercer su trabajo de una forma efectiva y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Ormel J, Manley MJ: Hacia una clasificación simple de los trastornos emocionales para la atención primaria. Un enfoque integrador. En Goldberg, Kendler, Sirovatka, Regier (Eds.) Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder.. Trad. Esp. Ed. Panamericana. Madrid. 2010. En el contexto de un libro surgido de una serie de conferencias patrocinadas por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en USA y destinado a preparar diversos temas enfocados a la quinta revisión del DSM, el capítulo señalado hace énfasis en la necesidad de una clasificación sencilla, pragmática y orientada a la integración asistencial.

Retolaza A. (Ed.) Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación. Asoc. Esp. de Neuropsiq. Estudios. 2009. Texto de revisión y actualización. Los dos primeros capítulos se centran en la epidemiología de los trastornos mentales más frecuentes, con especial énfasis en la atención primaria, así como en la organización asistencial y sus retos. El resto de capítulos repasan métodos de cribado, problemas diagnósticos e intervenciones terapéuticas, así como las posibilidades y limitaciones de la prevención. Hay dos interesantes capítulos destinados a proponer un método de formulación de casos y técnicas de no intervención, discutiendo sus indicaciones.

Goldberg D, Gask L, Morris R: Psychiatry in Medical Practice (Third Edition). Routledge. London. 2008. Se trata de un clásico libro de texto dirigido a profesionales del primer nivel asistencial. Muy centrado en la aproximación clínica a los pacientes, dedica la primera parte a las técnicas de entrevista diagnóstica y valoración de riesgos. Tiene un importante capítulo dedicado a la formulación de casos en la línea de lo que hemos planteado más arriba. En la segunda parte los autores proponen una clasificación de los trastornos en dos categorías novedosas: *internalizadores* (espectro ansioso-depresivo) y *externalizadores* (conductas anómalas de enfermedad y uso de sustancias).

BIBLIOGRAFÍA

(1) World Health Organization. Atlas-Mental Health Resources in the World 2001. Ginebra: WHO, 2001.
(2) Griffiths KM, Christensen H. Depression in primary health care: from evidence to policy. The Medical journal of Australia 2008 Apr;188(8 Suppl):S81-S83.
(3) Goldberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community. The Pathway to Psichiatric Care. London: Tavistock; 1980. Trad. Esp.: Enfermedad Mental en la Comunidad. Madrid: Nieva; 1990.
(4) Gilbody S, Bower P: Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria: Objetivos políticos y base de evidencia. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E; Thornicroft G: Salud Mental en Europa: Políticas y Práctica. Líneas Futuras en Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. Cap. 9. 235-255.

(5) Thornicroft G, Tansella M: The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge UP, 1999. Trad. Esp.: La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Triacastela; 2005.
(6) Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ 2005 Apr 9;330:839-42.
(7) Goldberg D.: The Concept of a Psychiatric "Case" in General Practice. Soc. Psychiatry, 1982, 17: 61-65.
(8) Ormel J, Manley MJ: Hacia una clasificación simple de los trastornos emocionales para la atención primaria. Un enfoque integrador. En Goldberg, Kendler, Sirovatka, Regier (Eds.) Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder.. Trad. Esp. Madrid: Panamericana; 2010.
(9) Retolaza A. (Ed.) Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación. Madrid: AEN estudios; 2009.
(10) Wulsin LR, Sollner W, Pincus HA. Models of Integrated Care. Medical Clinics of North America 2006 Jul;90 (4):647-77.
(11) de la Mata I, Ortiz Lobo A: Formulación de casos en salud mental: Una guía de entrenamiento. En Retolaza A. (Ed.) Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación. Asoc. Esp. de Neuropsiq. Estudios. 2009: 195-213.
(12) *Goldberg D, Gask L, Morris R: Psychiatry in Medical Practice (Third Edition). Routledge. London. 2008:132-139.*
(13) Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical condition. Am. Journal of Psych., 1988; 145: 976-981.
(14) Collins C, Hewson D, Munger R, Wade T.Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care. New York, Milbank Memorial Fund, 2010.
(15) Mauer BJ, Druss BG. Mind and body reunited: improving care at the behavioral and primary healthcare interface. Journal of Behavioral Health Services & Research 2010 Oct;37(4):529-42.

4.5. Los hospitales de día en la red de salud mental

Mª Jesús García, Josefina Mas Hesse

INTRODUCCIÓN

En la historia de la asistencia a los enfermos mentales, los Hospitales de Día suponen un hito en el proceso de desinstitucionalización, proceso vinculado, en lo simbólico, al cierre de los hospitales monográficos, en lo imaginario, a la antipsiquiatría como paradigma y, en lo real, a la integración de los enfermos mentales en la cotidianeidad social compartida por las personas que no están etiquetadas como sufridoras de tales enfermedades. En este sentido, el Hospital de Día es uno de los componentes de la red de salud mental que, como tal, debiera contribuir en la consolidación del modelo asistencial pretendido por la reforma psiquiátrica, el de la psiquiatría comunitaria, que enfatiza el abordaje integral y ambulatorio de los trastornos graves de salud mental.

Históricamente, los Hospitales de Día cumplieron diversas funciones, que pueden agruparse en cuatro[1]:

- Alternativa a hospitalización a tiempo completo
- Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios
- Dispositivo de rehabilitación para enfermos crónicos
- Unidad específica para el tratamiento de distintos tipos de pacientes: ancianos, niños, alcohólicos, drogodependientes, etc

De los resultados obtenidos por este tipo de dispositivos ya da cuenta la bibliografía de los setenta, concluyendo que los pacientes tratados en los Hospitales de Día mostraron mayor competencia para permanecer en la comunidad y presentaron un mejor funcionamiento social que aquellos enfermos que fueron sometidos a hospitalizaciones convencionales [2]

Ya en el presente siglo, los Hospitales de Día, resultando heterogéneos en su funcionamiento, se entienden[3]:

a) como estructuras que proporcionan soporte, supervisión y monitorización en la transición de los enfermos desde el hospital al desempeño social alcanzable en función de los recursos indemnes y los recuperables tras la aparición de la enfermedad mental,
b) como un recurso para enfermos con un funcionamiento crónicamente desadaptativo, que les proporciona un medio terapéutico en el que se puedan conjugar diversos tratamientos.

Se mencionan entre los factores que explican la consolidación de este tipo de dispositivos dentro de las redes de servicios el que utilicen óptimamente el tiempo terapéutico, con economía de recursos de inversión e intervención , evitando el desarraigo y la segregación de los pacientes, haciendo explícito el compromiso de estos con su tratamiento y permitiendo poner en práctica intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y familiares, que apuntan a objetivos específicamente definidos y muchas veces claramente mensurables.

De esta manera, en el Hospital de Día confluyen el cuidado clínico y el comunitario, y entre sus posibilidades está contribuir a la desinstitucionalización, por una parte, sosteniendo a aquellos usuarios que desde el Hospital Psiquiátrico o desde las unidades de hospitalización se están reubicando en la comunidad, por otra, sirviendo de alternativa a los posibles ingresos nuevos, evitándoles el paso por la hospitalización completa y, por último, como lugares de tratamiento intensivo a medio plazo en donde que dar una alternativa más eficaz que la hospitalización a pacientes con tendencia

a ingresos múltiples y uso repetido de los servicios de urgencia.

DEFINICIÓN Y ALCANCE

La Hospitalización de Día es una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una determinada demanda de servicios de salud (cartera de servicios), para lo que requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios.

La definición de Hospital de Día correspondiente al Real Decreto 1277/2003, claramente insuficiente para el ámbito de salud mental, hace hincapié en los intereses de la gestión al tiempo que obvia, entre otras cuestiones, la participación de los usuarios en el tratamiento de sus patologías y problemas:

…unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

En la Guía de gestión del Hospital de Día Psiquiátrico [4] se entiende por Hospital de Día Psiquiátrico (HDP) "un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día". "El objetivo terapéutico esencial será un aumento de la calidad de vida y la satisfacción, entendida como disminución del sufrimiento de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la:

- disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica,
- la prevención y reducción de recaídas,
- la prevención del deterioro,
- el mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Las acciones anteriores pueden ser desarrolladas de forma simultánea o sucesiva en cada caso concreto, teniendo siempre en cuenta que la primera acción, el tratamiento de la patología activa, es la que condiciona la presencia y permanencia del paciente en este dispositivo. El cese o mejoría significativa de dicho cuadro clínico activo planteará el alta del paciente y su derivación a otro dispositivo de la red donde proseguir su tratamiento y/o, en su caso, las tareas de rehabilitación y reinserción social", ya que en ella quedan diferenciados los Centros de Rehabilitación de los Hospitales de Día.

El perfil de general de los pacientes del HDP a que se refiere dicha Guía, independientemente cual sea el grupo diagnóstico al que pertenezca un paciente y salvo aquellos casos en que el citado grupo diagnóstico supone en sí mismo una contraindicación, queda resumido así:

a. Pacientes con sintomatología activa.
b. Capaces de entender y colaborar en su tratamiento.
c. Sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas.
d. Sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a tiempo completo.

En cuanto a grupos diagnósticos, se recogen como indicaciones más reconocidas: los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos afectivos, señalándose los riesgos del tratamiento conjunto de pacientes con trastornos de la personalidad, fundamentalmente de personalidades más disruptivas como la límite, junto a pacientes psicóticos, la necesidad de programas específicos de tratamiento y actividades y la pertinencia de evaluar cuidadosamente las ventajas e inconvenientes del empleo de espacios y procedimientos comunes.

La situación con la que nos encontramos actualmente es, como se decía hace ya 10 años en la Guía, que en los HDP se están atendiendo pacientes con trastornos mentales graves, fundamentalmente psicosis y trastornos de la personalidad, además de trastornos afectivos[3]. En los dos últimos grupos, especialmente en el de los

trastornos de la personalidad, lo habitual es la comorbilidad, con varios diagnósticos tanto en el eje I como en el II, y en los tres encontramos patología oculta. No es infrecuente que un paciente diagnosticado durante años de trastorno de la personalidad revele, tras un tiempo de tratamiento, llevar años sufriendo sintomatología psicótica activa, en ocasiones tan intensa como para justificar un cambio de diagnóstico principal. Por tanto, pensar en HD homogéneos en cuanto al diagnóstico de sus usuarios resulta irreal, con alto el riesgo de que queden en "tierra de nadie" un gran número de pacientes graves que podrían beneficiarse de este tratamiento. Por otra parte, y a pesar de las ventajas evidentes desde los puntos de vista organizativos de los hospitales de día heterogéneos, en los que puedan ser tratados todo tipo de patologías, resulta complejo poner en práctica programas específicos para pacientes psicóticos y pacientes con trastornos de la personalidad en un mismo hospital de día. Es muy frecuente que esto ocurra, pero generalmente aparece una orientación más marcada hacia unos en detrimento de los otros, siendo todavía más habitual en el estado español que se prioricen las necesidades de los pacientes psicóticos a la hora de organizar y diseñar un HDP lo que supone que con frecuencia aparezcan pacientes límite que no encajan en ellos, no mejoran y resultan disruptivos.

Como ya afirmaban Astrachan y cols [5] en 1970, el diseño de un hospital de día debe basarse en una comprensión clara de su tarea primaria, que o bien puede ser la de constituir una alternativa a hospitalización, la de transición a cuidados comunitarios tras ingreso, o un programa de tratamiento intensivo, o bien puede diferenciarse por estar dirigido fundamentalmente a pacientes psicóticos, pacientes con trastornos de la personalidad, TCA, etc., o a todos ellos indiscriminadamente, o puede caracterizarse por el grupo etario al que está dirigido.

LOS TRATAMIENTOS EN HOSPITAL DE DÍA: EL MEDIO TERAPÉUTICO

El medio terapéutico, ambiente terapéutico o terapia por el medio, es el tipo de tratamiento más característico de los hospitales de día, más allá de las terapias o actividades concretas que se realicen en él y que pueden realizarse también en otros recursos, como los Centros de Salud Mental. El tratamiento por el medio puede implantarse también en otros recursos en los que se da una convivencia, mantenida en el tiempo, entre los pacientes y, de estos, con el equipo tratante, como son las Comunidades Terapéuticas o las Unidades de Hospitalización. Necesita para llevarse a cabo no un terapeuta individual, sino un equipo terapéutico, un conjunto de profesionales trabajando en conjunto con los pacientes, de manera coordinada y con intervenciones integradas. Consiste en utilizar la convivencia para facilitar que se manifiesten las pautas interpersonales de los pacientes, entrando en un proceso de cambio y transformación, mediante la estructuración del espacio y tiempo compartidos. El tratamiento se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal.

En los HDP,el medio terapéutico ha sido caracterizado por[6] :

1) La colaboración de los pacientes en su tratamiento con un grado de democratización y autonomía que les permita contribuir en el proceso terapéutico propio y de los compañeros;
2) El establecimiento de normas claras, de manera que sea predecible lo que se puede esperar de los demás y lo que se espera de cada uno;
3) La estructuración del tiempo con fines terapéuticos;
4) La jerarquía dentro del programa, haciéndose hincapié en que cada paciente tenga un terapeuta de referencia;
5) La individualización y flexibilidad para cada paciente, que ha de tener un proyecto o plan de tratamiento, con objetivos acordes a sus posibilidades y tiempo

de tratamiento, en el que se reflejen las terapias y actividades en las que va a participar y las razones para ello. Deben ser limitadas en el tiempo y efectivas para las patologías que se traten.

Los conceptos psicoanalíticos de transferencia y contratransferencia permiten entender las dinámicas que se dan en los HDP, con transferencias múltiples[7], donde cada paciente pone en marcha muchas de sus pautas interpersonales, iniciando sus círculos viciosos de funcionamiento[8], a los que unos compañeros responderán manteniéndolos, pero quizás otros no, siendo función del equipo de tratamiento que se abra la posibilidad de nuevas experiencias, que confronten las expectativas que mantienen los círculos viciosos en los que se perpetúa la patología de cada uno.

Siguiendo a Winnicott [9] se trataría de crear un medio sostenedor (*holding environment*) capaz de corregir las alteraciones precoces en el desarrollo de las relaciones objetales. Desde las teorías sistémicas (5) se explica que en el medio terapéutico las relaciones entre sus componentes crean un todo que es más que la suma de sus partes. También que el equipo terapéutico es un sistema abierto, con intercambio de información y relaciones complejas con una serie de organizaciones que forman parte de la red sanitaria y social en que esté inmerso. Esta comprensión de su interacción con otras organizaciones es necesaria para entender su funcionamiento, incluyendo tanto relaciones jerárquicas con dirección y administración como horizontales con otros recursos.

Pero para mantenerse, el HDP ha de tener límites claros, tanto en lo que concierne a su tarea como al tipo de pacientes a los que está destinado como a los objetivos y duración de los tratamientos, así como a los criterios de terminación de éstos. Por otra parte, un HDP ha de tener vías de comunicación claramente establecidas (informes de derivación y alta, reuniones de coordinación etc) que aseguren la continuidad de tratamiento entre distintos recursos de la red y su optimiza utilización.

La teoría general de sistemas permite además, estrechando el foco de observación, acercarse a las dinámicas que se dan tanto en el equipo de tratamiento, un subsistema con historia, como en el subsistema de los pacientes, con sus propias agrupaciones relacionadas entre sí, y en la interacción entre subsistema de pacientes y subsistema de profesionales. Las observaciones de Stanton y Swartz [10] sobre la conexión entre los problemas relacionales del personal y las alteraciones en la convivencia de los pacientes pueden ser vistas como fenómenos de este sistema vivo e interrelacionado que es el medio terapéutico, en el que el equipo de tratamiento puede experimentar conflictos inducidos por el grupo de pacientes y éstos pueden actuar problemas no resueltos entre los miembros del equipo.

Las dinámicas de los procesos grupales y los factores terapéuticos en los grupos definidos por Yalom [11] [12] pueden aplicarse tanto a las terapias y actividades grupales que se realizan en el HDP como al medio terapéutico en el que están inmersas. De manera muy breve, señalamos dos aspectos del aprendizaje interpersonal por su importancia en los HDP: la experiencia emocional correctora, que consiste en que se produzca, con suficiente redundancia, la aceptación de la persona mientras se puede cuestionar alguna de sus conductas, y la reflexión sobre lo que va apareciendo en el plano interpersonal, explorando la relación bidireccional entre lo que ocurre en éste y la subjetividad.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL DE DIA

Se define en base a dos grandes grupos de actividades:

- Un primer grupo supone la organización del espacio y tiempo de los pacientes, con terapias y actividades terapéuticas, donde se incluyen las terapias individuales y grupales, las intervenciones familiares,

la intervención en crisis, las actividades encaminadas a aumentar las capacidades y habilidades de los pacientes etc.

- El otro grupo de actividades se vincula con las reuniones de los miembros del equipo terapéutico. En este sentido, para mantener la coherencia en las intervenciones y procesar la experiencia de convivir con los pacientes, con la carga de respuestas personales que esto conlleva en los profesionales, es necesario que estos dispongan de espacios de conversación (dialógica)[13], donde intercambiar información sobre lo que está ocurriendo en cada uno de los espacios del HDP, y así adecuar las intervenciones al momento de cada paciente, a sus objetivos y plan de tratamiento, y al momento del conjunto de los pacientes, evitando, por otra parte, que problemas personales o diferencias o conflictos entre miembros del equipo influyan negativamente sobre los pacientes. No es lo mismo que una sesión clínica, que también conviene celebrar periódicamente, así como formación continuada para que todo el equipo vaya desarrollando un lenguaje común desde el que comprender lo que ocurre en el HD y las dificultades de los pacientes.

EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN HOSPITAL DE DÍA

En lo que respecta al abordaje de los trastornos psicóticos, la Guía de gestión[4] aporta los perfiles de los pacientes que, afectados por un trastorno procesual, se beneficiarían de este tipo de dispositivos en distintos momentos de la evolución de su enfermedad. Se trataría de:

- Primeros brotes psicóticos. Con un funcionamiento por debajo de sus posibilidades, tendencia al aislamiento o alejamiento afectivo, pérdida de la autoestima o dificultades para manejar las emociones que aparecen tras la ruptura psicótica. El HDP es un recurso poderoso para educar en la enfermedad, fomentar la conciencia de ésta, hacer de soporte para encajar y superar la crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y, si no es posible a efectuar, las actividades más adecuadas a partir de ese momento, previniendo recaídas.
- Pacientes con grave aislamiento, especialmente si es de larga evolución, con escasos contactos, y que no puedan integrarse en actividades normalizadas o de rehabilitación sin un tratamiento intensivo previo, ya sea por desmotivación, ansiedad, autorreferencialidad, u otros.
- Pacientes psicóticos con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente y se presupone que en un medio terapéutico más intensivo y con mayores interacciones interpersonales mejorarán. El medio terapéutico facilita muchos aspectos necesarios para iniciar y potenciar el tratamiento, desde la adquisición de conciencia de enfermedad a la motivación y esperanza de cambio, aprender a verbalizar emociones, reconocer y regular afectos y dar las posibilidades de testar la realidad con otros miembros del HDP.
- Pacientes con una reagudización de su sintomatología psicótica, que no precisan hospitalización completa, o que habiendo sido hospitalizados se encuentran en condiciones de ser dados de alta en la Unidad de Agudos si cuentan con un tratamiento intensivo en el HDP.

En cualquier caso, y siguiendo a Cullberg[14] se ha demostrado que el grado de pensamiento bizarro en las psicosis –síntoma de primer rango de Schneider- no guarda relación con el pronóstico existiendo durante los primeros cinco años una alta posibilidad de cambio en la forma de presentación del cuadro clínico. Parece una buena razón para que, como clínicos, seamos precavidos en la utilización de términos que, históricamente, se asocian a implicaciones negativas en cuanto al pronóstico. Y es que, en la práctica, el diagnóstico de esquizofre-

nia incorpora frecuentemente una combinación de tres tipos de síntomas: los llamados síntomas positivos y los negativos junto con la desorganización pragmática y/o conductual. Esto supone el riesgo de emitir un diagnóstico prematuro de esquizofrenia en personas cuyos síntomas negativos puedan resultar secundarismos medicamentosos o los positivos ser el resultado del consumo de tóxicos en una personalidad vulnerable o bien mantenga una desorganización conductual como estrategia de afrontamiento ante situaciones psicosociales de riesgo. En estos casos, la etiqueta de esquizofrenia y su asimilación como rasgo identitario puede conllevar una profecía autocumplida, impidiendo un trabajo terapéutico constructivo y un autodesarrollo positivo

Entendemos que el tratamiento ha de basarse entonces en la delimitación de problemas individuales presentes y en la definición de los que emergerán en el entramado mundo de ocasiones de interrelación que ofrece un Hospital de Día que se conciba como un medio terapéutico. En base a esta delimitación se establecerán objetivos terapéuticos a alcanzar, siempre consensuados con el paciente e informados a su soporte familiar. No supone una delimitación individual y aislada de problemas sino su contextualización en la singularidad psicológica, médica y social de la persona afectada.

El abordaje supone entonces el tratamiento individual junto con la participación grupal que, a su vez, contribuirá a mantener el dispositivo como un medio terapéutico. Se trata de aportar una estructuración del tiempo y del espacio a través de diferentes actividades terapéuticas facilitadoras del abordaje de la posible desestructuración yoica del paciente. El pilar de cualquiera de las intervenciones a realizar será la relación de colaboración terapeuta-paciente, lo que sin duda permitirá el acercamiento a la confluencia de narrativas en torno a las dificultades presentes, al malestar del paciente y a las necesidades percibidas por el terapeuta.

En el tratamiento individual, y teniendo como principio básico, el respeto a la singularidad del paciente, se llevará a cabo un análisis del funcionamiento actual de esa persona que incluye la descripción de los problemas definidos así como su valoración en cuanto estrategias puestas en marcha para solventarlos y las consecuencias que se derivaron y que han sido soportadas por el paciente y por su entorno.

El análisis funcional de los problemas detectados permitirá definir con el paciente objetivos a corto y medio plazo iniciándose así el diseño del Plan individualizado de intervención

Será en ese plan de intervención donde figuren las actividades individuales y grupales en las que cada paciente participará para trabajar los objetivos que se propuso.

Otra cuestión a plantear es la necesidad de evitar una solución de continuidad entre el hospital de día y el exterior para este tipo de pacientes. Los logros del paciente han de fortalecerse en su entorno habitual y en el entorno compartido con los “no pacientes”. En este sentido, las salidas grupales del hospital aportarán una perspectiva diferente respecto a necesidades de apoyo o nuevos objetivos a incorporar a los planes de intervención, además de promover el establecimiento de interrelaciones y/o situaciones problema a abordar grupalmente en el “lugar de seguridad”, el Hospital de Día, a través de los distintos programas establecidos.

Indudablemente la relación de actividades a realizar-prestaciones ofertadas por el dispositivo- necesariamente se ajusta a los recursos humanos con los que se dote y a la capacitación profesional de estos. Pero hay programas de intervención mixta-grupal e individual- que resultan básicos en este tipo de dispositivos:

- Programa de afrontamiento de situaciones ansiógenas
- Programa de habilidades sociales
- Programa de rehabilitación cognitiva
- Programa psicoeducativo

EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL HD

Se ha demostrado[15, 16, 17, 18] que los HD pueden ser un buen recurso para tratar pacientes con trastornos de la personalidad, estando indicados[19, 20] cuando se encuentran en una situación en la que resulta difícil el tratamiento ambulatorio, por requerir mayor contención e intensidad terapéutica del que se puede ofrecer en ellos. Esto puede referirse tanto a una historia de repetidas demandas de atención urgente o múltiples ingresos, como a una situación de aislamiento social y abandono de actividades. Se requiere[19] que el paciente esté de acuerdo en realizar un tratamiento intensivo en régimen de día, que tenga suficiente motivación para el cambio y capacidad para implicarse y participar activamente en un tratamiento de las características del HD, que acepte las normas de convivencia, y que cuente con suficiente soporte personal, familiar y social que le provea de contención fuera del horario de HD. Son contraindicaciones al tratamiento en HDD las características que limiten la capacidad de implicarse y colaborar en el tratamiento: una capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico, deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa, trastorno orgánico de la personalidad, o un patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD. Como en las contraindicaciones generales para HD[4], se incluyen como tales las conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución y el riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso hospitalario.

Como se ha planteado en el apartado anterior con respecto a las psicosis, consideramos necesario ser prudentes en el uso y alcance de estos diagnósticos. Medidos con escalas diagnósticas, encontramos que en los perfiles de personalidad generalmente aparecen suficientes ítems como para diagnosticar varios TP además del límite, y se modifican desde el inicio hasta el final del tratamiento.

En estos pacientes, con funcionamiento crónicamente alterado, no se trata tanto de proveer de una alternativa a una hospitalización como de un espacio de contención y terapia que permita[19]: primero controlar los síntomas, disminuir conductas de riesgo y desarrollar una alianza de tratamiento, para después propiciar una forma de relación más adaptada y satisfactoria, con un incremento de capacidades cognitivas como la regulación emocional y la de mentalizar, con el objetivo de reducir, a largo plazo, el número y duración de las recaídas.

Hay un cierto consenso en la necesidad de proveer programas específicos para su adecuado tratamiento, ya que de otra manera entran en dinámicas que pueden llegar a considerarse yatrogénicas, con un alto coste para los profesionales y para el sistema sanitario[19].

Dentro de los distintos modelos de intervención que han resultado eficaces conellos, dos resultan especialmente indicados para las características de los pacientes con TP que se tratan en HDP, que generalmente son, o están en situación de ser, muy disruptivos, con tendencia a autolesionarse, ideas o intentos de suicidio, consumo de sustancias etc. Se trata de la terapia conductual dialéctica y la terapia basada en la mentalización (MBT). Sin entrar a cuestionarlos, nos referiremos al último, con el que se ha desarrollado un programa de atención a TLP en el que el HD es un recurso fundamental, y es con el que tenemos mayor experiencia por estar aplicándolo desde hace unos años en el HD de Alcalá.

En este modelo, que parte de los postulados de Bowlby, y de las teorías psicoanalíticas objetales, se enfatiza el papel de las primeras relaciones del bebé con sus cuidadores, con un apego seguro, para el desarrollo integrado del self y para el desarrollo de capacidades superiores como son la capacidad de mentalizar, la autorregulación emocional y la capacidad de dirigir y mante-

ner voluntariamente la atención, todas ellas interdependientes.

La capacidad de mentalizar se define como la capacidad de comprender y predecir (explícita e implícitamente) nuestras conductas y las de los demás en términos de estados mentales, haciendo hipótesis que nos permitan acercarnos al mundo interno de los demás y al nuestro propio, es decir, a los motivos, experiencias, valores, sentimientos y necesidades.

En el modelo de MBT se postula que esta capacidad es insuficientemente robusta en los pacientes límite, perdiéndose en situaciones de activación emocional o activación (más bien hiperactivación) del apego. La falta de capacidad de mentalizar se manifiesta con funcionamientos de estadios evolutivos anteriores, pero que coexisten con ella en el adulto y pueden aparecer cuando falla. La frecuente entrada en este tipo de funcionamiento explicaría la clínica de los TLP.

El tratamiento se centra en crear un vínculo seguro con cada paciente y fortalecer su capacidad de mentalizar, para lo cual se focaliza en los estados mentales del paciente, en el momento presente o próximo a éste (sucesos ocurridos recientemente), y en los cambios de estado mental, más que en las conductas que se manifiestan. Los cambios de estado mental se producen fundamentalmente en el contexto de relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del HD. La actitud predominante por parte de los miembros del equipo de tratamiento ha de ser la curiosidad explícita por los estados mentales del paciente, y del terapeuta en relación con el paciente, con una invitación permanente a explorarlos. Las intervenciones han de estar adaptadas a la situación del paciente, adecuándose a su capacidad de mentalizar en cada momento. Cuando disminuye, puede ser suficiente la escucha empática (soporte y empatía, se llama esta intervención en MBT) o por el contrario, requerirse el uso de otros métodos para aumentar la regulación emocional (desde distintas técnicas de relajación a la medicación). Se recomienda tener un plan de crisis consensuado para intervenir en situaciones de mayor desbordamiento.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La capacidad del HDD para actuar como interfase entre el abordaje clínico y el psicosocial, con amplia apertura hacia ambos espacios de relación supone, por los menores costos personales para los usuarios y sus familias respecto a la hospitalización a tiempo completo, y por su alta capacidad resolutiva de cuadros subagudos, el abordaje integral e integrador de la persona iniciando procesos de terapia y de rehabilitación que habrán de proseguirse, desde la perspectiva de la continuidad de cuidados, en los demás dispositivos de la red configurándose así el Hospital de Día como dinamizador de esta.

RESUMEN

Los Hospitales de Día se han ido consolidando como componentes de las redes de salud mental.

Favorecen el abordaje integral y ambulatorio de los trastornos graves de salud mental.

Contribuyen a la desinstitucionalización al:

- Sostener a aquellos usuarios que desde el Hospital Psiquiátrico o desde las unidades de hospitalización se están reubicando en la comunidad
- Ser alternativa a los posibles ingresos nuevos, evitándoles el paso por la hospitalización completa
- Ofrecer tratamiento intensivo a medio plazo, como alternativa más eficaz que la hospitalización o el uso repetido de urgencias .

1. Definición y alcance
   - Guía de gestión del Hospital de Día Psiquiátrico: "un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día".
   - El diseño de un hospital de día debe basarse en una comprensión clara de su tarea primaria
   - Guía de gestión del Hospital de Día Psiquiátrico:
     - Perfil de pacientes: Dirigido a pacientes con Trastorno Mental Grave
     1. Por su situación:
        a. Pacientes con sintomatología activa.
        b. Capaces de entender y colaborar en su tratamiento.
        c. Sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas.
        d. Sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a tiempo completo.
     2. Diagnósticos más frecuentes
        - Psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos.

2. Los tratamientos en hospital de día: el medio terapéutico
   Consiste en estructurar la convivencia como instrumento terapéutico. El tratamiento se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal.
   Se definen las características del medio terapéutico.
   Se ofrece una comprensión de sus dinámicas partiendo de los conceptos psicoanalíticos, de la teoría general de sistemas y de las dinámicas de los procesos grupales y los factores terapéuticos en los grupos definidos por Yalom
3. Estructura organizativa del hospital de dia
   Se define en base a dos grandes grupos de actividades:
   - Un primer grupo supone la organización del espacio y tiempo de los pacientes, con terapias y actividades terapéuticas
   - El otro grupo de actividades se vincula con las reuniones de los miembros del equipo terapéutico para hacer posible la terapia por el medio
     - El tratamiento de la psicosis en hospital de día

   Se recoge el perfil de pacientes psicóticos con esta indicación
   Individualizar cada plan de tratamiento
   Tratamiento colaborativo
   Programas de intervención mixta-grupal e individual- que resultan básicos en este tipo de dispositivos:
   - Programa de afrontamiento de situaciones ansiógenas
   - Programa de habilidades sociales
   - Programa de rehabilitación cognitiva
   - Programa psicoeducativo
     - El tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad en el hd

   El Hospital de Día es un tratamiento eficaz con pacientes límite
   Individualizar cada plan de tratamiento
   Tratamiento colaborativo. Se explica el modelo de la Terapia Basada en la Mentalización por su utilidad en el tratamiento de pacientes límite en Hospital de Día.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Pastor, A. Blanco y D.Navarro (coords) " *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*" Ed Síntesis. 2010 : Ofrece una descripción pormenorizada de cada uno de los programas de intervención grupal lo que, tras adaptación situacional al dispositivo y a su dotación de recursos, permite la reproducción de los mismos.

Chadwick . *"Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora"* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis . 2009. Se aporta un modelo de intervención que, pese a lo que podría inferirse por su nombre, no resulta excluyente de un planteamiento epistemológico dinámico, resultando de particular interés práctico el capítulo dedicado a la terapia grupal.

Bateman A, Fonagy P. Metallization-Based treatment for borderline Personality Disorder: A Practice Guide. New York: Oxford University Press, 2006 Se expone sucintamente el modelo de tratamiento basado en la mentalización, con un capítulo dedicado a la comprensión desde este modelo del Trastorno Límite de la Personalidad. Se describen distintas técnicas de intervención y su jerarquización a lo largo del tratamiento, así como la actitud que se recomienda que mantengan los terapeutas.

Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder metallization-based treatment. New York: Oxford University Press. 2004. Dedicado a la presentación de la organización y características de un HDP destinado a TLP, para lo que revisan la literatura sobre lo que resulta eficaz con estos pacientes y lo adecuan a su modelo de intervención. También se revisan las investigaciones sobre epidemiología y etiología de este trastorno de la personalidad y los distintos modelos de tratamiento disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

(1) HERZ MI. Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare En Kaplan, Freedman y Sadock . B Comprehensive textbook of Psychiatry. 3ª Ed.1982; p 2368—2381.
(2) Herz M, Endicott L.. Spitzer Rl y Mesnikoff A, Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. Am, J. Psychiatry. 1971, p 127: 107.
(3) Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día 2009; Cuadernos técnicos AEN; 2009: 12:9-13. Disponible también en formato electrónico: www.aen.es/web/docs/GT_HD.pdf
(4) Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Insalud. 2000. Disponible también en formato electrónico en http:// www. guía de gestión del hospital de día psiquiátrico.
(5) Astrachan B, Flynn H, Gelle J, Harvey H. Systems Approach to Day Hospitalization. Arch Gen Psychat. 22, 1970, p. 550-559.
(6) Piper W.E., J.S.Rosie, D. Joyce, H.F. Azim. Time-Limited Day Treatment for Personality Disorders: Integration of Research and Practice in a Group Program. American Psychological Association. 1996; p.11-34.
(7) Oury J: Thérapeutique institutionnelle. En: Encyclopédie Médico-Chirurgical psychiatrie 37930G, 1972 ; 10 : 1-12.
(8) Wachtel PL. La comunicación terapéutica. Bilbao. Desclée de Brower, 1996.
(9) Winnicott D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós, 1994.
(10) Stanton A. H., Swartz M.S. The mental hospital. A study of institutional participation in mental illness and treatment. New York: Basic Books, 1982.
(11) Yalom I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica, 1986; p 46-52.
(12) Yalom I, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books, 2005.
(13) Anderson A. Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
(14) Cullberg J. Psicosis: una perspectiva integradora. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2006.
(15) Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder- a randomised controlled trial. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1563-1569.
(16) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. American Journal of Psychiatry 2001; 158: 36-42.

(17) Bateman A, Fonagy P. 8 year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: metallization-based treatment versus treatment as usual. American Journal of Psychiatry 2008; 165: 631-638.
(18) Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Metallization-Based treatment Versus Sructured Clinical Management form Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry 2009; 1-10.
(19) Bayón C, Cabrera C, Mas J, Rodríguez C: Red de salud Mental y tratamiento de los pacientes con TLP. En Melendo J, Cabrera C: Guía del Trastorno Límite de la Personalidad. IM&C 2010 p 47-65.
(20) Grupo de trabajo de la AEN sobre Hospitales de Día Psiquiátricos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2000; 74: 369-372.

4.6. Hospital a domicilio en salud mental

Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe, María Fernanda Valdivia Martín, Ana Luengo Martín, Gemma Gámiz Poveda

La hospitalización a domicilio en Salud Mental es un programa estructurado de Psiquiatría Comunitaria, basado en principios de calidad y gestionado como un proceso que está funcionalmente integrado en las unidades de Hospital a Domicilio (UHD). Su desarrollo actual se centra en la Comunidad Valenciana, donde se ha extendido en varios departamentos aunque con importantes variantes en su aplicación práctica. Los programas de UHD-Salud Mental se desarrollan prácticamente en su totalidad en la comunidad, con la misión de evitar ingresos en salas de agudos y acortar estancias en el hospital dando una asistencia de calidad en el medio del paciente. Este capítulo detalla la estructura y funcionamiento de la UHD-Salud Mental, su papel dentro de la Psiquiatría Comunitaria y sus posibilidades futuras.

La estructura del programa engloba aspectos como la cartera de servicios, criterios de inclusión y exclusión, recursos humanos y materiales, estándares de información e indicadores de calidad. El proceso de evaluación y asistencia se describe mediante un diagrama de flujo de ingresos-altas y los algoritmos de atención programada y atención urgente.

El funcionamiento de las unidades se ha adaptado a las distintas características de los distintos departamentos, servicios de Salud Mental y profesionales implicados. En este sentido llama la atención por su diversidad las cifras de actividad oficiales recogidas por la Agencia Valenciana de Salud.

Esta primera década ha supuesto una fase de implantación de los programas de UHD-Salud Mental. Si bien es necesario realizar ensayos clínicos controlados para evaluar la eficacia y eficiencia de los mismos y explorar la posibilidad de implantar estos programas en otras comunidades autónomas con una estructura distinta de asistencia sanitaria, se puede concluir que la experiencia desarrollada avala su viabilidad como alternativa comunitaria a la hospitalización en salas de agudos de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

La segunda mitad del siglo XX vivió un proceso clave en la asistencia sanitaria, la desinstitucionalización de los enfermos mentales y, de su mano, el desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria. Este proceso supuso la puesta en marcha de unidades de Psiquiatría en los hospitales generales y de recursos comunitarios a nivel ambulatorio. En los países anglosajones se acompañó pronto de la creación de tratamientos intensivos a nivel domiciliario a través de modelos que evolucionaron a los equipos de gestión de casos o tratamiento asertivo comunitario y a diferentes programas de continuidad de cuidados[1]. Estos programas intentaron dar respuesta a las necesidades de las personas que abandonaban los antiguos manicomios y a las de los nuevos pacientes crónicos con trastorno mental grave.

En la década pasada aparecieron también los programas de intervención con pacientes agudos (equipos de resolución de crisis) en los países más desarrollados, particularmente en el Reino Unido. Estos equipos trabajan sobre las necesidades clínicas y sociales de los pacientes con trastorno mental grave en descompensación, contando para ello con un buen nivel de recursos humanos gracias al apoyo de las administraciones sanitarias[2]. Sorprendentemente, los programas destinados a las intervenciones en crisis han tenido incluso un menor desarrollo en nuestro país y podemos considerar

que son los grandes olvidados, incluso en la propia Estrategia de Salud Mental[3]. Al igual que ocurre en aquellos lugares donde no existen programas para pacientes crónicos, las necesidades de estos pacientes se cubren con otros recursos, generalmente mediante ingresos psiquiátricos o provocando una sobrecarga aún mayor de las familias (quienes no reciben el soporte adecuado, aún menor en las fases de descompensación de sus familiares). En realidad, tomando como referencia el trabajo de Thornicroft y Tansella[4], se trata de descender un nivel en lo esperable en un país desarrollado.

En los años noventa se inician en la Comunidad Valenciana unidades de hospital a domicilio (UHD) en pacientes generales, con muy buena acogida por parte de profesionales sanitarios y de familiares y usuarios. El objetivo era acudir al domicilio a tratar y cuidar patologías que previamente era obligado atender hospitalariamente por falta de alternativas; hablamos de enfermos paliativos, postquirúrgicos o crónicos que sólo contaban con dos opciones: o pasar largas temporadas hospitalizados lejos de su hábitat o acudir con una gran frecuencia al mismo para ser atendido, con todo el sobreesfuerzo que esto conllevaba a paciente y familiares. En el año 2004, aprovechando este avance y con el objetivo de una atención más humanizada, desestigmatizante y equiparable al resto de patologías, se desarrollaron equipos de UHD específicos para pacientes de salud mental.

Los programas de UHD-Salud Mental nacen con una filosofía comunitaria, con un trabajo desarrollado prácticamente en su totalidad en la comunidad y con la doble misión de evitar ingresos innecesarios y traumáticos en salas de agudos, y acortar estancias hospitalarias vivenciadas por el paciente como eternas y tediosas. Se pretende mantener al paciente en su entorno, trabajando directamente con su red social; potenciar la continuidad de cuidados mediante el trabajo integrador con el resto de los profesionales y voluntarios de la red, y normalizar la asistencia a la persona diagnosticada de trastorno mental, a través del trabajo terapéutico desarrollado por psiquiatras y enfermeros.

Este capítulo detalla la estructura y funcionamiento de las UHD-Salud Mental, su papel dentro de la Psiquiatría Comunitaria y sus posibilidades futuras. Es fundamental aclarar que estos programas no conforman un modelo en contraposición a los de Gestión de Casos (aquí nos referimos a los subtipos en los que prima la existencia de un responsable del caso sobre la intervención en equipo), al Tratamiento Asertivo Comunitario, o a los programas específicos de Continuidad de Cuidados, más bien son totalmente complementarios a ellos. La tabla I resume las características más importantes de cada uno para una mejor comprensión de las similitudes y diferencias.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE HOSPITAL A DOMICILIO EN SALUD MENTAL

Podemos definir la UHD-Salud Mental como un programa estructurado de Psiquiatría Comunitaria donde se atiende al paciente descompensado psicopatológicamente en su entorno habitual, sin necesidad de sacarlo del mismo; enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado[5] (Tabla II). Es un dispositivo asistencial que pese a centrarse en la fase aguda trabaja pensando en el pronóstico a medio y largo plazo, intentando abordar aspectos fundamentales para la evolución futura del paciente (adherencia al tratamiento, vinculación a la red de salud mental, trabajo con familias…). Se trata de un programa basado en principios de calidad y gestionado como un proceso que está funcionalmente integrado en las unidades de Hospitalización Domiciliaria generales (UHD) .El proceso se planteó desde su inicio con unos límites precisos, siendo el *límite inicial* la recepción de las propuestas de ingreso y la valoración con aceptación o rechazo de las mismas y

Tabla I Características de los programas de tratamiento intensivo

	CONTINUIDAD DE CUIDADOS	GESTIÓN DE CASOS	TAC	UHD
Prof/paciente	1:20	1:10	1:15	1:5
Casos compartidos	No	No	Sí	Sí
Seguimiento	Crónico	Crónico	Crónico	Agudo/subagudo
Ubicación	CSM	CSM	CSM	Hospital
Contacto	CSM	Comunidad	Comunidad	Comunidad
Enfoque social	+++	+++	+++	++
Enfoque médico	+	+	+	+++

el *límite final* el alta tras la estabilización clínica del paciente, la realización del informe de alta y el envío a los destinatarios del flujo de salida.

La *cartera de servicios* de la hospitalización a domicilio en materia de Salud Mental incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican sobre las siguientes patologías psiquiátricas: trastornos depresivos, hipomanías, fases maniacas estabilizadas, psicosis de inicio, trastornos psicóticos crónicos, trastornos psicóticos agudos estabilizados, conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia, trastornos de personalidad descompensados, psiquiatría de enlace, demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuropsiquiátrico, enfermo terminal y tratamiento del duelo.

Los *recursos humanos básicos* incluyen: a) un psiquiatra (8h-15h) y b) 1-2 enfermeros que se integran funcionalmente (en mayor o menor medida en función de las características de la UHD) con el resto de los enfermros de la UHD para incluir un horario de atención de 8h a 22h. En las UHD hay además un auxiliar de enfermería encargado de la atención telefónica, información y registro-almacenaje de la información, en horario de 8h-15h.

Los *recursos materiales* varían en función de la UHD. Por lo general, son similares a los de cualquier Centro de Salud Mental (CSM) y la principal variedad aparece en el vehículo que es propio (con gastos de kilometraje) en los hospitales comarcales y mediante taxi en UHDs de hospitales más grandes.

Los *estándares de información* son los habituales en los hospitales ya que la base de estos programas está dentro del recinto hospitalario. Esto implica el uso oficial de la CIE-9 y el apoyo en el Abucasis, programa

Tabla II Procedimientos diagnósticos y terapéuticos en UHD-Salud Mental[5]

Seguimiento protocolizado de los pacientes en UHD-Salud Mental
Procedimientos diagnósticos - Entrevista clínica por psiquiatra responsable - Pruebas de laboratorio. - Técnicas de Neuroimagen (TAC y RMN) y Neurofisiológicas (EEG). - Pruebas psicométricas: • De Screening: Mini-Examen Cognoscitivo)[6]. • Valorar situaciones de alto riesgo: Escala de riesgo de violencia de Plutchik[7] o Escala de agresividad manifiesta[8] y Escala de riesgo suicida de Plutchik[9]. • Detectar situaciones de riesgo social: Escala socio-familiar de Gijón modificada[10], Escala de Zarit[11] para sobrecarga del cuidador e Índice de Barthel[12] para la incapacidad física. • Comprobar el rendimiento de nuestras intervenciones: ICG[13], Escala de Discapacidad de Sheehan modificada[14] y Escala de Satisfacción de elaboración propia sin validar.
Procedimientos Terapéuticos
- Objetivar el Plan atención individualizada del paciente: abordando aspectos farmacológicos, psicoeducativos (adherencia, vinculación), trabajo cuidadores principales y necesidad recursos sociosanitarios - Plan específico asistencial médico: tratamiento psicofarmacológico según guías clínicas y consejo en crisis. - Plan específico asistencial de enfermería

informático de la Agencia Valenciana de Salud. El proyecto lanzó incluso en su inicio una propuesta de CMBD (CMBDHDM)[a] que recoge los datos más importantes obtenidos durante el proceso asistencial y en el alta del paciente[5].

Como cualquier proceso, este libro recogió los indicadores que pueden guiar el ciclo de la calidad que implica una mejora continua de los procesos. Los *indicadores* se clasifican en:

A. Indicadores de gestión de la actividad asistencial. Clasificados en:

– Buenas prácticas (guías clínicas y trayectorias o vías, protocolos y diagramas de flujo, garantías de tiempo y continuidad de cuidados).
– Eficacia (indicadores de cobertura, de altas hospitalarias tempranas y sobre la reducción del número de ingresos hospitalarios).
– Eficiencia (nº de altas, nª máximo y mínimo de pacientes ingresados, estancia media, nº de visitas de psiquiatra al mes, media de visitas médicas por ingreso, nº de visitas de enfermería al mes y % de visitas por ingreso y porcentaje de ocupación).
– Resultados en salud (evolución de las escalas de discapacidad, riesgo suicida, ICG y tasa de reingresos).

Acontecimientos adversos (tentativas suicidas y suicidios consumados, agitación/violencia, efectos adversos graves de

[a] El CMBD es una Norma Estatal: el Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. El CMBD HDM incorpora la hospitalización a domicilio (Nota de los editores).

la medicación).

Continuidad de cuidados.

B. Gestión de la tecnología empleada: control de gastos y revisión de guías clínicas.
C. Gestión de recursos humanos: programas específicos de formación (en algunos hospitales ya constituye rotatorio obligado para residentes de psiquiatría en formación) y programa preventivo de riesgos laborales para los profesionales.
D. Gestión de la información: protocolos de utilización de las nuevas tecnologías (Historia Clínica Informatizada, Telepsiquiatría).
E. Calidad percibida por el cliente: escala de satisfacción con la Hospitalización Domiciliaria (administrada al paciente y al familiar responsable). Estas escalas las rellenan paciente y cuidador una vez ha finalizado el ingreso y de forma anónima. Hacen entrega de las mismas en su USM de referencia y desde allí se envían a la UHD o bien el equipo de UHD las recoge en la USM.

Sin duda, un replanteamiento futuro del proceso de UHD-Salud Mental implicará también el plantear de nuevo los indicadores que mejor puedan evaluar el rendimiento del programa en el contexto actual donde sus diferentes variantes implementadas apuntan a una potencialidad por descubrir.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y ASISTENCIA

La UHD de Salud Mental es un recurso asistencial encaminado a proporcionar al paciente la atención diagnóstica y terapéutica propia de la Unidad de Hospitalización Breve, como alternativa a la misma, durante la fase de reagudización clínica de su patología de base. Al encontrarse integrado en la UHD general, cualquier atención de patologías orgánicas que precise el paciente durante el periodo de ingreso domiciliario será efectuado por su personal médico y de enfermería, gestionándose las pruebas complementarias al mismo nivel que el paciente ingresado en hospital.

La derivación del paciente para valorar su ingreso en la UHD se realiza habitualmente mediante la cumplimentación de una Propuesta de Ingreso (documento estandarizado). Puede efectuarse desde los siguiente dispositivos: Unidad de Hospitalización Breve/Agudos, Centro de Salud Mental, Urgencias Psiquiátricas del Hospital, Psiquiatra de Interconsulta, Médico de Atención Primaria y Psiquiatra de la propia UHD (Figura 1). En algunas unidades, para facilitar y agilizar los ingresos en UHD, la propuesta se realiza mediante contacto telefónico con el psiquiatra de UHD y en un máximo de 72h es valorada. Posteriormente, dicha propuesta puede ser enviado por valija o correo electrónico.

Los *criterios de inclusión* son: estar diagnosticado de un trastorno psiquiátrico referenciado en la cartera de servicios y encontrarse en situación de descompensación de su psicopatología, residir en el área de cobertura del programa, disponer de un familiar o acompañante responsable que actúe de cuidador principal y la firma del consentimiento informado por parte del paciente y del cuidador principal.

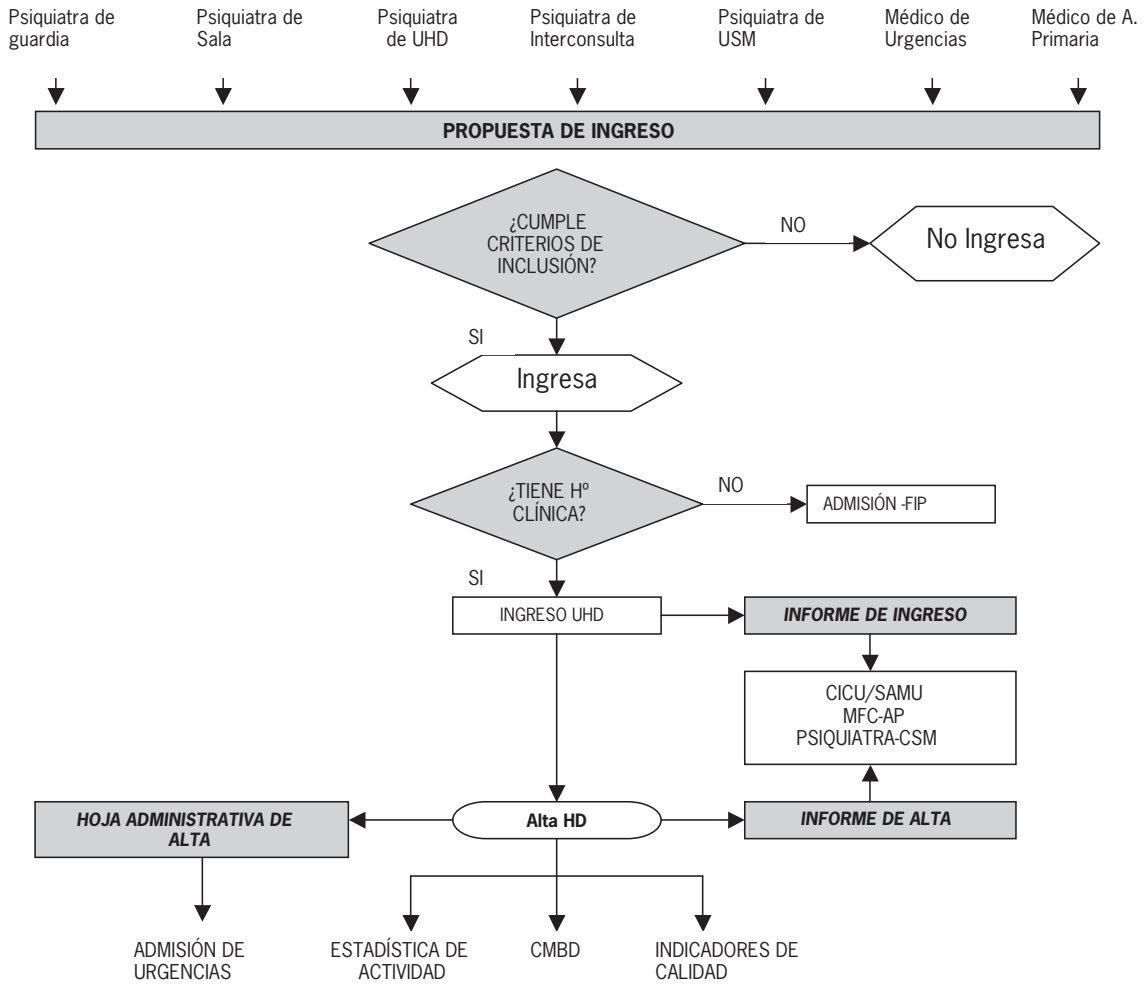
Son *criterios de exclusión*: la ausencia de soporte familiar adecuado, la presencia de trastornos de conducta grave (agitación psicomotriz, conducta violenta), un riesgo inminente de suicidio, edad menor o igual 16 años, diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria, Intoxicación o abstinencia a sustancias y Dependencia a opiáceos, cocaína o drogas de síntesis.

Es preciso comentar que, en esencia, la experiencia clínica no ha modificado estos criterios. Aunque se hacen numerosas excepciones en la práctica clínica habitual, la impresión clínica es que cuanto más nos alejamos de estos criterios, peores resultados obtenemos, tanto en términos de mejoría clínica como de complicaciones médicas.

Una vez indicado el ingreso, continúa el proceso de evaluación y de atención del paciente según las vías clínicas de referencia, empleándose las técnicas diagnósticas y terapéuticas precisas.

El libro publicado por Megías et al[5]. recoge el procedimiento a seguir en la atención programada (Figura 2) y en las urgencias psiquiátricas (Figura 3) que pudieran ocurrir en la implementación de los programas de UHD-Salud Mental, así como el diagrama de flujo de ingresos-altas (Figura 1).

Figura 1 Diagrama de flujo de ingresos-altas



Básicamente, los autores plantean un algoritmo de atención urgente y unas vías clínicas que incluyen los tres grandes tipos de urgencias: la ideación o conductas suicidas, la agitación (entendida en un sentido amplio desde los cuadros más leves a la agitación psicomotriz intensa) y las complicaciones médicas más esperables. Siguiendo el mencionado algoritmo, las urgencias psiquiátricas se han venido resolviendo por los distintos profesionales implicados: el psiquiatra o el enfermero en el turno de mañana, el médico o enfermero de la UHD si es horario de tarde o cuando se trata de una urgencia médica no psiquiátrica, y el psiquiatra de guardia del hospital cuando la urgencia psiquiátrica se producía fuera del horario laboral habitual y era necesaria una valoración no demorable al día siguiente (Figura 3). Las vías clínicas describen detalladamente el procedimiento a seguir ante estas situaciones con la finalidad de asegurar la máxima celeridad y homogeneizar las intervenciones en la UHD de cara a una futura revaloración.

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE HOSPITAL A DOMICILIO EN SALUD MENTAL

Desde que en el año 2004 se creara en Sagunto la primera UHD específica de Sa-

Figura 2 Algoritmo de atención programada

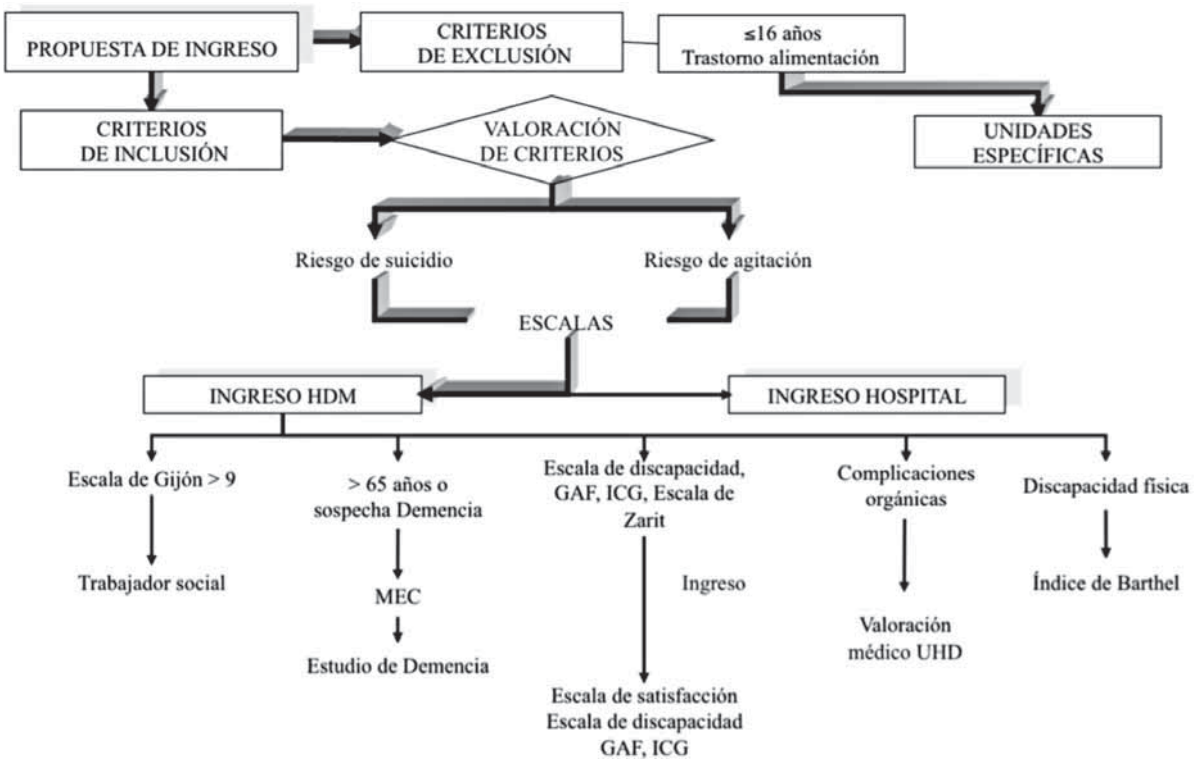
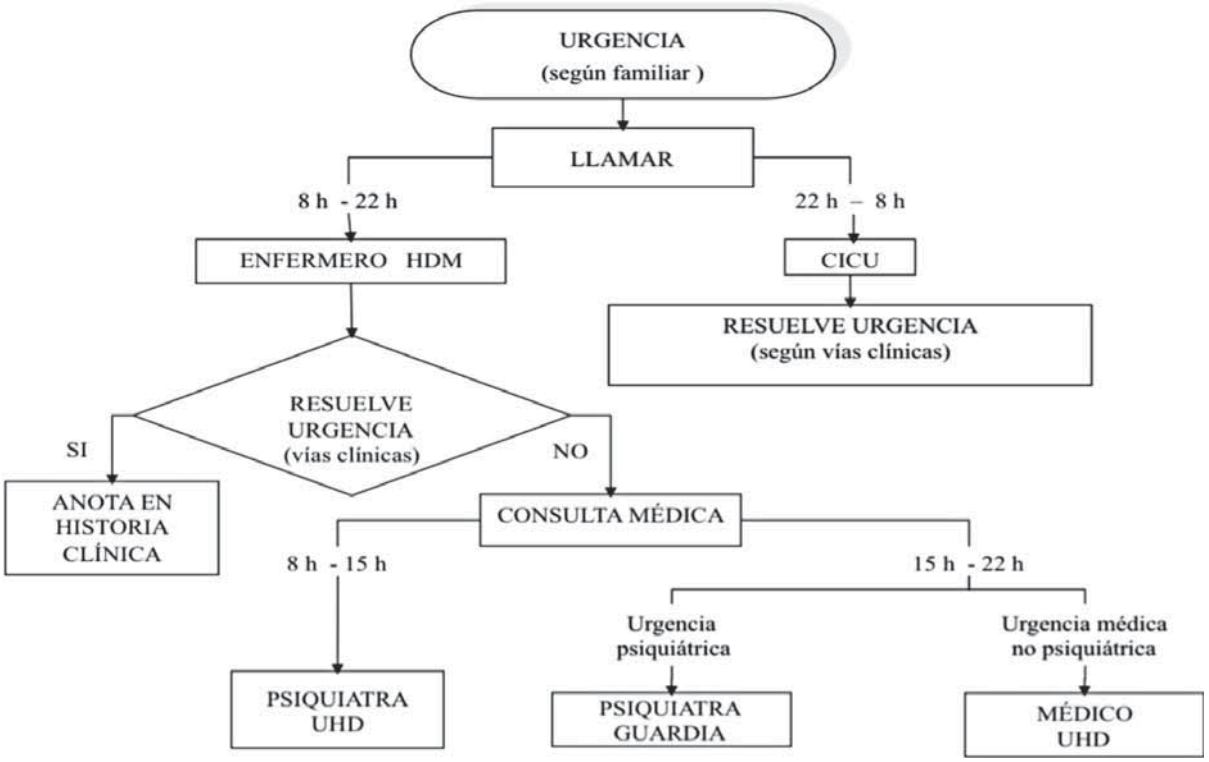


Figura 3 Algoritmo de atención urgente



lud Mental, la buena acogida tanto por parte de usuarios (tanto pacientes como familias, con indicadores de satisfacción muy altos) como de los profesionales sanitarios ha llevado a su implantación en la mayoría de hospitales de Valencia, así como en Alicante y Castellón. Actualmente se dispone de 47 plazas disponibles en toda la comunidad (existiendo unidades con 10 plazas y otras sólo con 5), de las que un total de 43 han sido funcionales durante el año 2010, lo que indica un porcentaje de funcionamiento y ocupación elevados. Pese a la diversidad inter-UHD, se puede concluir que la procedencia de los pacientes se reparte entre los Centros de Salud Mental, Atención Primaria y un cúmulo de pacientes de difícil vinculación a la red de salud mental que son acogidos como "gestión de casos" y señalarían la necesidad de otro tipo de recurso asertivo y comunitario con una duración mayor en el tiempo. La mayor parte de estos pacientes, exceptuando los que se mantienen como "gestión de casos", son derivados al alta primeramente al centro de salud mental, y en segundo lugar a Atención Primaria, siendo muy bajo aquéllos que han precisado ingreso en la Sala de agudos durante el año 2010 (1,6%), así como el de quienes han pedido el alta voluntaria (0,3%). Pese a estos datos globales hay que señalar que el funcionamiento de las unidades se ha ido adaptando a las distintas características de los diferentes departamentos, servicios de Salud Mental y profesionales implicados. En este sentido, llama la atención la diversidad existente entre los indicadores de actividad oficiales (recogidos por la Agencia Valenciana de Salud) de las diferentes UHD de salud mental. Así, las estancias medias pueden oscilar entre 15 días y 2 meses, y otros parámetros como el número de pacientes incluidos en el programa/año, el número y frecuencia de visitas que se realiza a cada paciente y las visitas/día de los profesionales varían enormemente, indicando la flexibilidad del programa en su aplicación en el terreno real.

Los datos sobre su funcionamiento se han presentado en distintos congresos y reuniones científicas pero no se ha realizado todavía ninguna publicación en revistas científicas, así como tampoco ningún estudio (ensayo clínico controlado) que demuestre la eficacia y eficiencia de las intervenciones que se realizan. Podemos considerar que esta primera década está suponiendo la implantación del programa y, dado lo innovador del mismo (gran parte de las UHD se han implementado durante 2009-2010), parece necesario un desarrollo práctico que permita la adaptación de profesionales y usuarios.

Sí se ha publicado sin embargo un capítulo fundamental, las urgencias psiquiátricas en la hospitalización a domicilio con datos conjuntos de los hospitales de Sagunto y Clínico Universitario de Valencia[16]. Los resultados más relevantes del análisis de las urgencias producidas en los hospitales de Sagunto y Clínico Universitario de Valencia son la relativa alta frecuencia de acciones no programadas, la también frecuente activación de las vías clínicas diseñadas con tal fin y la aparición de un número bajo pero significativo de ingresos en sala de agudos como límite final del proceso. El análisis de la capacidad predictiva de las variables psicométricas señala la valoración de la gravedad clínica realizada por el psiquiatra de UHD-Salud Mental en el momento del ingreso como el dato más relevante. La presencia de un diagnóstico de esquizofrenia es también importante en lo referente al ingreso en sala.

Otros resultados de interés sugieren que el programa de UHD-Salud Mental puede ser especialmente útil para el tratamiento comunitario de patologías de complicado manejo como son los trastornos de personalidad, el riesgo suicida y las complicaciones psiquiátricas de los pacientes diagnosticados de demencia.

Este capítulo acaba proponiendo una serie de medidas para mejorar el programa de HDM y un decálogo de recomendaciones prácticas para el abordaje de las urgencias psiquiátricas en la hospitalización a domicilio[16].

Tabla III Decálogo para el manejo adecuado de las urgencias en UHD-Salud Mental

1. Desarrollar guías clínicas por patologías para promocionar un abordaje específico.
2. Entrenar a todo el personal sanitario involucrado en el algoritmo de atención urgente en la aplicación correcta de las vías clínicas.
3. Realizar visitas conjuntas de enfermero/a y psiquiatra que permitan entrevistas separadas con el paciente y sus familiares, y aseguran un mejor manejo de posibles situaciones conflictivas.
4. Usar antipsicóticos de segunda generación para evitar la aparición de efectos extrapiramidales.
5. Abordar los episodios de agitación psicótica con fármacos de liberación prolongada como el zuclopentixol en su presentación acufase.
6. Establecer unos objetivos claros y consensuados con el paciente y sus familiares al inicio del proceso para evitar la generación de expectativas irreales y el desarrollo de hospitalismo.
7. Involucrar al resto del equipo de la UHD para la prevención y el tratamiento de las complicaciones médicas en los pacientes de riesgo (p.ej. demencias).
8. Explicar de forma clara y concisa el algoritmo de atención urgente a familiares y pacientes con especial énfasis en el uso adecuado de la consulta telefónica.
9. Reforzar la continuidad de cuidados mediante una relación fluida con el CICU y atención primaria.
10. Potenciar la implicación de los familiares como verdaderos agentes de salud en la mejora continua del proceso de HDM

CONCLUSIONES: UNA MIRADA AL FUTURO

Los datos preliminares señalan la UHD de Salud Mental como una buena alternativa a la hospitalización en salas de agudos, habiendo sido acogida de forma muy favorable tanto por profesional sanitario como para pacientes y familiares. La implantación de programas de UHD-Salud Mental en diferentes departamentos de la Comunidad Valenciana ha enriquecido este recurso desde el punto de vista conceptual, dotándolo además de un sentido práctico. Ha llegado la hora de trabajar en equipo para explorar las posibilidades de estos programas, un trabajo que tendrá sentido si somos capaces de incorporar no sólo a los profesionales implicados sino también a los potenciales usuarios, tanto a los pacientes como a sus familiares.

Un segundo aspecto a destacar es la necesidad de evaluar su eficacia y su eficiencia. Para ello es preciso diseñar y llevar a cabo ensayos clínicos controlados que permitan evaluar estos aspectos y estudios de efectividad para comprobar su impacto más allá de la misión de estos programas, el evitar ingresos y acortar las estancias hospitalarias.

El futuro puede deparar una tercera vía, las posibilidades de implantación de estos programas, o variantes de los mismos, en otras comunidades autónomas con una estructura distinta de asistencia sanitaria.

RESUMEN

La hospitalización a domicilio en Salud Mental es un programa estructurado de Psiquiatría Comunitaria, basado en principios de calidad y gestionado como un proceso que está funcionalmente integrado en las unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

Su desarrollo actual se centra en la Comunidad Valenciana, donde se ha extendido en varios departamentos aunque con importantes variantes en su aplicación práctica.

Tiene un enfoque clínico, desarrollado en su versión original por psiquiatras y enfermeros, que plantean un programa terapéutico destinado a poner a disposición de los pacientes los recursos hospitalarios manteniendo a estos en la comunidad.

Supone una alternativa a la hospitalización en salas de agudos de Psiquiatría y es complementario con el resto de los recursos de la red de Salud Mental, especialmente aquellos destinados al tratamiento de los pacientes crónicos con Trastorno Mental Grave.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Brimblecome N. Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001. Libro pionero en los inicios de los tratamientos intensivos a nivel domiciliario para pacientes agudos. Describe la diversidad de esos programas en aquel momento, con un sentido práctico que resulta ilustrativo de las dificultades de cualquier inicio.

Megías F, Aguilar EJ, Silvestre F. Hospitalización Domiciliaria. Salud Mental. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2004, 134 pps. Libro de referencia para los programas UHD-Salud Mental en la Comunidad Valenciana. Se describe exhaustivamente los componentes y los elementos básicos de gestión de esos programas descritos como procesos. Es un libro escrito para poner en marcha los programas y, por lo tanto, no recoge datos sobre el funcionamiento de los mismos.

Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press, 2008, 336 págs. Libro de referencia para los programas de resolución de crisis en el Reino Unido. Es una guía excelente para el desarrollo de estos programas, cuenta con la colaboración de los autores que han publicado los trabajos científicos más importantes sobre el tema y cubre una amplia variedad de aspectos con relevancia práctica incluidas las variantes del programa y su integración con otros recursos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 392-7.
(2) Balsera J, Rodríguez C, Caba R, Vega R, Ruiz H, Clusa D et al. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: el programa PSI-TMS. Actas Esp Psiquiatr 2002, 30: 350-7.
(3) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, 184 pps.
(4) Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004; 185: 283-90.
(5) Megías F, Aguilar EJ, Silvestre F. Hospitalización Domiciliaria. Salud Mental. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2004, 134 pps.
(6) Lobo A, Ezquerra J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El «Mini-Examen Cognoscitivo»: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1979; 3: 189-202.
(7) Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-52 (a).
(8) Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 1986; 143: 35-9.
(9) Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 307-16 (b).
(10) García JV, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40.
(11) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Mijo LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol 1996; 6: 338-46.

(12) Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T. Indice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
(13) Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assessment Manual. Rockville: National Institute Mental Health, 1976.
(14) Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-8.
(15) Moreno B, Torres F, Godoy JE. Evaluación de Servicios de Salud Mental en el ámbito de la atención comunitaria. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 253-8.
(16) Aguilar EJ, Megías F, Alvarez de Lasarte I, Megías C, Corral R. Urgencias psiquiátricas en la hospitalización a domicilio. Evaluación e intervención en las urgencias psiquiátricas. Bertolín JM, editor. Capítulo 9. Madrid: Elsevier España, 2009, p 109-18.

4.7. Unidad de Hospitalización en Hospital General

Ana Moreno, Manuel Desviat

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, los principios de la atención a la pérdida de la salud mental se recogen en el capítulo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986[1] que sanciona la plena integración en el sistema sanitario de las personas afectadas de enfermedad mental y la base comunitaria de la atención. Esta ley especifica que la atención se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Concreta que la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Este es el marco legislativo del que parte el desarrollo de unidades de hospitalización por motivos de salud mental en los hospitales generales, si bien encontramos antecedentes de este tipo de hospitalización en nuestro país ya en el siglo XV, junto con el encierro en asilos y hospitales psiquiátricos[2]. Por otra parte, en algunas comunidades siguen existiendo unidades de hospitalización breve en hospitales psiquiátricos, donde se realizaban la mayor parte de los ingresos y constituían la forma principal de abordaje de los trastornos mentales graves, hasta la reforma[3]. Posiblemente, los inicios de la reforma pusieron más atención a los dispositivos comunitarios y la llegada al hospital general que a la adecuación de los espacios en los que se produciría la misma.

Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos para el tratamiento intensivo y continuado en régimen de hospitalización completa de pacientes afectados de trastornos psiquiátricos, que, por diversos motivos relacionados con la gravedad y repercusión de la psicopatología, situación socio familiar, riesgo para el paciente o para otros, necesidad de un tratamiento en un recurso hospitalario o de un diagnóstico diferencial que requiera pruebas físicas, o falta de apoyos en la comunidad que aseguren los cuidados necesarios, no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos comunitarios. Aunque suelen denominarse como "unidad de hospitalización breve", desde nuestro punto de vista conduce a error denominar los recursos por el tiempo en el que, de media, los pacientes permanecen allí y no por los objetivos o la especificidad del tratamiento que se administra en el contexto de la red de atención a la salud mental. La hospitalización está integrada con el resto de los dispositivos de la red comunitaria, con la que debe estar coordinada.

Su característica diferencial con otros dispositivos de la red de atención de Salud Mental reside en la existencia de cuidados de enfermería continuados durante todo el tiempo de estancia. En realidad todos los dispositivos de la red incluyen elementos de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo social y tienen una naturaleza mixta que contiene elementos estrictamente sanitarios, más psicosociales y puramente de apoyo. La unidad de hospitalización se situaría en el polo más estrictamente sanitario. Se considera que la necesidad de camas de hospitalización se sitúa en 1/10.000 habitantes en España (en otros países europeos es más de 10 veces superior)[4].

Las unidades de hospitalización atienden a aquellas personas que están más agudamente enfermas, que sufren altos niveles de

angustia y que no pueden ser atendidos en sus propios hogares o en otro tipo de recursos en la comunidad. Las condiciones en las que se realiza la intervención suelen ser poco favorables[5]:

- Gran parte de los ingresos se producen de forma involuntaria; a ello se suma la ausencia de conciencia de enfermedad en la mayoría de estos casos. Cuando somos considerados de forma menos amenazante, o el paciente toma conciencia de su situación, o se establece una fluida comunicación –condiciones que marcarían el comienzo de un proceso terapéutico- finaliza nuestra intervención. Por otra parte, el personal se enfrenta diariamente a la angustia que produce la enfermedad mental grave, la posibilidad de la violencia.
- El espacio en el que este proceso se realiza suele ajustarse más al diseño de las necesidades de una sala para tratar enfermedades orgánicas, que a la habitabilidad de un entorno terapéutico. Si esto es así en general en las unidades de hospitalización, es más grave en la urgencia de los hospitales, donde las condiciones y las actitudes profesionales en las que son atendidas las personas que acuden por algún problema de salud mental son especialmente inadecuadas.
- En algunas unidades de hospitalización, el personal de enfermería, a cuyos cuidados permanece el paciente todo el tiempo puede no estar formado, estando más adiestrado en rutinas sanitarias que en el manejo de conductas o problemas emocionales. Debería ser obligado que la enfermería de las unidades de hospitalización estuviera especializada en salud mental.
- Las prescripciones terapéuticas son casi exclusivamente farmacológicas o biológicas, y por lo general, no muy bien recibidas por el paciente. A menudo tienen un carácter finalista de reducción sintomática.

Por otra parte, la presencia de personas afectadas de enfermedad mental en el hospital general, en la urgencia, desgraciadamente sigue produciendo rechazo en parte de los profesionales que deben tener alguna relación con ellos, llegando a producir situaciones de auténtica discriminación con riesgo importante para la salud del paciente[6].

DEFINICIÓN Y ALCANCE, CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios del SNS recoge el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise[7].

No hay unas normas claras y consensuadas sobre los criterios de ingreso en las unidades de hospitalización de salud mental en los hospitales generales. Posiblemente porque, se ha dicho más arriba, las condiciones que llevan a una persona a precisar un ingreso no dependen únicamente de la gravedad de la psicopatología o de la necesidad de estudios orgánicos o de la aplicación de un tratamiento especialmente complejo que requiera ingreso. Si el objetivo del ingreso de forma genérica es que la persona esté en condiciones de seguir tratamiento en la comunidad, los factores que pueden llevar al ingreso también se pueden situar en la quiebra del sistema de cuidados en relación con la situación a la que se enfrenta. Esta es una de las razones que explican las diferencias en la utilización de la hospitalización en unas áreas y otras. Cuando hablamos de la quiebra del sistema de cuidados, hacemos referencia a los cuidadores habituales pero también a la red de salud mental: una red saturada, con demoras en la atención prolongadas e indiscriminadas o en la que no funcionen sistemas de continuidad de cuidados de forma eficiente o no produzca alarmas que lleven a actuaciones concretas por parte de los profesionales ante la pérdida de pacientes afectados de trastorno mental grave, es una red que ha perdido su capacidad de contención y apoyo. En esa

situación, aumenta el número de ingresos con objetivos poco adecuados a las características del dispositivo.

Los factores que influyen en la decisión del ingreso pueden sintetizarse en[8,9]:

– Factores relacionados con el propio paciente (por qué y por qué en ese momento acude el paciente a la urgencia, qué expectativas tiene, gravedad de la sintomatología, factores socioculturales y económicos, voluntariedad o no del tratamiento, etc.)
– Factores relacionados con el entorno (intervención de las autoridades policiales o judiciales, disponibilidad de apoyos sociales del paciente (amigos y familiares), recursos de la comunidad tanto existencia como disponibilidad real, etc.)
– Factores relacionados con el profesional (características del personal sanitario, experiencia, toma de decisiones en equipo (incluyendo en este aspecto la existencia de supervisión), o individualmente y las características de la situación, hora del día o día de la semana).

Aun con estas consideraciones, los diagnósticos más frecuentes en las unidades de hospitalización son esquizofrenia y psicosis paranoides, psicosis afectivas, otros trastornos depresivos, otros trastornos neuróticos, trastornos por uso de sustancias, demencia y otros trastornos orgánicos y trastornos de personalidad, cuya proporción ha ido variando a lo largo de los años en función del desarrollo de otros dispositivos en la red.

LEGISLACIÓN, GARANTÍAS

La enfermedad mental puede producir en ocasiones limitaciones más o menos temporales en la extensión de la capacidad de las personas para tomar decisiones (véase el capítulo dedicado a competencia y capacidad en este mismo manual). Este es el argumento y la condición desde donde pensar la eventualidad de proceder a realizar un ingreso involuntario: cuando la persona, por la afectación a cualquier nivel del proceso de toma de decisiones, no es capaz de tomar la que resulte más favorable a sus intereses y valores, lo que le coloca en una situación de riesgo. Se trata pues, de un sistema de garantías en la que el juez asegura la pertinencia de las decisiones de los profesionales y las condiciones en las que se produce el ingreso. La posibilidad de proceder a un ingreso involuntario por razones de pérdida de la salud mental está recogida en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

Artículo 763. *Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.*

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
   La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.
   En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por si mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.
   En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.
4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.
   Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.
   Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.
   Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

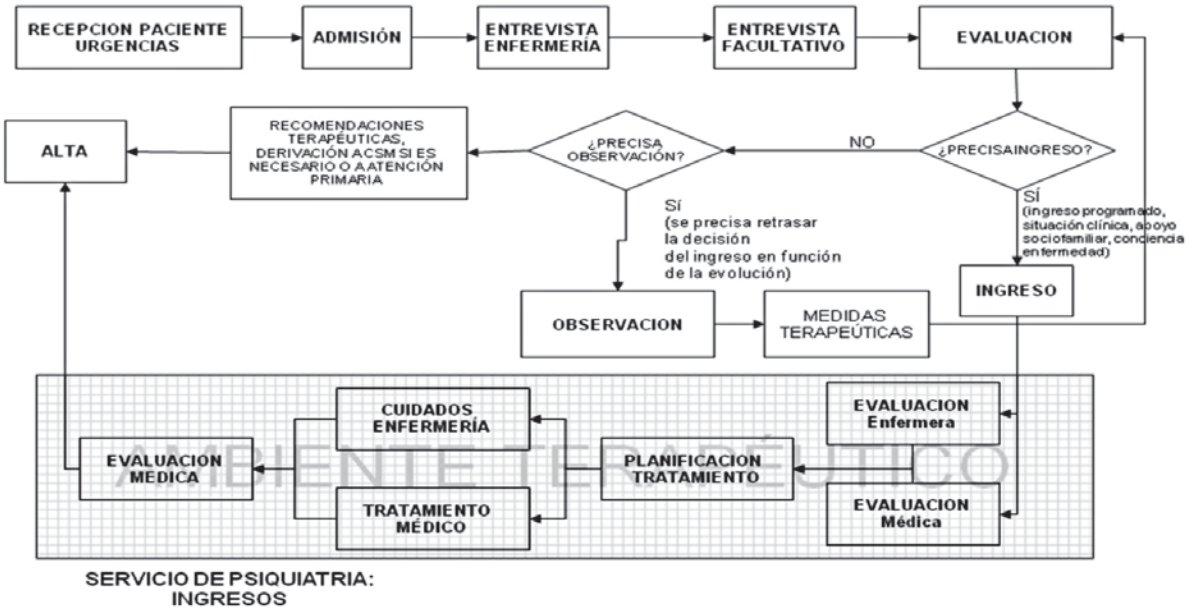
Como vemos, en el caso de ingreso involuntario urgente, el profesional tiene la obligación de comunicarlo al juzgado en el plazo de 24 horas y el juzgado, la obligación de ratificar o no la medida en el plazo de 72 horas.

A estos efectos, la unidad debe tener protocolizado el ingreso y disponer del registro escrito de:

- Consentimiento voluntario de ingreso (aunque en algunos hospitales no lo tienen aduciendo que, dado que no existe en otros servicios, es una forma de discriminación). El registro de alta voluntaria suele ser común al resto del hospital.
- Comunicación al juzgado de ingreso involuntario urgente. Según la organización de cada zona, la comunicación se hace al juzgado de instrucción que se ocupa de los internamientos o al juzgado de guardia y, en cualquier caso, siempre dentro de las 24 horas siguientes al ingreso. Como ya hemos señalado, las limitaciones en la capacidad pueden, y de hecho lo hacen, variar a lo largo del tiempo, por lo que se pueden producir, a lo largo del ingreso, bien situaciones en las que el paciente gana capacidad, bien otras en las que la pierde. Por tanto, existen también registros de comunicación al juzgado que dan cuenta de estos cambios: cambio de ingreso involuntario a voluntario y viceversa.
- En ocasiones se produce la ruptura de un internamiento no voluntario cuando el paciente con este tipo de ingreso abandona el recinto hospitalario de forma unilateral. En esta situación se da cuenta a los Cuerpos de Seguridad del Estado y al Juzgado. Estas comunicaciones también suelen estar protocolizadas y quedar registro escrito de las mismas.

ORGANIZACIÓN

Aun con diferencias en la organización de cada unidad, podríamos resumir el proceso de hospitalización en el siguiente esquema:



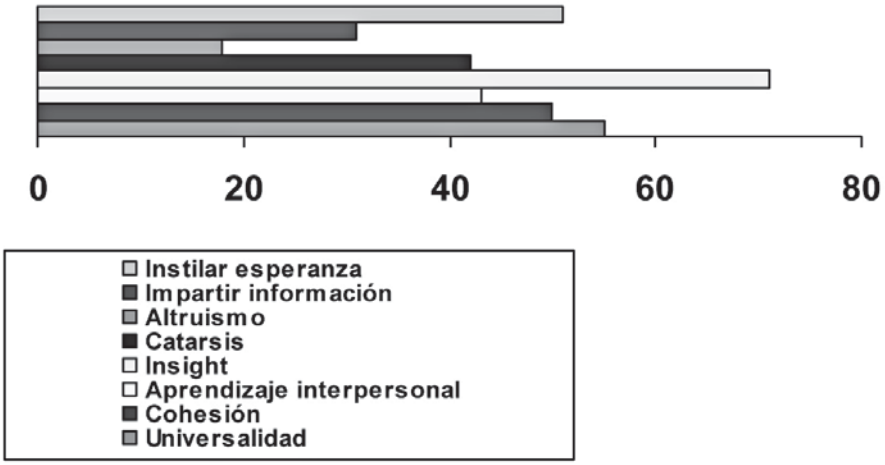
La organización de la unidad de hospitalización garantiza la aplicación de los cuidados necesarios durante la hospitalización. El cuidado fundamental en el que se inscriben todos los demás y cobran sentido es la utilización del medio como agente terapéutico. El ambiente terapéutico, cuya creación es en sí mismo uno de los más importantes tipos de tratamiento que el hospital puede ofrecer según enunció un comité de expertos de la OMS en 1953[10], puede definirse como un espacio capaz de contener y otorgar significado a las experiencias y conductas del paciente, y posibilitar el cambio y la aplicación de otras medidas terapéuticas. Este comité identificó como características del ambiente terapéutico: preservar la individualidad del paciente, tener confianza en las personas atendidas, fomentar las buenas conductas, potenciar la responsabilidad e iniciativa de los pacientes y proporcionar una actividad adecuada durante el día.

Leeman entiende el medio terapéutico como un entorno dinámico, estructurado y de seguridad en el que se trabaja con el paciente, proporcionando un *"espacio de seguridad"*, una atmósfera no punitiva donde se prodigan cuidados y se promueve que las personas se estabilicen psicopatológicamente mediante tratamientos terapéuticos intensivos y personalizados[11]. Morrison insiste en la concepción del ambiente terapéutico como aquel marco cuyo propósito es ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más eficaces. Moss y Holtts señalan que la interacción individuo y ambiente es capaz de explicar el 20% de las respuestas, tanto del personal como de los pacientes[12].

En este medio terapéutico, la existencia del grupo terapéutico (formalmente constituido, con horario y frecuencia fija, al que asisten todos los pacientes y todo el personal, dirigido por un psiquiatra) es una fuerza fundamental en el resultado del tratamiento. Utilizando elementos combinados de presión de grupo positiva, confianza, seguridad y repetición, el ambiente terapéutico ofrece un escenario privilegiado para que los pacientes trabajen sus problemas psicológicos. Las claves de un medio terapéutico son: apoyo, estructura, repetición y expectativas adecuadas.

Si bien se necesita tiempo para lograr un medio terapéutico, se consigue si se logra un entorno de confianza y seguridad. Los miembros del grupo ensayan cambios de comportamiento y examinan sus temores sin miedo al juicio o represalia. Esto pue-

de crear empatía y comprensión, reducir la sensación de estar solo y ayudar a generar nuevas ideas sobre cómo la persona puede manejar sus propias dificultades[13]. En este sentido, el hospital puede entenderse como una comunidad temporal de personas que han sido reunidos por casualidad y por el momento de su enfermedad y que no es sólo una comunidad de sufrimiento, sino también y básicamente una comunidad de afrontamiento. Los factores terapéuticos grupales definidos por Yalom[14] pueden ser valorados y medidos en este contexto. En la gráfica que figura más abajo, los pacientes valoran la contribución de los factores terapéuticos en su mejoría (en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, al alta, se pasa a los pacientes una encuesta de satisfacción donde aparece una pregunta en relación con estos factores)



La filosofía de cuidados de la unidad ha de fundamentarse en rescatar los aspectos saludables de las personas, a partir de los cuales éstas puedan desarrollar capacidades que les permitan afrontar las dificultades asociadas al proceso de enfermedad. Es crucial igualmente fomentar la autonomía y autorresponsabilidad del paciente frente a su propio proceso de salud.

La organización y la configuración del entorno terapéutico es una de las tareas más importantes del equipo de tratamiento. Los principios básicos de la estructura de la unidad deben adaptarse a las necesidades individuales del paciente. Según criterios de la Joint Commision para la acreditación de hospitales, el medio terapéutico debe:

- Ser pensado y planificado para proporcionar seguridad contra el peligro físico y el trauma emocional. El equipamiento debe proporcionar un ambiente hogareño. Las necesidades físicas y de privacidad deben ser cubiertas.
- Promover la interacción y la comunicación entre los pacientes y el personal.
- Proporcionar un campo de pruebas para los nuevos patrones de comportamiento al mismo tiempo que los pacientes asumen la responsabilidad de sus actos. Se debe explicar a los pacientes las expectativas de comportamiento, incluyendo las normas de la unidad.
- Proporcionar un marco coherente y consistente. Este criterio refleja aspectos de una sociedad democrática. Todos los pacientes son tratados como iguales siempre que sea posible con respecto a las restricciones y normas.
- Proporcionar a los pacientes respeto y dignidad. Las interacciones adulto-adulto debe prevalecer siempre que se pueda, promover la igualdad entre las partes interesadas, el intercambio de información interpersonal, y la evitación de juegos de poder. Los clientes deben ser alentados a utilizar los recursos personales para resolver problemas o conflictos.

- Transmitir una actitud de aceptación general y optimismo. Los conflictos entre los miembros del personal deben ser manejados y resueltos de alguna manera para mantener un medio terapéutico. Los clientes son perceptivos de estas reacciones y puede sentir que son la causa de los conflictos entre el personal.
- Permitir la evaluación continua y la evaluación del progreso de los pacientes con modificaciones en el tratamiento y las intervenciones de enfermería, según sea necesario[15].

Desde este modelo, la organización del equipo terapéutico y las actividades de la unidad giran en torno a la creación y mantenimiento del ambiente terapéutico en el que se inscribirán el resto de intervenciones. Se han identificado cuatro dimensiones que configuran el ambiente terapéutico: espacio físico, dinámica de funcionamiento, el ambiente relacional y el trabajo en equipo, incluyendo el clima laboral[16]. Nos detendremos en cada uno de ellos.

1. Estructura o Ambiente Físico

Las Unidades de hospitalización han de disponer de espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna acordes a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos[17], Para que el espacio físico sea terapéutico es fundamental encontrar un equilibrio entre aspectos como la seguridad, la privacidad y la dignidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las diferencias culturales. Se considera que el tamaño ideal de estas unidades está entre 15 y 30 camas[18].

Entre las sugerencias para una adecuada estructura arquitectónica, que facilite los objetivos de la unidad, podemos señalar con A Higueras:

- Ubicarse en una única planta, preferentemente planta baja con acceso a espacios abiertos.
- Primando las condiciones de habitabilidad sobre el ajuste al entorno sanitario (distribución de los espacios, colores, mobiliario, iluminación)
- El control de enfermería: abierto y en el centro del Servicio, permitiendo el mayor alcance visual posible
- Entre 15 y 30 camas. Al menos un tercio de ellas individuales y más próximas al control de enfermería
- Menor protagonismo de los dormitorios con respecto a los espacios de actividad
- Suficiente privacidad (servicios, armarios...)
- Elementos referenciales (calendarios, relojes, tablones de anuncios, fotos para la identificación del staff...)
- Elementos decorativos (plantas, luces, mobiliario, fuente de agua para beber..)
- Espacios comunes con ambientes diferenciados. Al menos, sala de TV y otra más tranquila para lectura o juegos de mesa
- Sala de actividades grupales (Relajación, expresión corporal, ejercicio físico)
- Hidroterapia
- Medidas de seguridad (apertura de puestas hacia fuera, ausencia de elementos sobresalientes en habitaciones y baños, espejos irrompibles que no deformen la imagen…) no reñidas con la estética.

Tabla X. Condiciones arquitectónicas de las unidades de hospitalización, modificado de A Higueras[5].

Los espacios comunes deben posibilitar el encuentro y la interacción social además de ofrecer un espacio compartido para la realización de tareas de ocupación del tiempo libre (lectura, pintura, escritura, televisión, ping-pong y otros juegos de mesa…). Disponer de reproductores de música y video, música variada y películas de imagen podría ser favorable. En las unidades en las que no se disponga de teléfono en la habitación o no se permita el uso del móvil, debe existir cabina telefónica en una ubicación que permita privacidad en la conversación. Otras instalaciones complementan la estructura física de la unidad tales como el control y estar de enfermería, el cuarto de medicación, el almacén y lencería, la biblioteca, los despachos de los facultativos y la supervisora de la unidad. En algunas unidades existe una habitación con posibilidad de control visual directo para aquellas situaciones en las que es preciso el uso de la contención mecánica. No podemos ignorar que las condiciones atmosféricas y ambientales de la unidad: temperatura, humedad, luminosidad y presencia de ruidos influyen significativamente en el proceso terapéutico, por tanto son susceptibles de controlar.

Por último es importante cuidar los elementos de seguridad y los objetos de utilización dentro de la Unidad, con el propósito de reducir al máximo las posibilidades de riesgo vital y otros riesgos. Para la supervisión de los pacientes además de la interacción directa con los pacientes, se ha extendido el uso de circuitos cerrados de tv, manteniendo la privacidad de la persona.

2. Dinámica de funcionamiento.

La dinámica de funcionamiento constituye un aspecto central del ambiente terapéutico. Permite organizar la vida de la unidad, estructurar el tiempo y asegurar la predicción y seguridad en el ambiente.

Si tomamos como punto de partida el momento del ingreso, podemos agrupar la dinámica de funcionamiento, siguiendo el documento "Ambiente terapéutico en Salud Mental"[16], ya mencionado en la bibliografía, en fase de acogida, organización, oferta y planificación de las actividades, implicación activa de pacientes en el tratamiento, implicación activa de familiares en el tratamiento y la continuidad y coordinación asistencial.

– *Acogida*. los primeros contactos de la persona y sus familiares en la Unidad. Merecen especial atención. Son diversos los aspectos psicológicos inherentes al ingreso que actúan como factores generadores de estrés (cambios que implica la hospitalización en el propio estilo de vida, separación del entorno habitual y diversas pérdidas, incorporación a un medio extraño, en ocasiones vivenciado como hostil) que se unen a las emociones previas asociadas al proceso psicopatológico, por tanto el ingreso incrementa en la mayoría de los pacientes el malestar emocional. Es imprescindible que dentro del Medio Terapéutico se cuide sobremanera el primer encuentro: la acogida del paciente y familiares, presentación de los profesionales, entrevista de acogida y evaluación, acompañamiento hasta su acomodación completa y segura en la Unidad. Se aporta información verbal y escrita al paciente y a los familiares sobre el funcionamiento de la Unidad (horarios, actividades, rutinas, medidas de seguridad, recomendaciones, información clínica…) y se clarifican aquellos aspectos que queden insuficientemente comprendidos o generen interrogantes.

• *Organización:* la organización del medio terapéutico debe permitir lograr los objetivos marcados para el ingreso. Habitualmente, además de lo relacionado con unas normas de funcionamiento claras, se basa en la aplicación de protocolos y planes de cuidados para cada paciente en concreto, desde las competencias de cada profesión. Para los psiquiatras, la organización debe facilitar y permitir:

EVALUACIÓN: Anamnesis, con el paciente y/o los familiares, exploración psicopatológica, solicitud de pruebas complementarias –analíticas, neuroimagen, psicológicas- y despistaje de patología orgánica. En el caso de ingreso involuntario, notificación al juzgado. Realización de juicio diagnóstico y planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en UHB conjuntamente con el paciente y familiares así como con su terapeuta responsable del CSM, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado.

INTERVENCIÓN: Manejo psicofarmacológico y clínico; entrevistas terapéuticas individuales y/o familiares; intervención en crisis; psicoterapia de apoyo y otras modalidades psicoterapéuticas: entrenamiento en relajación; terapia de conducta, etc…, psicoeducación; elaboración y manejo de protocolos específicos (paciente agitado, paciente suicida, TEC, etc).

COORDINACIÓN: Con el equipo de enfermería (diarias: reunión de cambio de turno de mañana, reunión de equipo semanal para garantizar la coherencia del abordaje del paciente desde distintos profesionales). Con los profesionales del CSM para garantizar la continuidad de cuidados, seguimiento al alta y acuerdo en los objetivos del ingreso.

ALTA: Planificación del alta en coordinación con el CSM (alta con cita en el CSM y otros profesionales de referencia). Informe de alta en mano.

Respecto a los profesionales de enfermería, cabe destacar la sistematización y estructuración de los cuidados que ha supuesto la incorporación y desarrollo del proceso enfermero que "podríamos considerar una estructura de valoración unificada, a partir de la cual, obtener información que sería posible analizar y sintetizar atendiendo al modelo conceptual elegido, diagnosticar y hacer una propuesta de plan de cuidados que responda al objetivo establecido por dicho modelo"[19]. A partir de la evaluación, se detectan y abordan problemas de forma sistemática mediante la elaboración y aplicación de planes estandarizados de cuidados, en coordinación con el resto de cuidados profesionales. Aunque casi todas las unidades disponen de protocolos para algunas actividades (protocolo de contención mecánica, de TEC, de prevención de conductas suicidas), cabe destacar la importancia de facilitar el desarrollo de actuaciones protocolizadas.

– *Oferta y planificación de las actividades.* La importancia de la estructuración del tiempo a través de la oferta de actividades ha sido identificada en muchos estudios como elemento crítico, especialmente en estudios cualitativos con pacientes y familiares, la oferta de actividades contribuye a disminuir las conductas disruptivas y violentas y puede tener, por sí, una función rehabilitadora[16].

A modo de ejemplo, se presenta la estructuración del tiempo de una UHB en la tabla siguiente.

– *Implicación activa de pacientes y familiares en el tratamiento:* Aunque se ha intentado ir profundizando en la participación de pacientes y familiares en la vida, la toma de decisiones respecto al tratamiento en la unidades de hospitalización, la situación dista mucho de ser homogénea ni satisfactoria. Los estudios indican que una mayor participación del paciente y la familia es clave a la hora de hablar de prestaciones de salud excelentes y es una reivindicación de las asociaciones de usuarios[16]. Desde nuestro punto de vista cabe destacar algunas experiencias en nuestro medio como las unidades abiertas a los familiares 24/24 horas (Huelva, Jerez), la presencia de ex usuarios del servicio como mediadores entre éste y el paciente (algunos servicios en Cataluña) y las aportaciones de asociaciones de usuarios y familiares sobre las condiciones que debería reunir la hospitalización para ser respetuosa con sus derechos[20].

HORA	ACTIVIDADES DIARIAS
7:45-8:15	Levantarse, extracción analítica, recogida de muestras
8:30-9:15	Grupo de buenos días
9:15-9:40	Desayunos
9:40-10	Aseo
9:30-11:30	Terapia ocupacional (al mismo tiempo, entrevistas ind/fam con psiquiatra)
11:30-12:30	Grupo terapéutico
13-13:30	Comida
13:30-14:45	Salida terapéutica con personal
16:00	Grupo de relajación
16:30	Merienda
17-19:30	Visitas, salidas
20-20:30	Cena
20:15-21:15	Toma de constantes, tiempo libre
23	Recena
24-7:45	Descanso nocturno
ACTIVIDADES SEMANALES	
Miércoles 16-17 h: grupo de familiares	
Salidas terapéuticas en los pacientes en los que es posible durante los fines de semana	

– *Continuidad y coordinación asistencial.* La continuidad se garantiza mediante una visión compartida del trabajo asistencial como un recorrido a lo largo del proceso de la enfermedad en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes y en tiempos de actuación diferentes. Lo que lleva necesariamente a una reflexión de equipo donde se puedan poner en común hipótesis de trabajo, objetivos y actuaciones. Por otra parte, la continuidad del ambiente terapéutico precisa de este mismo abordaje por parte de los miembros del equipo. La continuidad asistencial durante la hospitalización se lleva a cabo a través de reuniones establecidas en la unidad integradas en el horario de actividades. Esta continuidad asistencial hace referencia a las reuniones multiprofesionales diarias (en la reunión de cambio de turno, en el post-grupo), reuniones de relevo entre turnos, reuniones de equipo para informar sobre la organización, protocolización y normas de funcionamiento general, sesiones clínicas multidisciplinares y reuniones para trabajar la comunicación intraequipo, donde se pueden tocar aspectos como clima laboral, evaluación de conflictos, etc.

3. Ambiente relacional

Hace referencia a la relación entre pacientes y profesionales, cuyas características se han detallado en los componentes del medio terapéutico y es una de las áreas del ambiente en las unidades medida por la escala de Moos (Ward Atmosphere Scale)[21]. En un ambiente en el que se cuidan la vinculación, el apoyo y la espontaneidad, es posible apertura y transparencia; se posibilita que los pacientes hablen sobre sus temores, conflictos y decepciones para encontrar mejores for-

mas de hacer frente en la comunidad a sus dificultades. Permite igualmente la experiencia de la reacción de un grupo diferente de personas en respuesta a patrones de comportamiento habituales en el paciente. A nosotros nos permite una mejor comprensión de las reacciones dentro de la familia. Los pacientes conviven entre si y con el personal tratante muchas horas y esta convivencia tiene un potencial terapéutico muy intenso si las interacciones se dan con suficiente libertad y tranquilidad como para que surja un microcosmos en el que se repiten las pautas problema de los pacientes y puede iniciarse el proceso de cambiarlas. Se trataría de establecer una cultura de aceptación, validación y optimismo, centrada en las necesidades del paciente, focalizada en promover estrategias de afrontamiento eficaces y en la que se reconozcan también las necesidades de soporte del equipo multidisciplinar que trabaja en la unidad. Un ambiente proactivo que no espera a que se produzcan conductas disruptivas para contenerlas sino que intentar evitar que se produzcan.

4. Trabajo en equipo

Un equipo no es un conjunto de personas que trabajan en el mismo sitio y a la misma hora: están organizados para cooperar y complementarse en sus funciones. El trabajo en equipo implica compartir un objetivo común y una integración de conocimientos e ideas aportadas por cada una de las personas miembros, que poseen una especialización particular y son responsables de sus decisiones y acciones. Comporta beneficios para los pacientes y sus familiares y para los propios profesionales y favorece una mejor calidad de la toma de decisiones. Compartir la información que posee el equipo en su conjunto permite una mejor comprensión del paciente globalmente, una toma de decisiones más ajustada y, por otra parte, transmite al paciente y a sus familiares una mayor sensación de seguridad al reducir las discrepancias e incongruencias en el abordaje que están relacionadas con diferencias individuales entre el personal. Trabajar en equipo no significa diluir responsabilidades sino poder comprender mejor por qué cada uno hace lo que hace, en el contexto de un abordaje multidisciplinar. El trabajo en equipo intenta abordar los conflictos que surgen entre el personal de forma que disminuya el malestar y mejore la eficacia del conjunto.

COORDINACIÓN CON LA RED DE SALUD MENTAL

La actividad de la unidad de hospitalización debe estar coordinada, al menos, con el centro de salud mental, lugar básico de la toma a cargo del paciente y de decisión sobre la planificación y ejecución del tratamiento. Esta coordinación es fundamental para la congruencia y actuación sinérgica de dispositivos y profesionales así como para garantizar la continuidad en el cuidado de la comunidad al hospital y viceversa. Tanto los profesionales del centro de salud mental como los de la unidad de hospitalización deben ser conscientes de que el paciente tiene derecho a esa mirada longitudinal. Por otra parte y aunque la puerta de entrada para la inmensa mayoría de pacientes es a través de la atención primaria de salud, para un 5% de los casos puede ser la urgencia hospitalaria o la derivación desde otras especialidades médicas o – muy excepcionalmente - desde instancias judiciales que inician su recorrido en la red en el hospital[22].

Aunque la coordinación con el centro de salud mental debe estar formalizada como actividad específica y planificada en forma de reunión, habitualmente semanal, en algunas comunidades todavía no es así. La coordinación no sustituye la necesidad de contacto telefónico entre los profesionales con responsabilidad en el tratamiento del paciente en distintos dispositivos. Los objetivos de esta reunión de coordinación pasan por compartir y acordar objetivos del ingreso, información relevante respecto a utilización de recursos del paciente, aspectos que condicionan la evolución y el tratamiento, detección de situaciones nuevas detec-

tadas a partir de la utilización de la urgencia o la hospitalización, asignación de terapeuta para pacientes nuevos en la red en los que se detecte la necesidad de programas específicos al alta… y todos aquellos factores que van a facilitar el regreso en las mejores condiciones posibles del paciente a la comunidad.

A MODO DE REFLEXIONES

No disponemos de espacio en este apartado para exponer algunas de las cuestiones que plantea hoy día la hospitalización, algunas de ellas técnicas como la pertinencia o no de unidades específicas, la reorganización por niveles asistenciales, otras relacionadas con el papel que cumple la hospitalización en la red de salud mental, otras en fin que atañen a las demandas de familiares y pacientes casi todas ellas conectadas con una mayor participación en la toma de decisiones que conciernen a su salud, un mayor empoderamiento y un trato más respetuoso con los derechos humanos. En cualquier caso, algo tendremos que pensar y cambiar para que el ingreso pueda ser valorado como una experiencia emocional positiva en un momento especialmente complicado y no como un lugar de encierro.

RESUMEN

Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos para el tratamiento intensivo y continuado en régimen de hospitalización completa de pacientes afectados de trastornos psiquiátricos, que, por diversos motivos relacionados con la gravedad y repercusión de la psicopatología, situación socio familiar, riesgo para el paciente o para otros, necesidad de un tratamiento en un recurso hospitalario o de pruebas físicas para realizar un diagnóstico diferencial o falta de apoyos en la comunidad que aseguren los cuidados necesarios, no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos comunitarios. La hospitalización está integrada con el resto de los dispositivos de la red comunitaria, con la que debe estar coordinada. Se caracteriza por la existencia de cuidados de enfermería continuados durante todo el tiempo de estancia. Se presentan aspectos relacionados con la organización, funcionamiento, objetivos y coordinación, con especial énfasis en el medio terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Servicio Andaluz de Salud. Ambiente terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. 2010.

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/409/pdf/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010.pdf. Además de hacer un análisis de la situación de las unidades de hospitalización y las comunidades terapéuticas en Andalucía, sirve de guía para la construcción y mantenimiento del ambiente terapéutico.

Mental Health Policy Implementation Guide - Developing Positive Practice to Support the Safe and Therapeutic Management of Aggression and Violence in Mental Health In-patient Settings. NHS, 2004

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4069194.pdf. Guía de buenas prácticas centrada en los cuidados en las unidades de hospitalización de salud mental.

Heathcare commission. The pathway to recovery A review of NHS acute inpatient mental health services. 2008 Commission for Healthcare Audit and Inspection http://www.positiveoptions.com/news/downloads/Healthcare_Commission_The_pathway_to_recovery_July_2008_full_report.pdf. Una revisión de la calidad y seguridad de las salas de hospitalización de salud mental en hospitales generales en Inglaterra. Puntos fuertes y oportunidades de mejora, aplicables algunas de ellas a nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

(1) Ley 14/1986, General de Sanidad, BOE nº 101, 29-Abr-1986. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

(2) Espinosa Iborra J. La evolución de la asistencia psiquiátrica en España. En: González de Chavez (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. AEN. Ed Mayoría. Madrid, 1980: 109-115.

(3) Observatorio de la AEN. www.aen.es

(4) Bravo Ortiz MF (coordinadora). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico AEN 4. Madrid, 2000.

(5) Higueras, A. El ambiente terapéutico en los servicios de psiquiatría del hospital general (Unidades de Agudos). En el workshop Hospitalización psiquiátrica breve, hoy. "New commitmnts for psychiatrits" 2001 WPA Congress. Madrid, 30 de septiembre a 4 de octubre de 2001.

(6) *Druss B et al.* Use of revascularization procedures in individuals with and without mental disorders. JAMA, 200 0; 283: 506-511.

(7) Cartera de servicios del SNS. http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/AE-7-SaludMental.htm

(8) C González-Juárez, E Pérez-Pérez, J Morales, M Morales, R Tierno, S Varela. Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, XXVIII (101): 27-41.

(9) Casas R. Indicaciones de ingreso psiquiátrico. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq , 1989 IX (031), 198: 605-611.

(10) World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. 3rd Report. Geneva: WHO; 1953.

(11) Stuart, G. Enfermería Psiquiátrica. Principios y Práctica. Madrid: Elsevier, 2006.

(12) Artiga Ruiz, de la Fuente Cordoba. El ambiente terapéutico en los cuidados de la enfermera de salud mental: pasado y presente. 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2010. Psiquiatria.com

(13) Gutheil TG, The Therapeutic Milieu: Changing Themes and Theories. Hosp Community Psychiatry.1985; 36: 1279-1285.

(14) Yalom ID. Inpatient group psychotherapy. Basic Books. 1983 USA.

(15) Rebraca Shives, L. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing, LWW. Philadelphia, 7ª Ed, 2008. Criterios estándar del medio terapéutico definidos por la Joint Commission on accreditation of healthcare organitations (JACHO) para la acreditación de servicios.

(16) Servicio Andaluz de Salud. Ambiente terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. 2010. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/409/pdf/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010.pdf

(17) Baker A, Llewelyn R, Sivadon P. Servicios Psiquiátricos y Arquitectura. Cuadernos de Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1963. [on line] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_1_spa.pdf

(18) Consejería de Sanidad. Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817

(19) Sales R. Hospitalización Psiquiátrica Domiciliaria. En: Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 Feb-Mar. Conferencia 57-CI-D: [27 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57_ci_d.htm.

(20) Plataforma Andaluza de asociaciones de usuarios/as de Salud Mental. III ENCUENTRO DE ASOCIACIONES DE USUARIOS/AS DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA, CONCLUSIONES finales de los grupos de trabajo. 28-29 Marzo, 2008. Pozoblenco, Córdoba.
Http://www.1decada4.es/profsalud/experiencia/docs/Conclusiones%20de%20los%20grupos%20de%20trabajo_Pozoblanco.pdf

(21) Moos R. Evaluating treatments environment. The quality of psychiatric and substance abuse programs. 2a ed. Transaction Publishers. New Jersey 1997.

(22) Fernández Liria A, Moreno Pérez A, González Cases J. La Red de Atención a la Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Madrid (España). Estudos de psicologia (en prensa).

(23) Observatorio AEN 2010. http://www.observatorio-aen.es/es/generador-de-estad-sticas.html

4.8 Interconsulta y enlace en el hospital general

Javier Conejo

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría de Enlace es una subespecialidad de la Psiquiatría que se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea como morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos, y de aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su familia[1].

La Psiquiatría de Enlace surgió como un derivado del movimiento de la medicina psicosomática, coincidiendo con el cambio que experimenta la atención psiquiátrica. Los grandes hospitales psiquiátricos del siglo pasado van perdiendo importancia y ven significativamente reducido el número de pacientes de larga estancia, mientras que la psiquiatría clínica comienza a ejercerse progresivamente dentro de los hospitales generales.

La creciente aceptación del modelo biopsicosocial para la medicina ha enfatizado el reconocimiento de un número en ascenso de enfermedades causadas por una combinación de factores biológicos y psicológicos y que estos últimos son relevantes para el pronóstico de los pacientes. Surge entonces la necesidad de contar con la atención psiquiátrica para el manejo de un número creciente de pacientes. Globalmente, los profesionales de la medicina psicosomática trabajan como psiquiatras de Enlace en hospitales, en unidades hospitalarias médico-psiquiátricas y en ámbitos en los que los servicios de salud mental están integrados en la atención primaria.

La historia moderna de la Psiquiatría de Enlace quizás comienza con la financiación de unidades de medicina psicosomática por parte de la Rockefeller Foundation en varios hospitales universitarios norteamericanos en 1935[2]. Para el Nacional Institute of Mental Health, una prioridad era fomentar el crecimiento de la Psiquiatría de Enlace, mediante becas de formación (alrededor de 1975) y un programa de desarrollo de la investigación (alrededor de 1985).

La medicina psicosomática ha sido aprobada formalmente por el American Board of Medical Specialities (Comité Americano de Especialidades Médicas) como subespecialidad psiquiátrica[3]. En 2001, la Academy of Psychosomatic Medicine (Academia de Medicina Psicosomática) solicitó al American Board of Psychiatry and Neurology (Comité Americano de Psiquiatría y Neurología, ABPN) el reconocimiento de la medicina psicosomática como una subespecialidad de la Psiquiatría, volviendo al nombre arraigado históricamente[4]. Posteriormente, se recibió la autorización formal por parte de la American Psychiatric Association, la ABPN, el Residency Review Comité (RRC) del Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y la American Board of Medical Specialities (ABMS)[5]. El primer examen de acreditación tuvo lugar en junio de 2005, con 500 personas acreditadas. Tras el examen de 2008, todas las personas que desean esta acreditación deben efectuar una subespecialización (*fellowship*) en Medicina Psicosomática.

En nuestro medio, la Comisión Nacional de la Especialidad ha estudiado la posibilidad de incluir a la Psiquiatría de Enlace como subespecialidad, aunque de momento no ha sido aprobada. En el área investigatoria esta disciplina cuenta con el apoyo del Instituto de Salud Carlos II (ISCIII) y el Fondo

de Investigación Sanitaria (FIS), de la Red Española de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática (REPEP).

La Medicina Psicosomática surge en España en un contexto mixto, desde la Medicina Interna y el Psicoanálisis. La Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP), como entidad institucional aparece, según las fuentes disponibles, por vez primera en una cita bien precisa como es la firma del Prólogo de Ramón Sarró al libro de Viktor Von Weizsaecker "El hombre enfermo"[6]. A partir de este momento las Reuniones de la SEMP se van sucediendo casi anualmente y cambian su nombre por el de Congresos hasta 1989.

ENLACE E INTERCONSULTAS

La medicina actual dispone de grandes y sofisticados medios diagnósticos y terapéuticos que han influido directamente en el abordaje y tratamiento de los enfermos. Este avance ha deteriorado la relación médico-paciente, de forma que la historia clínica y la anamnesis han cedido terreno a las pruebas complementarias, incidiendo directamente en el abordaje holístico y humanitario que el médico solía desarrollar y que impregnaba la relación médico-enfermo[7]. Adicionalmente, los programas específicos y la complejización de técnicas y su gasto económica precisan de una detección de complicaciones psiquiátricas o psicológicas para su aprovechamiento. El envejecimiento, la detección precoz en enfermedades de mal pronóstico, generan "nuevos crónicos" por nuevas tecnologías (nutrición parenteral, hemodiálisis, trasplantes, oxigenoterapias, farmacoterapia…) que requieren múltiples ingresos y que ven afectada su rutina diría en elementos básicos (comida, viajes, vida sexual, familiar...), olvidándose con frecuencia del concepto de salud integral y funcionalidad.

Aunque antes se solía hablar de determinadas enfermedades psicosomáticas específicas (migraña, hipertensión esencial, enfermedad de Crohn, asma bronquial, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, úlcera gastroduodenal, hipertiroidismo, etc), en este momento se define la medicina psicosomática como una aproximación biopsicosocial para el paciente que está siendo tratado en hospitales y clínicas fuera del marco psiquiátrico.

La medicina psicosomática mantiene en este momento un pensamiento multifactorial y las investigaciones han demostrado que las mismas causas pueden ocasionar enfermedades diversas. Resulta muy difícil realizar una nosología sistemática dada la multicausalidad de estos procesos, por lo cual tanto la CIE-10 como el DSM-IV, han recurrido a un diagnóstico descriptivo de tipo sindrómico. La pregunta sobre si un proceso es orgánico o psicológico está anticuada, ya que sólo cambia el grado de implicación de cada uno de los factores en cada caso[8]. Se debe de hablar de la interacción persona-enfermedad, y no sólo de ésta última.

A pesar de los sistemas diagnósticos estandarizados, como CIE-10 o DSM-IV y de los instrumentos diagnósticos estructurados, tenemos serios problemas al identificar ciertos síntomas propios de la enfermedad de base que pueden confundirse con síntomas psiquiátricos. En la mayoría de trabajos se destaca la dificultad en evaluar psiquiátricamente los enfermos médicos, pudiéndose identificar tres clases de factores[9-11]:

1. La naturaleza del propio síntoma, que hace difícil diferenciar el síntoma psiquiátrico de los síntomas de la enfermedad física.
2. Factores contingentes, derivados de las circunstancias situacionales y humanas, como el impacto del ingreso en el hospital, las características del problema de base (quirúrgico, médico, agudo, crónico, etc), de la personalidad del paciente y de su red social. También influirá la formación y las características concretas del personal a cargo del cual se halla el paciente y que, en primera instancia, ha de detectar el trastorno psiquiátrico.

3. Derivado de la limitación objetiva de los propios sistemas diagnósticos.

Todos estos factores, nos conducen hacia la necesidad de interconsultores y psiquiatras de Enlace formados específicamente. De forma ideal, deberá poseer conocimientos actualizados en medicina, cirugía y psiquiatría y poseer un carácter dialogante, flexible y tolerante que origine una buena comunicación con los distintos estamentos. Presentaría una buena disponibilidad y su intervención debería ser rápida, eficaz y de fácil comprensión para los médicos no especialistas. Debería ayudar a los otros profesionales de la salud en el tratamiento de los pacientes, no solo mediante el apoyo psicológico, sino también en la instrucción y formación en temas relacionados con el cuidado del paciente con problemas psiquiátricos, interviniendo en la planificación de su cuidado general. Además, el equipo de Enlace debe estar formado, idealmente, por profesionales que cubran todos los aspectos del modelo biopsicosocial de la enfermedad, por lo que incluye a psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales. Ellos deben trabajar coordinadamente en la evaluación y en el plan de manejo de cada paciente, en el diseño de nuevas estrategias de intervención y en la investigación dentro de la Psiquiatría de Enlace.

FUNCIÓN ASISTENCIAL

La actividad de Psiquiatría de Enlace se puede definir como un marco de trabajo integral e interdisciplinario para la evaluación de factores psicosociales que afectan a la vulnerabilidad individual, al resultado de cualquier tipo de enfermedad, el examen integral de la atención al paciente en la práctica clínica, y la integración de las terapias psicológicas y biológicas en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en los pacientes[12].

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en enfermos ingresados en servicios médicos según los diferentes estudios, oscila entre el 30% al 60% y de ellos entre el 5 y 20 % requieren la intervención del psiquiatra. El trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o ansioso es el diagnóstico más común en pacientes hospitalizados, aunque existen estudios que hablan de una limitada validez de esta categoría[13]. Los principales diagnósticos detectados en la literatura son Trastorno adaptativo/Depresión, Trastornos por ansiedad, Trastornos por sustancias psicoactivas, cuadros psicoorgánicos, Trastornos de la personalidad. En encuestas de investigación efectuadas entre los profesionales de nuestro hospital se encuentran porcentajes similares[14]. El aumento de pacientes crónicos, edad cada vez más avanzada, mayor complejidad de las patologías orgánicas atendidas en el hospital y el incremento de intervenciones radicales, determinan que las cifras anteriores muestran la clara tendencia de ir aumentando progresivamente[15]. En los diversos estudios realizados, se demuestra que la actuación generada por los equipos de interconsulta permite:

- Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de le enfermedad psiquiátrica.
- Mejoría del pronóstico.
- Disminución de la estancia media de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica.
- Mejora de eficacia y efectividad del tratamiento médico-quirúrgico.
- Reducción de costes hospitalarios.

En función de las características de los servicios que conforman el hospital, programas específicos y las necesidades que derivan estos, la demanda entre servicios puede variar. En el caso concreto de la Sección de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), los servicios con mayor demanda, según un estudio realizado, son[14]: Medicina Interna (24,3%), Digestivo (8,4%), Cirugía General y Especialidades (7,4%), Oncología (7,1%), Medicina Intensiva (6,1%), Neumología (5,9%), Unidad de Acceso Restringido (5,4%), Traumatología (5,2%), Cardiología (5,2%).

Actualmente existen dos modelos asistenciales preponderantes dentro de la Psi-

quiatría de Enlace-Interconsulta[16, 17]. Existe un modelo tradicional de interconsultas en la medicina, en este caso, al psiquiatra, dentro de los hospitales generales. En éste, un médico solicita a otro su opinión sobre el diagnóstico y el tratamiento de un paciente. En la tabla 1 se sugieren algunas características para una buena interconsulta y en la tabla 2 se describen las de una respuesta ideal a ella, para cualquier especialidad y, por lo tanto, también aplicable a la psiquiatría[18]. El médico psiquiatra atiende las solicitudes de otros especialistas ante diversos requerimientos (dudas diagnósticas, terapéuticas, atención de reacciones emocionales, dificultades de manejo, etc). El procedimiento de consulta requiere varias visitas, las primeras para diagnosticar y decidir el plan de terapéutico, informando, oral y por escrito, al equipo que trata al paciente, especificando las instrucciones diagnósticas y recomendaciones terapéuticas de forma clara y concisa. Las visitas siguientes aseguran el resultado de nuestra intervención y mejoran la comunicación con el resto del personal sanitario. Este modelo resulta práctico por el escaso personal y recursos necesarios, pero es limitado en sus aspiraciones y objetivos, centrándose en la atención básica, constituyendo los equipos de interconsulta.

En los países y centros donde más se ha potenciado la Psiquiatría de Enlace, cuentan con un equipo multidisciplinar, constituido por médicos psiquiatras, psicólogos y enfermeras, con la colaboración de asistentes sociales. Este modelo pretende mejorar la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados al expandir la intervención profesional de los psiquiatras a los médicos, personal paramédico y a las familias de los pacientes. Identificar lo que la enfermedad representa para el enfermo, valorar la capacidad de éste para afrontar la situación, establecer una estrategia de afrontamiento adecuada, suministrar una información suficiente y asimilable por el enfermo y sus familiares, con la finalidad de que sea adapten a una nueva situación forma parte de los objetivos del Enlace[19]. Estos equipos de Enlace, pueden depender total o parcialmente del departamento de Psiquiatría, o integrarse dentro de otros servicios médicos o programas (enfermedades infecciosas, programa de cirugía bariátrica, psicooncología, etc). Resulta frecuente la coexistencia de ambas dependencias, en las que parte del equipo forma parte de otros servicios o programas, mientras otra parte depende del departamento de Psiquiatría.

Cualquiera que sea el modelo con el cual se trabaja, la principal responsabilidad del psiquiatra es diagnosticar y recomendar tratamiento para las enfermedades psiquiátricas presentes en el enfermo de otra especialidad. La mayor comunicación con el equipo tratante y el trabajo con la familia del paciente sólo facilita y mejora el trabajo.

Es habitual que la atención a estos pacientes se centre de forma exclusiva durante su hospitalización. Sin embargo, puede existir la posibilidad de que el equipo de Enlace proyecte su atención en régimen ambulatorio, en forma de consultas específicas (bien en el propio hospital, o en los ambulatorios de zona). Esta atención, permite mantener la continuidad de cuidados, y abordar a un amplio grupo de pacientes a los cuales no se podría atender (bien porque no han requerido hospitalización o no se detectó el posible problema durante el ingreso). Katon y Unutzer[20] han desarrollado un formato de gestión colaborativa para organizar y tratar mejor la depresión y la ansiedad en atención primaria. Este enfoque utiliza al psiquiatra en atención primaria a modo de consultor. El modelo de atención colaborativa, se ha demostrado que reduce la ideación suicida en pacientes con depresión mayor, así como la disminución de las tasas de de la intensidad del dolor y la depresión en pacientes con artritis[21]. Los médicos de familia que tenían acceso a los servicios de colaboración estaban mucho más satisfechos con los servicios de salud mental que aquellos con sólo “atención compartida”, un sinóni-

mo de la separación de la salud mental y de atención primaria[22]. Un metaanálisis examinó 37 estudios aleatorizados del tratamiento de la depresión en atención primaria utilizando el modelo de atención colaborativa, y encontró que la asistencia en colaboración es más eficaz que la atención estándar en los resultados de la depresión, tanto en el corto como largo plazo[23]. Los mismos autores revisaron sistemáticamente los "ingredientes activos" en la atención colaborativa de la depresión en atención primaria para encontrar la configuración de los predictores esenciales de los resultados positivos de la depresión: mejora la identificación de los pacientes depresivos, la formación profesional de la plantilla, y la supervisión psiquiátrica in situ[24].

Los factores psicológicos determinan en mayor manera la reacción a la enfermedad que los factores directamente atribuibles a la enfermedad. En cuanto a las intervenciones psicológicas, son tres los enfoques principales más comunes: técnicas básicas de soporte y resolución de problemas, interpersonales y terapia cognitivo-conductual (TCC).

Hay una limitada, pero en expansión, literatura sobre la efectividad en la Psiquiatría de Enlace de las terapias orientadas en la resolución de problemas y de las terapias interpersonales. Sin embargo, la TCC puede ser un tratamiento muy valioso y útil para una variedad de problemas psicológicos que surgen en el contexto de una enfermedad física (fobia a las agujas, síndrome de fatiga crónica, migrañas, hipocondría, dolor lumbar…)[25, 26].

La presencia de estos equipos de Enlace no se dedica exclusivamente a la atención de peticiones, sino que también deberá asumir funciones preventivas y rehabilitadoras. La prevención de enfermedades psiquiátricas se puede realizar mediante la exploración de todos los pacientes medicoquirúrgicos, pero en la práctica se lleva a cabo en aquellas situaciones o programas donde la morbilidad psiquiátrica es alta o de importancia (trasplantes[27], oncología[28], VIH[29], geriatría[30], etc). Esta atención se focalizaría en la detección de antecedentes psiquiátricos (riesgo de descompensación afectiva o psicótica), toma de psicofármacos (detección de efectos secundarios, interacciones medicamentosas, contraindicaciones, abuso de fármacos, síndromes de abstinencia, etc). En un segundo nivel de prevención se detectaría y abordarían los factores biológicos, psicológicos o sociales que causan un determinado trastorno, que pueden empeorar el curso de una enfermedad médica o que inciden en la presencia de una mala adaptación psicológica.

Desde la rehabilitación, el equipo de Enlace deberá abordar orientar los cuadros residuales o las secuelas psicológicas que tengan lugar, los cuales, además interfieren en el proceso rehabilitador general del paciente. Para ello, el paciente y sus familiares deben ser dirigidos a los recursos y planes internos o externos de que se disponga. En otros casos, son los propios trastornos psiquiátricos los que impiden el proceso rehabilitador (depresión postinfarto cerebral, conductas fóbicas post infarto cardiaco, etc.)[31]. La intervención psiquiátrica facilita la adaptación del paciente a sus limitaciones físicas y disminuye la posibilidad de recurrencia de la enfermedad.

La complejidad y presión de la medicina y del comportamiento de las enfermedades, puede traer como consecuencia una merma en el rendimiento operacional de los profesionales de la salud, altos costos para los hospitales, los pacientes y sus familiares. Es por ello que el trabajo de equipo que representa la Psiquiatría de Enlace, emerge como una alternativa viable, acertada y facilitadora para resolver los diferentes problemas, no solo de los pacientes y sus familiares, sino también de los médicos y del personal que interviene en los diferentes escenarios de la medicina contemporánea[32].

En la actualidad, la Psiquiatría de Enlace, al igual que el resto de áreas médicas, se enfrenta a situaciones laborales no idóneas.

Desgraciadamente, existe una escasa dotación de personal, no alcanzándose las recomendaciones de los estudios de necesidades y planificaciones de servicios, en los que se recomienda un psiquiatra de Enlace en hospital general por cada 300 camas[33]. Adicionalmente a la escasa dotación, existe una tendencia a la inestabilidad laboral, que condiciona la correcta comunicación con los servicios peticionarios. Resulta esencial que el personal de estos equipos aprenda a conocer y manejar los peculiares sistemas de comunicación que se establecen en el triángulo de figuras significativas que ellos constituyen junto con el paciente y equipo médico. Este conocimiento exige, no sólo un alto grado de entrenamiento y sensibilidad, sino también un adecuado conocimiento de los equipos peticionarios, que se ve perjudicado por la inestabilidad temporal de los equipos.

FUNCIÓN DOCENTE

La actividad docente en los equipos de Enlace debe dirigirse hacia un amplio grupo de sectores: formación del propio equipo, médicos internos residentes (psiquiatras o de otras especialidades), estudiantes de Medicina, profesionales del hospital, y otros sanitarios no pertenecientes al mismo.

Una labor esencial del psiquiatra de Interconsulta y Enlace es la de enseñar a los médicos no psiquiatras a diagnosticar y tratar correctamente los trastornos psiquiátricos, mejorando la derivación de pacientes psiquiátricos[34, 35]. Una formación adecuada permitirá la utilización de instrumentos de cribado que permitan una mejor detección de la sintomatología depresiva, ansiosa, deterioro cognitivo y abuso de sustancias. La utilización de estos instrumentos podrá permitir el paso de un modelo basado en la consulta a otro basado en el triaje. Sin embargo, la enseñanza de conceptos relacionados con la salud mental a especialistas no psiquiatras es difícil de realizar en forma de conferencias o grupos de discusión, y debe realizarse de forma continua durante la práctica clínica[36]. Estas interacciones pueden generar desde dudas puntuales, solicitudes de información, o implantación de cursos específicos para el personal.

El equipo de Enlace puede facilitar el acceso de los estudiantes de medicina a los aspectos psicosociales y psicopatológicos del paciente y conocer algunas de las enfermedades y problemas que pueden encontrar cuando al ejercer su profesión como médicos en el futuro. Es útil para complementar la formación de otros médicos internos residentes (mir), como los conciertos ya existentes con los servicios de Neurología y Salud Laboral en nuestro hospital. Esto les permite mejorar sus habilidades en la entrevista médica, aprender a realizar una exploración psicopatológica, entender algunos aspectos de la psicopatología, y a los problemas psicosociales de los pacientes médicos y quirúrgicos. En el ámbito de los mir de psiquiatría y psicólogos internos residentes (pir), son parte obligatoria de su formación (en el caso particular de los mir-Psiquiatría durante cuatro meses) pues aunque no se dediquen en un futuro a ejercer su actividad en un equipo de enlace, es inevitable que se encuentren con pacientes del perfil tratado por éstos equipos.Durante de su rotación deben adquirir los suficientes conocimientos relacionados con la evaluación y diagnóstico diferencial de cuadros psicopatológicos de los pacientes ingresados en el hospital general; familiarización con la atención a los problemas psiquiátricos que presentan los pacientes ingresados en los diferentes servicios medico-quirúrgicos del hospital; adquisición de habilidades en la provisión de información y ayuda al resto de los servicios hospitalarios sobre la prevención, detección y manejo de los problemas psiquiátricos, psicológicos y conductuales de los enfermos ingresados; conocimiento y utilización de psicofármacos en pacientes físicamente comprometidos, con potenciales interacciones y polimedicados; familiarización con el desarrollo e implementación de programas específicos de tratamiento a

colectivos determinados de pacientes (rehabilitación cardiaca, pacientes oncológicos, etc). Estos objetivos, son semejantes a los propuestos por el consejo de acreditación de educación médica postgraduada estadounidense (Accreditation Council for Graduate Medical Education).

Existen escasos datos sobre el estado general de la formación en Psiquiatría de Enlace de los MIR en formación. El artículo más definido[37] expone tras analizar las encuestas enviadas a los residentes de los centro docentes acreditados, que un 10% no tenían una formación específica, existiendo una escasa formación teórica (40% seminarios, revisiones bibliográficas o cursos de doctorado), asistiendo exclusivamente a paciente hospitalizados en el 57%, sin tener acceso a la asistencia de pacientes ambulatorios. Así mismo, consideraron en un 46% que recibían una supervisión baja o muy baja, revelando globalmente, un escaso grado de desarrollo de la Psiquiatría de Enlace en nuestro país.

FUNCIÓN INVESTIGADORA

A pesar de la poca estructuración conceptual de la Psiquiatría, y de la dificultad de un campo como la interconsulta, sometido a abundantes sesgos y cambios constantes, la metodología y los instrumentos empleados han adquirido un nivel equiparable al del resto de disciplinas de carácter científico. En los últimos años la investigación en el campo de la Psiquiatría de Enlace ha crecido enormemente. Los estudios más frecuentes recaen en la evolución de la propia asistencia y en trabajos sobre morbilidad médica y psiquiátrica, y particularmente en áreas como dolor crónico, oncología, trastornos somatomorfos, infarto de miocardio e hipocondría[38].

Un medio propicio para la intercomunicación de conocimientos y de estudios investigadores son los congresos. En el ámbito de la Psiquiatría de Enlace cabe destacar tres. A nivel nacional el Congreso anual de la SEMP (Sociedad Española de Medicina Psicosomática, http://www.semp.org.es/). A nivel europeo, el Congreso annual de EACLPP (The European Association for Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics, http://eaclpp.org/). A nivel internacional el Congreso anual de la Academy of Psychosomatic Medicine (www.apm.org/).

Se ha desarrollado un gran número de revistas científicas relacionadas con la medicina psicosomática. Dentro de las más importantes cabe destacar a “Psychosomatic Medicine” (la primera publicación de ésta ámbito, en 1939), “Psychosomatics”, “Journal of Psychosomatic Resarch”, “General Hospital Psychiatry” y “Psycho-oncology”.

Tabla 1. Sugerencias para una interconsulta eficaz en Psiquiatría[18].

1. Especificar claramente el motivo de la interconsulta.
    - Diagnóstico psiquiátrico
    - Tratamiento psicofármacológico
    - Referir seguimiento ambulatorio
    - Solicitud del paciente o familiares
    - Opinión sobre tratamiento indicado antes del ingreso
    - Intervención en crisis
2. Establecer, claramente, la urgencia de la atención: emergencia, urgencia o rutina.
3. Informar previamente al paciente y, si es posible, a los familiares sobre la visita psiquiátrica.
4. Referir precozmente, en cuanto se detecte la necesidad.
5. Identificarse claramente para poder devolver información o planificar tratamiento.
6. Registrar en la ficha clínica lo registrado en la hoja de interconsulta.
7. Informar al personal de enfermería sobre la interconsulta y las preguntas que se requiere resolver.

Tabla 2. Características ideales de una respuesta a interconsulta[18].

1. Determinar claramente el motivo de referencia, preguntando en caso necesario.
2. Establecer la urgencia y responder de acuerdo a ello.
3. Revisar la historia y la información disponible. Recolectar la que sea necesaria.
4. Ser conciso y puntual. No repetir datos ya consignados
5. Consignar un plan de tratamiento a corto plazo. Anticiparse a futuros problemas.
6. Ser interconsultor y no asumir el cuidado global del paciente.
7. Tratar de compartir los conocimientos, con tacto y en forma personal.
8. Establecer contacto personal con el médico responsable del paciente, especialmente si las indicaciones son cruciales o controvertidas.
9. Seguir al paciente durante su hospitalización y hacer las indicaciones para el control ambulatorio.

RESUMEN

- La actividad de Psiquiatría de Enlace se puede definir como un marco de trabajo integral e interdisciplinario para la evaluación de factores psicosociales que afectan a la vulnerabilidad individual, al resultado de cualquier tipo de enfermedad, el examen integral de la atención al paciente en la práctica clínica, y la integración de las terapias psicológicas y biológicas en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en los pacientes.
- La Psiquiatría de Enlace precisa de interconsultores formados específicamente: conocimientos actualizados en medicina, cirugía y psiquiatría, carácter dialogante, flexible y tolerante que origine una buena comunicación, buena disponibilidad, intervención rápida, eficaz y de fácil comprensión para los médicos no especialistas, interviniendo en la planificación de su cuidado general.
- En los diversos estudios realizados, se demuestra que la actuación generada por los equipos de interconsulta permite: diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de le enfermedad psiquiátrica; mejoría del pronóstico; disminución de la estancia media de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica; mejora de eficacia y efectividad del tratamiento médico-quirúrgico; reducción de costes hospitalarios.
- Existen dos modelos asistenciales dentro de la Psiquiatría de Enlace-Interconsulta: un modelo tradicional de interconsultas, en el que un médico solicita a otro su opinión, y otro modelo de equipo multidisciplinar integrado dentro de otros departamentos o programas médicos específicos.
- El modelo de atención colaborativa, ha demostrado su eficacia a nivel clínico (disminución de tasas de ideación suicida, dolor y depresión) tanto en el corto como largo plazo, como a nivel de satisfacción por los médicos de familia.
- Los enfoques psicoterapéuticos más validados en Psiquiatría de Enlace son: técnicas básicas de soporte y resolución de problemas, interpersonales y terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC puede ser un tratamiento muy valioso y útil para una variedad de problemas psicológicos (fobia a las agujas, síndrome de fatiga crónica, migrañas, hipocondría, dolor lumbar…)

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Donald S. Kornfeld. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. Am J Psy-

chiatry 2002; 159:1964–1972. El autor analiza las contribuciones más significativas de la Psiquiatría de Enlace para la práctica de la medicina, la educación de sus practicantes, y las oportunidades y los desafíos futuros. Una perspectiva humana e integral de nuestro campo.

Thomas N. Wise. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). Curr Opin Psychiatry 2008; 21(2):196-200. Revisión actualizada en la que analiza los avances en diversos campos de la Psiquiatría de Enlace, centrándose en campos como modelos de intervención conjunta en atención primaria, la medicina psicosomática en el DSM-V, programas de trasplantes de órganos.

Wyszynski, A.A. Wyszynski, B. (2006). **.** Barcelona. Elsevier. Manual práctico y de gran utilidad para que el médico clínico pueda llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en pacientes con enfermedades médicas. Combina los últimos avances en la medicación con las estrategias a seguir para el correcto tratamiento psiquiátrico de pacientes con diversas afecciones médicas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Conejo Galindo J SCE: Aspectos de interés en la Psiquiatría de Enlace. Majadahonda, Ergon, 2010.
(2) Friedman RM, F: History of Psychiatric Consultation in America. Psychiatri Cli North Am 1994; 17:667-681.
(3) Levenson JL: Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona, Grupo Ars XXI., 2006.
(4) McIntyre JS: A new subspecialty. The American Journal of Psychiatry 2002; 159(12):1961-3.
(5) David F. Gitlin JLL, Constantine G. Lyketsos: Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. Academic Psychiatry 2004; 28(1):4-11.
(6) Weizsaecker VV: El hombre enfermo. Barcelona, 1956.
(7) Rojo Rodes JE CCE: Interconsulta psiquiátrica. Barcelona, Masson, 1999.
(8) Kroenke K: Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. J Psychosom Res 2006; 60:335–339.
(9) Endicott J: Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984; 53:2243-2249.
(10) McCartney CC, P; Larson DB; Lyons, JS; Wada, CY; Pincus, HA: Effect of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients. Am J Psychiatry 1989; 146:898-901.
(11) Huyse F: Systematic interventions in consultation/liaision psychiatry. Amsterdam, Free University Press, 1989.
(12) Fava GA BC, Sonino N.: Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. Curr Psychiatry Rep 2010; 12(3):215-21.
(13) Gurji S HH, Laufer N, et al: Adjustment disorder: a review of diagnostic pitfalls. Isr Med Assoc J 2005; 7(726–731).
(14) Conejo Galindo J ea: Solicitudes de Atención en la Interconsulta Psiquiátrica. Republica Dominicana, XXV Congreso APAL, 2006.
(15) Ene S: The role of consultation-liaison psychiatry in the general hospital. J Med Life 2008; 1(4):429-31.
(16) Rundell JR WM: Textbook of Consultation-Liaision Psychiatry. Washington, The American Psychiatric Press, 1996.
(17) Campos R P-EM, Martinez A: Psiquiatría de Interconsulta y Enlace: ¿tanto monta, monta tanto? Psicosomatica Hoy 1999; 9(5).
(18) Goldman L LT, Rudd P.: Ten Commandments for Effective Consultations. Arch Intern Med 1983; 143:1753-1755.
(19) Wise T: Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). Curr Opin Psychiatry 2008; 21(2):196-200.
(20) Katon W UJ: Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. Arch Intern Med 2006; 166:2304–2306.
(21) Lin EH KW, Von KM, et al: Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 290:2428–2429.
(22) Kisely S DD, Shaddick S, Jayabarathan: A. Collaboration between primary care and psychiatric services: does it help family physicians? Can Fam Physician 2006; 52:876–877.
(23) Gilbody S BP, Fletcher J, et al: Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006; 166:2314–2321.
(24) Bower P GS, Richards D, et al: Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry 2006; 189:484–493.
(25) Guthrie E: Psychological treatments in liaison psychiatry: the evidence base. Clin Med 2006; 6(6):544-7.
(26) O'Dowd MA GM: Psychotherapy in consultation-liaison psychiatry. Am J Psychother 2001; 55(1):122-32.

(27) Dew MA DA, De Vito DA, et al: Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation 2007; 83:858–873.
(28) Stiefel F RI, Guex P, Bernard M: Psychological support of cancer patients in the oncological consultation. Bull Cancer 2007; 94(9):841-5.
(29) Sternhell PS CM: Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. Aust N Z J Psychiatry 2002; 36(4):528-33.
(30) Oxman T: Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care. Int J Psychiatry Med 1996; 26(2):145-53.
(31) Hambridge JA TA, Baker AL: BraveHeart begins: pilot results of group cognitive behaviour therapy for depression and anxiety in cardiac patients. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43(12):1171-7.
(32) Eisendrath SJ: Brief Psychotherapy in Medical Practice. West J Med 1993; 158:376-378.
(33) Benjamín S ea: Liaison Psychiatry: defining needs and planning services. London, Gaskell, 1994.
(34) Kornfeld DS: Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. Am J Psychiatry 2002; 159:1964–1972.
(35) Martínez Díaz-Caneja C GMM, Conejo Galindo J, et al.: Análisis de las solicitudes de valoración psiquiátrica por clínica depresiva en un Hospital General. Madrid, XIII Congreso Nacional de Psiquiatría, 2009.
(36) Kornfeld D: Consultation-liaison psychiatry and the practice of medicine. Psychosomatics 1996; 37(3):236-48.
(37) Echegoyen lea: Encueta de docenia en Psiquiatría de Enlace. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28(5):290-297
(38) Mayou R: Liaison psychiatry. Br J Psychiatry 2001; 179:273-5.
(39) Lobo A ea: Spanish Perspective on Enlarging a Small Specialty: The National Research Network for Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Psychosomatics 2007; 48.

4.9. Unidades de rehabilitación, "espacios intermedios hospitalarios"

José Juan Uriarte

> El esquizofrénico hace castillos en el aire; el neurótico los vive y el psiquiatra les cobra el alquiler a los dos.
>
> *Antonio Zaglul, 1991*[a]

CAMAS Y LA "MEDIA ESTANCIA"

Aunque la "media estancia" es un término que ha hecho cierta fortuna y se ha extendido de forma generalizada, es indudable también que catalogar a un dispositivo de media estancia dice bien poco del mismo, de su actividad asistencial y características. Especialmente si nadie sabe exactamente cuanta estancia es una media estancia. Podría decirse lo mismo de la "corta estancia" y de la "larga estancia", los dos otros dos tipos de hospitalización psiquiátrica más extendidos. Vaya, que parece que tenemos pacientes, y camas, de corta, media y larga estancia (o estancia prolongada, como se dice actualmente y que suena mejor). En todo caso, más o menos todo el mundo sabe lo que se hace en las camas de corta estancia, o agudos, y más o menos también en las unidades de larga estancia. En las primeras se atiende, lo más expeditivamente posible, el síntoma urgente, se ofrece contención, y se resuelven situaciones de riesgo. Poco más en 10-15 días. Y en las segundas, los pacientes, más o menos, viven. Entre medio aparece la "media estancia" con una misión un tanto incómoda e indefinida: ayudar a que las unidades de agudos mantengan estancias cada vez más cortas, recibiendo a los pacientes que no se "curan" en el tiempo deseable, o que no tienen un sitio claro dónde volver, al menos a corto plazo. Y al menos en algunos casos tienen también la misión de reconvertir camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos en algo más presentable y eficiente.

Así que en general las camas de hospitalización que no son de agudos ni de larga estancia y residenciales se han agrupado bajo el nombre genérico de "media estancia", un concepto bajo el que se pueden encontrar una enorme diversidad de servicios hospitalarios cuya actividad asistencial va de la prolongación de la estancia a pacientes procedentes de las unidades de agudos (unidades de subagudos en Bizkaia, de convalecencia en Galicia), a unidades que tratan de dar cobertura a poblaciones especiales (rehabilitación de pacientes con TMG, pacientes refractarios, población penitenciaria, pacientes psicogeriátricos, duales, etc…). En este contexto es muy difícil ubicar el lugar que compete a este tipo de camas en una red de servicios de salud mental, si éstas deben de existir, dónde tienen que estar, cuántas tiene que haber y a qué pacientes tienen que atender.

En líneas generales, las camas de media estancia surgen en el contexto de los procesos de reforma de los servicios psiquiátricos:

- Cierre de camas de larga estancia, en algunos casos sin alternativas comunitarias y residenciales suficientes.
- Reducción de estancias en las camas de

[a] Zaglul, *Mis 500 Locos. Memorias de un director de un manicomio*. Santo Domingo: edic. de Taller, 1991; o también en Obras Selectas de Antonio Zaglul, Tomo 1. Editado por Andrés Blanco Díaz. Archivo General de la Nación. Santo Domingo, República Dominicana, 2011, p.51.

agudos, localización de las mismas en Hospitales Generales y fenómeno de la "puerta giratoria".
- Aparición de los llamados "nuevos crónicos", nuevos perfiles clínicos, nuevas necesidades asistenciales.

Las características que definen a una unidad de media estancia como dios manda pueden ser fundamentales o esenciales:
- Unidades Hospitalarias Psiquiátricas con una estancia media mayor de 30 días y menor que infinita.

Y accesorias (frecuentes, pero no obligadas):
- Están generalmente ubicadas en hospitales psiquiátricos o monográficos.
- A menudo se ven afectadas por la Ley de Cuidados Inversos: atienden a los pacientes más graves y complejos, pero suelen estar infradotadas de personal y sus instalaciones son con frecuencia obsoletas.
- Los condicionantes de la necesidad de hospitalización a menudo no son fundamentalmente psiquiátricos.

En general, además, afrontan una serie de problemas:
- Extrema diversidad de funcionamiento, dotación, actividad y tipo de pacientes.
- Sin posibilidad de selección: cajón de sastre, derivación en cascada.
- Necesidades asistenciales heterogéneas.
- Recursos humanos escasos. Personal a menudo desmotivado.
- Dificultades de salida para los pacientes; condicionamiento problemas sociales.
- Problemas de financiación; a menudo por estancias. Dificultades para asociar la financiación a objetivos asistenciales.
- Unidades estigmatizadas, han sido necesarias para la reforma, pero a menudo se sienten de segunda fila al lado de las unidades de agudos de los hospitales generales.

En estos tiempos, defender o justificar la necesidad de camas de hospitalización psiquiátrica que contemplen estancias relativamente prolongadas, y en general fuera de los hospitales generales (en hospitales psiquiátricos monográficos que es donde suelen estar estas camas), no es muy popular. Ni para los defensores más radicales del modelo comunitario, para los que la defensa de la hospitalización, más allá de las necesidades agudas, es anatema, ni que decir tiene, para los gestores, para los que las camas hospitalarias resultan un recurso muy caro. Sin embargo, y más allá de utopías, parece claro que un modelo de atención a la salud mental equilibrado[1] requiere de camas de hospitalización, aunque lo que no está tan claro es qué tipo de camas y cuántas camas son las necesarias. En ese sentido, cada país de nuestro entorno, y cada comunidad autónoma de nuestro país, ha seguido derroteros distintos sin que exista una referencia estándar clara. Ni siquiera es fácil contar camas, al menos las camas que no están estrictamente en los hospitales generales, y cuya heterogeneidad de nombres, ubicaciones, indicadores de actividad e incluso financiación y dependencia administrativa es enorme.

Los datos recogidos por el Observatorio de la AEN (2010) hacen mención a tres tipos de camas fundamentalmente: las camas de agudos, más o menos bien delimitadas y definidas, en general ubicadas en los Hospitales Generales, vinculadas a los servicios de urgencia y con indicadores de actividad bastante homogéneos, y las Unidades de Hospitalización Prolongada, que incluyen las camas de Larga Estancia y las camas de Rehabilitación Hospitalaria. Bajo esta última denominación, en el año 2010 existían más de 2700 camas en el estado español, una tasa de 11,4 camas por 100.000 habitantes, pero con una enorme variabilidad entre CCAA, desde las 3,5 camas x 100.000 en Andalucía a las 17 de Cantabria, las 20 de Galicia o las casi 50 de Navarra. Es difícil admitir tamaña variabilidad en la disponibilidad de un recurso asistencial sin tener que admitir graves problemas en la metodología de recogida de datos y en la denominación de los dispositivos.

DISPOSITIVOS DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA Unidades Hospitalarias de Rehabilitación			
Comunidad Autónoma	Número Total de camas	% sobre el total	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	290	10,6	3,49
Aragón	190	7	14,12
Asturias	110	4	10,14
C. de Madrid	206	7,6	3,23
C. de Murcia	125	4,6	8,64
C. Valenciana	50	1,8	0,98
Cantabria	100	3,7	16,97
Castilla la Mancha	119	4,4	5,72
Castilla León	295	10,8	11,51
Cataluña	570	20,9	7,62
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	561	20,6	20,06
Islas Baleares	87	3,2	7,94
Islas Canarias	215	7,9	10,22
La Rioja	26	1	8,08
Navarra	307	11,3	48,69
País Vasco	259	9,5	11,92
Total	2.724,18		11,4

El glosario del Observatorio de la AEN define a este tipo de camas como aquellas en las que "los pacientes permanecen ingresados durante más tiempo que en las camas de hospitalización breve, englobando lo que anteriormente se denominaba media y larga estancia",

CONTANDO CAMAS

Hace ya unos cuantos años, Jeffrey Geller hacía una reflexión en un editorial de *Psychiatric Services*[b] acerca de la tendencia a cerrar camas psiquiátricas. Venía a decir que aunque sabemos que prolongar las estancias hospitalarias puede ir en detrimento del estado mental y de la calidad de vida de los pacientes, el hecho de acortar de forma uniforme los tiempos de estancia no mejora forzosamente sus evoluciones clínicas y su calidad de vida. Y que tampoco podía afirmarse que si un individuo consume este año menor número de días de estancia hospita-

[b] Geller J. We Still Count Beds Psychiatric Services, 48:10, 1233, 1997

laria que el pasado año, esto significa que haya estado mejor:

En el final del siglo XX seguimos contando camas de la misma manera que lo hacíamos en el siglo XIX. Ahora, cuantas menos camas, mejor; entonces, cuantas más camas, mejor. Pero básicamente nuestras cuentas siguen siendo primitivas. Todavía contamos camas.

En la búsqueda de estancias cada vez más cortas, el paciente individual se ha hecho irrelevante. Las peticiones de traslado desde las unidades psiquiátricas de los hospitales generales a los hospitales psiquiátricos estatales se dan en la actualidad para pacientes que lo que necesitarían es un mayor tiempo de tratamiento agudo, están en las condiciones clínicas apropiadas para la unidad en la que están ingresados y están asegurados para la actual hospitalización. La presión para trasladar a dichos pacientes procede de la preocupación acerca de que el ingreso se está prolongando demasiado y de que influirá negativamente en la estancia media de la unidad, una medida (la estancia media) crucial en los contratos de administración de cuidados (planes de gestión, contratos programa en nuestro caso).

Bueno, pues esta es una de las razones por las que nacen las llamadas unidades de media estancia y las unidades hospitalarias de rehabilitación. Por un lado, una manera de dar uso a camas hospitalarias psiquiátricas residenciales y de larga estancia en número descendiente. Por otro, permitir a las unidades de agudos continuar su carrera hacia la estancia mínima.

En el año 1959, también *Psychiatric Services* publicaba en la columna del Dr Whatsisname[c] una enconada crítica a la masiva desinstitucionalización de pacientes de los hospitales psiquiátricos que se llevaba a cabo en la época. Subirse al carro de las altas era el título, en el que alertaba:

nosotros, los psiquiatras de hospital podemos estar escasos de personal, tiempo, dinero y suministros, pero nunca nos faltan los pacientes. Por eso no debemos preocuparnos de que se nos cierre el negocio si aceleramos el ritmo de las altas.

CAMAS PSIQUIÁTRICAS Y LA REFORMA

Como señalaban Salvador y cols[2] en un artículo en el que analizaban el proceso de reforma de los servicios de salud mental en el estado español, en las últimas tres décadas se han producido cambios profundos en el número, distribución y funcionamiento de las camas psiquiátricas (incluso en su financiación y dependencia administrativa), pero el impacto de estos cambios sobre nuestros pacientes no ha sido suficientemente evaluado. En una buena parte, esta reorganización asistencial de los recursos ha derivado de una importante modernización asistencial, del cierre de dispositivos y hospitales obsoletos, de un redimensionamiento racional de otros, y de la extensión de la red de recursos comunitarios y normalización de la asistencia, incluyendo las camas de agudos en los hospitales generales. Por otro lado esto ha supuesto también posibles desajustes, tanto derivados de la escasez relativa de recursos comunitarios alternativos a la hospitalización, como por la reducción progresiva de la duración de las estancias, así como por la aparición de nuevas necesidades asistenciales. El caso es que aunque existen algunos análisis de los procesos de reforma (como en Andalucía), no ha sido evaluado, si es posible hacerlo, el impacto que estos cambios asistenciales han tenido en la población atendida.

En 1894, el neurólogo y novelista Weird Mitchell, criticaba a la psiquiatría americana, en una conferencia con ocasión del 50 aniversario de la organización que posteriormente daría origen a la Asociación Psiquiátrica Americana. Entre otras cosas afirmaba:

---

[c] La columna del Dr. Whatsisname apareció de forma regular en la revista durante casi 14 años antes de que desapareciera en 1970, y su autor fuera formalmente identificado: Henry A. Davidson, un gerente hospitalario en New Jersey. El artista de Washington Ralph Robinson dibujaba las ilustraciones de la columna.

> Durante mucho tiempo habéis sostenido la ficción de que existe algún tipo de influencia terapéutica misteriosa en el interior de vuestros muros y de vuestras puertas cerradas. Nosotros tenemos la opinión contraria….vuestros hospitales no son nuestros hospitales, vuestros caminos no son los nuestros….

Ha tenido que llover mucho desde entonces, pero lo largo de las últimas décadas la atención psiquiátrica hospitalaria se ha asentado en los hospitales generales y según los servicios comunitarios han ido creciendo y haciéndose más efectivos, el papel de la hospitalización psiquiátrica ha ido reduciéndose, en muchos casos, a la contención, la seguridad, la prevención del daño potencial a si mismo o al entorno. Al menos en las unidades de agudos, donde las estancias cada vez más reducidas dificultan plantearse otros objetivos.

Los procesos de desinstitucionalización han supuesto un desafío al papel de los hospitales. Quizás en algún momento, la fantasía de que si existieran todos los recursos comunitarios (¿cuáles y cuántos son el límite?) no serían necesarias camas psiquiátricas, todo podría ser contenido, tratado, rehabilitado en la comunidad. Hoy en día sabemos por experiencia que un modelo de organización de servicios moderno y sensato tiene que basarse en un equilibrio de servicios extrahospitalarios y hospitalarios[3]. Es decir, hacen falta camas. Pero ¿qué clase de camas? ¿Es suficiente con camas de agudos? ¿Y es suficiente con camas de agudos con estancias medias que en algunos casos están por debajo de los 10 días? ¿Tiene sentido la hospitalización con objetivos más allá de la contención de los cuadros agudos, de la resolución de la situación de riesgo? ¿Es menos más? ¿Y sería entonces nada lo óptimo?

LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA

Parece evidente que no, o al menos no sin matices. No todos los pacientes que se benefician de una hospitalización requieren de unidades casi de cuidados psiquiátricos intensivos, en el contexto de los modernos hospitales generales. Es posible que algunos pacientes puedan beneficiarse de recibir tratamiento a más largo plazo en unidades hospitalarias en hospitales psiquiátricos. En todo caso no existe prácticamente investigación dirigida al estudio de los efectos y resultados de la hospitalización psiquiátrica[4]. Y mucho menos de la hospitalización en hospitales psiquiátricos, una cuestión casi tabú.

La reducción de la duración de las estancias hospitalarias psiquiátricas en las últimas décadas ha respondido en una buena parte a la presión de los costes económicos de las camas. Menor estancia media, mayor rotación, menor necesidad de camas. Y una cierta tendencia competitiva de a ver quien tiene menor estancia media, un indicador de resultados clave en los planes de gestión de los servicios: máxima ocupación, menor estancia media. Y la urgencia manda, hay que desalojar para mantener un sistema que funciona a cama caliente en muchos lugares. A veces para que la vuelva a ocupar, casi el mismo día, el mismo que la había calentado. En ese sentido, la atención hospitalaria estándar en nuestros días se presta en estancias ultracortas. Y este cambio ha sucedido en las últimas dos décadas, en las que la estancia media ha pasado de meses a días, centrándose en la seguridad y la estabilización clínica.

Desde este punto de vista, ¿pueden contemplarse otras opciones de hospitalización que puedan tener mejores resultados sobre algunos grupos de pacientes, y facilitar su transición a otros niveles de cuidados menos intensivos? Es evidente que la reducción del papel de la atención institucional hospitalaria es consistente con la orientación de los servicios a la recuperación, pero es posible también que la única opción de hospitalización basada en estancias ultracortas puede reducir las posibilidades de recuperación para algunos pacientes[5].

Existen escasos estudios controlados que evalúen los resultados de la hospitalización, sus procedimientos y la duración de las estancias, la mayoría de la década de los años 70 y 80. La mayor parte de la literatura sugiere que las estancias más cortas son mejores que las más prolongadas para la mayoría de los pacientes, aunque hay que tener en cuenta que lo que en dichos estudios se consideraba una estancia corta, en nuestros días se consideraría una estancia prolongada, fuera de los estándares habituales. Un estudio realizado en los años 70[6] comparaba los resultados de la hospitalización en pacientes esquizofrénicos, comparando dos grupos, uno de ellos con estancias entre 21 y 28 días y otro entre 90 y 120 días. Los pacientes del grupo de hospitalización más prolongada tuvieron mejores evoluciones a los 6 y 18 meses tras el alta. No existen datos procedentes de estudios controlados acerca de los resultados de la hospitalización ultracorta; y en ausencia de datos, los programas con un coste menor tienen mayor probabilidad de imponerse. Una revisión reciente llegaba a la conclusión de que existe alguna evidencia de que la reducción sistemática de la duración de las hospitalizaciones puede no ser una panacea, es decir, una práctica recomendable de forma general[7].

Las políticas de reducción de la duración de las estancias hospitalarias han sido puestas en cuestión por algunos estudios. La práctica hospitalaria es muy heterogénea y variable, y la evidencia disponible puede ser difícil de interpretar dadas las distintas conceptualizaciones y lo que se considera que constituye un tratamiento o intervención efectiva. Y en ausencia de evidencia clara que guíe las políticas asistenciales, existe el riesgo de que la duración de las hospitalizaciones derive más de consideraciones económicas que clínicas.

Desde los años 60, los modelos más biopsicosociales de abordaje de los pacientes con trastorno mental grave, especialmente con esquizofrenia han impulsado la idea de que éstos se benefician de un retorno al medio comunitario lo más rápido posible, y que la prolongación de la hospitalización favorecía el aislamiento social, la pérdida de capacidades y la dependencia institucional. Los estudios disponibles que comparan pacientes que retornan al medio comunitario con aquellos que permanecen institucionalizados muestran que los primeros disfrutan de una mejor calidad de vida, una red social de apoyo más amplia, una menor necesidad de medicación y una menor tasa de mortalidad. El entusiasmo por la reducción de la duración de las hospitalizaciones en interés de una reintegración comunitaria más rápida ha tenido, indudablemente, su eco en los gestores y economistas sanitarios; en este contexto, la duración de la hospitalización, y el número total de camas, se han reducido de forma progresiva en los últimos años en la mayoría de los países occidentales.

Por otro lado, empieza a existir alguna evidencia que sugiere que la reducción de la duración de las estancias hospitalarias puede no ser una panacea general. Algunos estudios[8] han alertado acerca de que las políticas de desinstitucionalización en países como Dinamarca han podido provocar altas prematuras e incrementos en la tasa de suicidios, en los reingresos en las unidades de agudos, o el los actos violentos cometidos por pacientes. Un estudio de seguimiento de pacientes con psicosis mostró que las estancias inferiores a los 14 días se asociaban de manera significativa a un mayor riesgo de suicidio[9]. Otros estudios han mostrado una clara relación entre la duración de la estancia hospitalaria y la tasa de reingreso[10]. Estas observaciones han puesto en cuestión la política general de reducción de la duración de las hospitalizaciones y han impulsado la idea de que las altas prematuras pueden conllevar un tratamiento inadecuado e insuficiente para algunos pacientes. En todo caso, una revisión Cochrane mostraba[11] que las hospitalizaciones de corta duración no se asociaban a mayores tasas de reingreso si éstas se realizaban de forma programada y planificada.

Una comparación interesante es la que se realizó[12] entre los sistemas de atención a la salud mental de Holanda, Italia y Australia, demostrando que las estancias hospitalarias eran más reducidas en aquellos entornos en los que los servicios comunitarios estaban más desarrollados; pero también concluye que la hospitalización prolongada es necesaria para un grupo reducido pero significativo de pacientes con afectación muy grave. La conclusión general es la de que las estancias más cortas son adecuadas si se dispone de una red de recursos comunitarios de alta calidad capaces de actuar con el paciente de forma inmediata tras el alta. Al final, probablemente, lo fundamental son las condiciones en que se produce la situación del alta hospitalaria; en ausencia de un buen plan que garantice la intensidad necesaria de atención y la continuidad de cuidados, para algunos pacientes puede ser mejor una estancia más prolongada que permita un plan estructurado de rehabilitación y reintegración comunitaria, aunque esto suponga una estrategia de mayor coste.

En todo caso, la duración de la hospitalización en pacientes que padecen trastornos mentales graves no está condicionada únicamente por criterios como el tratamiento de los síntomas y la remisión de los mismos, sino también por las circunstancias personales de cada paciente, y por la propia organización del sistema asistencial. Se ha estimado que únicamente un 50 % de las hospitalizaciones de más de 30 días de duración se pueden justificar desde un punto de vista estrictamente médico; del resto, un 40% deriva de las circunstancias sociales del paciente, y un 10% podrían considerarse enteramente injustificadas desde un punto de vista asistencial[13].

La evidencia disponible actualmente sugiere que las estancias hospitalarias de corta duración son adecuadas para ciertos pacientes, siempre que su alta esté suficientemente planificada y que existan servicios comunitarios capaces de responder a sus necesidades de forma inmediata. Pero, ¿cuáles son esos pacientes, y qué definimos como una estancia de corta duración? ¿Qué programas de rehabilitación deberían emplearse en el contexto hospitalario? ¿Puede considerarse la rehabilitación como una razón para prolongar las estancias hospitalarias? ¿Puede considerarse al reingreso hospitalario siempre como un fallo del tratamiento, o más bien como una medida efectiva de prevención? O quizás, tal y como apuntan Szmulkler y Holloway[14], a pesar de toda la literatura existente acerca de la atención psiquiátrica hospitalaria, todavía no somos capaces de definir qué es un tratamiento hospitalario efectivo.

Nadie, o casi nadie pone en cuestión en la actualidad el hecho de que la vida y el tratamiento en la comunidad es preferible a la institucionalización prolongada; sin embargo, la progresiva reducción de las estancias hospitalarias no está basada en una política basada en la evidencia, ni existen estudios que evalúen de forma adecuada las consecuencias clínicas, sociales y económicas de esta política asistencial. Aunque la duración de la hospitalizaciones psiquiátricas es un factor de previsible impacto importante en el curso de la enfermedad, la calidad de vida, la reinserción social y los costes del sistema asistencial, estamos lejos de disponer de directivas claras de lo que se podría definir como la mejor práctica, e incluso de una definición clara de lo que constituye una "estancia corta", una "estancia media" o una "estancia prolongada".

EL SENTIDO DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, MÁS ALLÁ DE LOS AGUDOS

Muchos pacientes que precisan hospitalización y que padecen trastornos mentales graves pueden mostrar situaciones clínicas y sociales complejas, incluyendo comorbilidad médica, abuso de sustancias asociado y regímenes de tratamiento farmacológico complejos. En ese contexto puede ser muy complicado, o directamente imposible, realizar una evaluación adecuada del caso,

un ensayo terapéutico, y una adecuada planificación del alta en el corto espacio de tiempo que permite una estancia estándar en una unidad de agudos, e incluso en un tiempo aparentemente más sensato, de entre dos y cuatro semanas de estancia. Para algunos pacientes puede no existir una opción de alta razonable en ese periodo de tiempo, o las alternativas pueden ser claramente peores que la prolongación de la hospitalización. Y si ese es el caso, ¿pueden asumir las unidades de agudos de los hospitales generales las necesidades de tiempo y de trabajo integral, incluyendo los aspectos sociales de estos pacientes? ¿Y reúnen estas unidades las características hosteleras y de ambiente terapéutico apropiadas para estancias prolongadas y que propicien la reorganización vital y la rehabilitación de los pacientes más graves?

De alguna manera es necesario reconocer que el tratamiento racional de los pacientes con trastornos mentales difiere de los pacientes médicos y quirúrgicos, y que los factores psicosociales son aspectos críticos para la compresión y la intervención a corto, medio y largo plazo, si lo que se quiere es modificar el curso de la enfermedad y sus consecuencias. La necesidad, por ejemplo, de un alojamiento estable y adecuado no es algo que se pueda evaluar y planificar en una hospitalización psiquiátrica estándar, pero sin embargo es un aspecto crítico, lo mismo que la conciencia de enfermedad, el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la organización doméstica o las relaciones sociales de apoyo. Si se quiere seguir un modelo de recuperación es necesario que los entornos terapéuticos, incluido la hospitalización, adopten estrategias que lo favorezcan, y que permitan la participación del paciente en las decisiones, incorporando objetivos clínicos y sociales de una manera integrada.

PRINCIPIOS Y GUÍAS PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

La hospitalización psiquiátrica puede proporcionar una oportunidad única para coordinar recursos que de otra manera nunca estarían disponibles o no serían considerados en un contexto de planificación de cuidados a medio y largo plazo. No existen criterios claros que determinen cuál es la duración idónea de una hospitalización psiquiátrica, ni en agudos, ni en la llamada "media estancia". Sin embargo pueden apuntarse algunos aspectos que pueden servir como guías[4]:

- Un aspecto obvio es que la duración de la hospitalización debe basarse en las necesidades del propio paciente y en el criterio de los clínicos encargados de su atención. Las necesidades clínicas deben entenderse en un contexto amplio que incluye la seguridad, la estabilidad clínica, y la existencia de un plan de alta que garantice una reintegración comunitaria exitosa, en condiciones dignas, y con un seguimiento de la intensidad necesaria que reduzca la posibilidad de recaída, pérdida del seguimiento, deterioro de condiciones de vida y deriva social.
- Tiempo necesario para evaluar y optimizar el tratamiento farmacológico, según criterios de efectividad, seguridad y preferencias del paciente. En ocasiones este objetivo se minimiza, sin tener en cuenta la complejidad y el tiempo que se requiere para sustituir unos fármacos por otros, evaluar su efectividad y tolerancia, y trabajar la posterior adherencia. El resultado suele ser la polimedicación, la inefectividad, tachando de refractarios a pacientes que pueden ser respondedores, la presencia de problemas de tolerancia y efectos secundarios inaceptables, y la posterior recaída.
- Tiempo necesario para tratar de forma adecuada la comorbilidad, incluyendo el abuso de tóxicos y las enfermedades médicas coexistentes. La salud física de las personas con trastorno mental grave a menudo ha sido insuficientemente considerada, o sacrificada en aras del control de los síntomas psiquiátricos. El síndrome metabólico, las infecciones crónicas (VIH, VHC), la patología respiratoria y cardio-

vascular son aspectos que pueden requerir una cuidadosa evaluación y tratamiento y deben ser incorporadas al plan de alta.

- El periodo de hospitalización puede ser fundamental para evaluar aspectos como el afrontamiento de la enfermedad y su impacto intrapsíquico en el paciente, así como el entorno familiar, sus necesidades y su capacidad de afrontamiento y apoyo al paciente. Otros aspectos sociales, incluyendo las relaciones, el alojamiento, las necesidades económicas, la organización doméstica, los autocuidados, son elementos fundamentales que deben ser evaluados y considerados en los objetivos de alta.
- La hospitalización no es óbice para incorporar los principios de la recuperación al tratamiento del paciente. Su participación en el plan de tratamiento, la opción para elegir alternativas puede en algunos casos incluso alargar la hospitalización, pero también puede incrementar la adherencia y reducir las posibilidades de recaída y rehospitalización tras el alta.
- El entorno hospitalario puede ser también una oportunidad para la psicoeducación, el aprendizaje de estrategias de manejo de la enfermedad y el establecimiento de una alianza terapéutica.

Puede no parecer políticamente (ni económicamente) correcto defender la utilidad de estancias prolongadas en unidades psiquiátricas, a menudo localizadas en hospitales psiquiátricos donde la larga estancia, los métodos más o menos manicomiales, las estructuras obsoletas, la falta de expectativas de personal y pacientes, la escasez de recursos y el estigma se conjuraban para producir los peores resultados posibles. Sin embargo muchas unidades y hospitales se han modernizado, llevan años trabajando con los pacientes más graves, han incorporado los objetivos y métodos de la rehabilitación y obtienen resultados excelentes en pacientes a veces desahuciados por el sistema. El potencial de la "milieu therapy" no debe de ser olvidado, y para algunos pacientes la posibilidad de permanecer un tiempo en un ambiente ordenado, en condiciones de seguridad, recibiendo un tratamiento adecuado e integral, con un personal optimista y esperanzado hacia su evolución, puede ser una oportunidad única para modificar y reencaminar su evolución.

Puede argumentarse que la atención extrahospitalaria puede afrontar estos mismos objetivos sin la necesidad de hospitalización, más allá del control del riesgo y la contención que ofrece el hospital en las hospitalizaciones de agudos, de forma similar a como las hospitalizaciones médicas y quirúrgica afrontan necesidades de diagnóstico y tratamiento que requieren equipamiento y cuidados que no pueden ser procurados en el ámbito extrahospitalario (aunque los avances técnicos y servicios como la hospitalización a domicilio han permitido grandes avances en este sentido y evitado muchos días de hospitalización). Sin embargo los pacientes psiquiátricos tienen problemas distintos que los pacientes médicos y quirúrgicos que en ocasiones condicionan la necesidad de hospitalización. Por un lado, la falta de conciencia de enfermedad y las dificultades cognitivas pueden dificultar a menudo la necesaria colaboración con el tratamiento. Por otro, las necesidades de atención psicosocial y farmacológica pueden ser muy complejas y hacer muy difícil su administración ambulatoria, al menos en el inicio. Y además, muchos pacientes graves carecen de apoyo familiar que facilite la supervisión y el apoyo para los cuidados necesarios. El estigma es un elemento adicional que contribuye a que los pacientes no busquen o no sigan el tratamiento necesario.

En este contexto, las hospitalizaciones psiquiátricas relativamente prolongadas, más allá de la hospitalización de "agudos", pueden tener un sentido garantizando el tratamiento y la cobertura de pacientes graves que precisan entornos controlados para tener la oportunidad de reencaminar el curso de la enfermedad, en un contexto amplio de objetivos de recuperación.

RESUMEN

El número y distribución de las camas psiquiátricas ha sufrido enormes cambios en los últimos años, de la mano de los heterogéneos procesos de reforma en los diferentes países europeos, y en nuestro país, en las distintas comunidades autónomas. Sin embargo no se ha realizado una evaluación del impacto que los cambios en el número, distribución, duración de las estancias y ubicación de las camas han tenido en la asistencia y evolución de la población afectada, especialmente de la que padece trastornos mentales graves de curso crónico. El concepto de "media estancia", ampliamente aceptado y extendido en nuestro país, carece de una definición operativa que permita comparaciones, definiciones de estándares de recursos e indicadores asistenciales, que sirva como referencia para su ubicación en las organizaciones asistenciales. En buena medida, las unidades de media estancia han surgido como cajón de sastre asistencial al servicio de la reducción de las estancias en las unidades de agudos y de la cobertura de pacientes con necesidades de apoyo social y sociosanitario (alojamiento, por ejemplo), ante la escasez y falta de desarrollo de recursos comunitarios alternativos. En otros casos dichas unidades han pasado a dar cobertura a poblaciones específicas que, al menos en teoría, de benefician de estancias más prolongadas que las que pueden ofrecer las unidades de agudos (psicosis refractarias, rehabilitación hospitalaria, patología dual, etc.). El resultado es un panorama heterogéneo de camas psiquiátricas, frecuentemente ubicadas en hospitales psiquiátricos monográficos, y cuya ubicación en la red de servicios asistenciales es muy confusa.

Existe muy escasa literatura acerca de la eficacia de la hospitalización en si, y aún menos en relación con la hospitalización prolongada. A pesar de ello, se considera hoy en día que las hospitalizaciones deben de ser lo más cortas posibles, y limitarse en la mayoría de los pacientes a resolver la situación aguda. Sin embargo, es posible que esta no sea la mejor opción para algunos pacientes, que podrían beneficiarse de hospitalizaciones más prolongadas, si se siguen algunos principios básicos.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Inpatient psychiatric care in the 21st Century: the need for reform. Glick I, Sharfstein S, Schwartz H. Psychiatric Services 62:206-209, 2011. Artículo reciente, precedido de un editorial de Goldman (Inpatient Care in the 21st Century: we need more evidence. Goldman H. Psychiatric Services 62: 117, 2011) en el que se revisa el papel de la hospitalización psiquiátrica en los actuales modelos de atención de salud mental en los países desarrollados. El artículo defiende que el excesivo acortamiento de las estancias en las unidades de agudos puede tener efectos negativos en la evolución y oportunidades de recuperación para algunos pacientes. Por otro lado, no existe evidencia clara acerca de los beneficios de la reducción excesiva de las estancias hospitalarias. El artículo define un modelo de atención hospitalaria basado en tres fases, y una serie de principios para guiar la duración óptima de la estancia.

Thornicroft G., Tansella M., Law A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 7, 87-92. El artículo, (disponible por otra parte en castellano en la versión en español de World Psychiatry) reflexiona acerca de la experiencia de reforma y desarrollo de servicios de salud mental comunitarios en países como Italia y Gran Bretaña. El artículo ha servido como base para el desarrollo de guías para la implantación de servicios asistenciales de salud mental comunitarios (WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77), en las que se aboga por un modelo equilibrado de asistencia (balanced care) en el que la mayoría de los servicios se proporcionan en el medio comunitario, próximos a la población atendida, mientras que se mantiene una atención hospitalaria

suficiente, centrada en los hospitales generales, y de la menor duración posible. El artículo reflexiona acerca de diez desafíos fundamentales a afrontar en el desarrollo de servicios comunitarios, desde la incertidumbre al estigma o los problemas de financiación.

Capdevielle D, Ritchie K: the long and the short of it: area shorter periods of hospitalization benefitial? British Journal of Psychiatry 192:164-165, 2008. El artículo revisa la literatura disponible acerca de la eficacia de la hospitalización psiquiátrica en el tratamiento de las psicosis. La mayoría de la literatura disponible está publicada en los años 60 y 70, y existe muy poca investigación reciente al respecto. Los datos de los estudios disponibles parecen demostrar que la prolongación de la hospitalización no ofrece ventajas reseñables sobre las estancias más cortas en la evolución de la mayoría de los pacientes. En todo caso, y a pesar de que la duración de la hospitalización es un factor de potencial impacto en la evolución de la enfermedad, la calidad de vida, y evidentemente los costes asistenciales, siguen sin existir criterios claros que permitan definir un estándar de buenas prácticas, en lo que se refiere a la duración de las hospitalizaciones.

BIBLIOGRAFíA

(1) La Matriz de la Salud Mental: Manual para la mejora de los servicios. Thornicroft G, Tansella M. Madrid: Triacastela; 2005.
(2) Carulla L, Bulbena A, Vázquez Barquero JL, Muñoz P, Gómez Beneyito M, Torres F. La Salud Mental en España; Cenicienta en el País de las Maravillas. Informe SESPAS 2002.
(3) Thornicroft G., Tansella M., Law A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 7, 87-92.
(4) Inpatient Care in the 21st Century: we need more evidence. Goldman H. Psychiatric Services 62: 117, 2011.
(5) Inpatient psychiatric care in the 21st Century: the need for reform. Glick I, Sharfstein S, Schwartz H. Psychiatric Services 62:206-209, 2011.
(6) Glick ID, Hargreaves WA: Psychiatric Treatment for the 1908s. A controled studyof short versus long hospitalizations. Lexington, Mass, Lexington Press, 1979.
(7) Capdevielle D, Ritchie K: the long and the short of it: area shorter periods of hospitalization benefitial? British Journal of Psychiatry 192:164-165, 2008.
(8) Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999; 249: 136– 43.
(9) Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. Am J Psychiatry 2005; 162: 311– 18.
(10) Lin HC, Tian WH, Chen CS, Liu TC, Tsai SY, Lee HC. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: a 3-year population-based study. Schizophr Res 2006 ; 83: 211– 14.
(11) Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev2000 ; 2: CD000384.
(12) Sytema S, Burgess P, Tansella M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy. Schizophr Bull2002; 28: 273– 81.
(13) Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuardi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. Braz J Med Biol Res2003 ; 36: 1233– 40.

4.10. Los programas residenciales

Marcelino López, Margarita Laviana

INTRODUCCIÓN

La atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves implica, para dar respuesta razonable a sus distintas necesidades, no solo un conjunto de intervenciones biológicas y psicológicas desde estructuras y profesionales sanitarios, sino también la disponibilidad de dispositivos e intervenciones de apoyo o soporte social, adscritas habitualmente en nuestras sociedades a otros campos o sectores administrativos y de la llamada "sociedad civil"[1].

Este apartado, con variables estructuras y modelos de funcionamiento, suele incluir una serie de programas, entre los que están claramente los *residenciales (*alojamiento, manutención, apoyo en el auto cuidado y la organización de la vida cotidiana), los *laborales* (orientación laboral, formación profesional y apoyo al empleo) y los dirigidos al *soporte cotidiano,* basados en la *ocupación* y el *fomento de relaciones sociales* (actividad ocupacional, ocio, empleo del tiempo libre, apoyo a la autoorganización)[1, 2]. Y también otros más variables como los de *educación* compensatoria, los de *soporte económico* personal (empleo o subvenciones) o los de *tutela* personal y jurídica[1, 3].

Distintos dispositivos y programas que tienen, pese a su diversidad, características comunes, en términos de justificación, definición general, componentes habituales y principios básicos de funcionamiento y articulación con las intervenciones específicamente sanitarias. Y que, por otra parte, entre nosotros, no suelen existir con la frecuencia y calidad necesaria, además de ser muy diversos en cuanto a modelos funcionales, dotación y mecanismos de gestión y coordinación con los servicios sanitarios. Y aunque el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia permite un nuevo marco para el desarrollo de muchos de ellos[4], no parece que en la mayoría de los territorios del Estado esté desempeñando satisfactoriamente esa función.

Para contextualizar el tema hay que tener en cuenta algunos aspectos teóricos y prácticos, empezando por una referencia a la *atención comunitaria* como marco en el que situar estos programas. Por un lado, por su enfasis en la rehabilitación, la recuperación y, en definitiva en la búsqueda de la ciudadanía de las personas como valores de referencia[1]. Pero también porque tanto su consideración como un "paradigma tecnológico"[1] como los modelos de gestión clínica que derivan de ella[5], incluyen la necesidad de tener en cuenta la información técnica disponible sobre los resultados de las intervenciones.

Lo que enlaza, en segundo lugar, con el tema, crecientemente enfatizado pero no exento de problemas y lecturas diversas, de la *atención basada en la evidencia* que, pese a los importantes matices que cabe hacer, sigue siendo una referencia obligada. Así, es importante diferenciar entre programas que se han evaluado con resultados positivos o negativos (hay "evidencia", pero negativa) y aquellos que todavía no se han podido o sabido evaluar. Pero sin olvidar que las decisiones sobre programas e intervenciones deben tener en cuenta los niveles de "evidencia" disponible, pero también las justificaciones razonables en términos de valores para algunos programas, que aunque aún no se han evaluado rigurosamente cuentan con bases razonables para considerarlos condiciones básicas para vivir en la comunidad.

De hecho, la justificación general de este tipo de programas es doble[3], ya que pueden verse como *complementarias de la atención sanitaria* (tratamiento y rehabilitación), pero también y paralelamente, como *soportes básicos* para vivir en la comunidad, eliminando barreras y mejorando la capacidad real de ejercer derechos ciudadanos. Aspecto que, en las sociedades con mayor nivel de desarrollo de políticas sociales ("estado del bienestar"), tiene cada vez más importancia y justifica por si mismo determinadas intervenciones, aunque su contribución "medible" a mejorar parámetros estrictamente clínicos sea baja o no haya podido todavía comprobarse con metodología científica[3].

Por último, hay que mencionar también la relación de estos programas incluidos los residenciales, con los distintos aspectos de eso que llamamos "rehabilitación", relación que es objeto de controversias no siempre claras en cuanto a su adscripción sanitaria o social[1, 7]. De hecho, bajo este término único incluimos diferentes aspectos cuya confusión impide a menudo un debate racional. Resumiendo mucho, hay un nivel general que, si consideramos la rehabilitación como una filosofía o una estrategia de atención a personas con TMG, corresponde a visiones comunes a todos los dispositivos, estructuras y profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que nos ocupamos de este tipo de problemas. Pero también unos niveles más concretos en los que, si hablamos de programas, servicios o dispositivos, unos son competencia del sistema sanitario y otros de los servicios sociales o de empleo, al menos en sociedades como la nuestra.

Los programas de apoyo social mantienen relaciones claras con esos distintos sentidos del término rehabilitación, ya que comparten, como el conjunto de la atención comunitaria, tanto la filosofía como la estrategia de la rehabilitación psicosocial y sus objetivos de recuperación, ciudadanía y atención cooperativa, a la vez que prolongan los programas específicos de rehabilitación, facilitando estructuras de soporte para la vida en la comunidad y permitiendo el desarrollo de actividades más básicas, de aprendizaje y refuerzo "en vivo" de conductas necesarias para vivir activamente en ella.

ASPECTOS TEÓRICOS: ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

La provisión de alojamiento es un sector clave de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves, una parte significativa de las cuales puede presentar de manera temporal o definitiva dificultades para vivir de manera independiente en la comunidad. Por ello los programas residenciales, dirigidos a cubrir esas necesidades, cuentan con un cuerpo creciente de información sobre distintos aspectos teóricos y prácticos.

Un breve repaso a la bibliografía profesional[8-10] permite extraer algunas conclusiones. Además de constatar el interés por el tema desde la atención comunitaria y pese a la existencia de problemas terminológicos no resueltos (nombres distintos para un mismo tipo de alojamiento y uso del mismo nombre para hacer referencia a distintos tipos), llama la atención la multiplicidad de programas existentes, con importantes variaciones en términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento. Tampoco son siempre coincidentes las visiones de los diversos agentes implicados (profesionales, familiares y usuarios), coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas[12-15], oscilantes entre dos polos: el de la rehabilitación y el aparentemente superado pero todavía presente, de la segregación social.

Pese a esa diversidad, hay suficientes elementos para establecer una síntesis razonable, aunque sea provisional[8, 16]. Y, en conjunto, aunque los rigurosos criterios de los revisores de la Colaboración Cochrane siguen reclamando la necesidad de ensayos aleatorios[17, 18], la información dispo-

nible permite calificar algunos programas residenciales como "practicas emergentes basadas en la evidencia" [19] y, en general, considerar que hay bases razonables para defender su desarrollo.

En la mayoría de los países con sistemas consolidados de atención comunitaria, estos programas han tenido una evolución básicamente similar[8, 16, 20-29], afectando paralelamente a los principios de funcionamiento, a la tipología de dispositivos y a la de usuarios y usuarias de los mismos.

Cuadro1. Evolución de los programas residenciales[8, 16]

Prolongación de la atención sanitaria, ("estructuras intermedias")	Espacios alternativos al Hospital Psiquiátrico Lugares para intervenciones terapéuticas y rehabilitadora
Continuun residencial ("residential continuun", "sheltered housing")	Provisión de alojamientos graduados (según niveles de apoyo: horas de personal por residente) Itinerario programado hacia alojamientos de mayor autonomía
Apoyo residencial ("Supported housing")	Mayor peso de las preferencias del usuario Fomento de utilización de vivienda propia Mecanismos de apoyo flexibles y adaptados a situaciones individuales

Así, como resume el Cuadro 1, desde una situación inicial en la que el alojamiento era una prolongación de la atención sanitaria, que buscaba (bajo el nombre de "estructuras intermedias", casas "a medio camino", dispositivos de entrenamiento, o similares) espacios alternativos al Hospital Psiquiátrico o lugares para intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras[15, 30-32], se fue pasando progresivamente a la provisión de alojamientos en cuanto tales, con el mayor nivel de normalidad y autonomía posible. El título de un artículo del equipo ingles del estudio TAPS[33] refleja bien esta evolución: "hogares para vivir y no estaciones de tratamiento". Pero también, desde esa nueva perspectiva, hay una evolución desde un modelo de *Continuum residencial*, basado en distintos tipos de alojamientos, graduados según niveles de apoyo, con itinerarios programados para cada usuario hacia niveles de mayor autonomía, a otro de "Apoyo residencial", que da mucho más peso a las preferencias personales, fomenta la utilización de la vivienda propia y pone en juego mecanismos de apoyo flexibles y adaptados a la diversidad de necesidades de las personas afectadas[5, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35]. Dos modelos, que probablemente hay que combinar a la hora de definir la estructura concreta de un programa residencial razonable, en contextos donde ya no hay Hospitales Psiquiátricos.

Paralelamente hay una evolución en la tipología de residentes, que refuerza esta tendencia evolutiva, con la transición desde una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones bastante homogéneas, a un abanico más amplio que combina personas con diferentes niveles de autonomía / dependencia, diferentes situaciones familiares y mucho

más diversas procedencias[8, 36].

La información disponible sobre distintos países muestra grandes variaciones, tanto en el número como en la tipología de estructuras o dispositivos que componen sus programas residenciales[5, 20, 21, 23, 27, 37-40]. Lo cual hace compleja la tarea de extraer, de esas distintas experiencias, elementos que permitan articular programas residenciales en contextos diferentes.

De hecho, hay dificultades metodológicas no resueltas para realizar una estimación de necesidades de plazas, dificultades que traducen la complejidad del tema[8-10]. Así, son complicados y costosos, además de discutibles en no pocos aspectos, los procedimientos de estimación de la prevalencia de personas con trastornos mentales graves y carecemos de metodologías consensuadas y precisas para delimitar cuantas necesitarían atención residencial[20, 27, 40, 41]. De hecho, esta cifra no puede basarse en un criterio objetivo, absoluto, universal e intemporal, pues depende de la interacción de múltiples factores, como son la gravedad de la enfermedad y de la discapacidad que genera, la capacidad de contención del entorno familiar y comunitario y la estructura, dotación y capacidad de atención de los servicios de salud mental. Y lo mismo sucede con las variaciones de dichos factores en territorios concretos y con su evolución en el tiempo.

De ahí la disparidad que reflejan los pocos estudios nacionales publicados y la consiguiente comparación de cifras internacionales, aspectos que resume el Cuadro 2. La gran variabilidad de las cifras, incluso cuando se emplean criterios comunes y similares protocolos e instrumentos de investigación, impide realizar extrapolaciones directas y plantea, por el contrario, la necesidad de cálculos locales concretos, contextualizados y flexibles, que funcionan como "aproximaciones sucesivas", con importantes "intervalos de confianza"[20].

Cuadro 2. Dotación de recursos residenciales para personas con trastornos mentales graves en algunos paises europeos (Tasas /10.000)

Estudios nacionales	
Reino Unido	
8 Distritos (Lelliot y ots, 1996 [42])	9,46
32 Distritos (Faulkner y ots, 1993 [43])	4,29
Italia (Gruppo Nationale PROGRES, 2001[44])	2,98 (0,67-6,93)
Holanda (De Heer-Wunderink y ots, 2008 [45])	6,00
Comparaciones internacionales (Estudio EPSILON. Becker y ots, 2002 [40])	
Amsterdam	7'85
Copenhagen	25,00
Londres	4,32
Verona	5,23

Hay también variaciones considerables en distintos aspectos de la estructura y el funcionamiento de estos programas[2, 8, 20, 27, 30, 33, 34, 46, 47]. Así sucede con las funciones básicas que asumen, siendo habituales las de residencia, manutención, relaciones sociales y apoyo interpersonal, pero su combinación y mecanismos de cobertura son

variables. También varían otros aspectos como la presencia de funciones de rehabilitación o la utilización, en algunos casos, de un espacio residencial como alternativa a la hospitalización, de corta o de larga estancia[48-50]. Y lo mismo pasa con la temporalidad de uso, con distintas combinaciones de temporalidad y permanencia, y tendencia creciente a esta última, sobre todo en modelos de "apoyo residencial"[33, 36, 51, 52].

En lo que se refiere a la gradación de alternativas, suele ser más compleja cuanto mayor es el programa y su tiempo de desarrollo, siendo habitual[8, 11, 16, 20, 21, 32, 37] encontrar modalidades de apoyo domiciliario, pequeñas unidades sin personal permanente, y unidades con personal, que enlazan en algunos programas con unidades sanitarias o mixtas[49, 50], tal y como resume el Cuadro 3. Aunque, según los contextos, sean muy diferentes tanto los nombres como las posibilidades intermedias (adaptadas a la extrema variabilidad de necesidades del colectivo) con las que cuentan los programas.

Cuadro 3- Tipología básica de estructuras residenciales[8, 16]

TIPO DE ACTIVIDAD	ESTRUCTURAS O DISPOSITIVOS	PERSONAL
Apoyo domiciliario	Domicilio propio Familia sustituta Pensión	Personal sanitario (enfermería comunitaria) Personal de Servicios sociales generales Equipo específico (compartido o no con otras estructuras residenciales)
Alojamiento supervisado	Pisos o Apartamentos (2-6 residentes)	Equipo específico (para apoyo periódico variable)
Alojamiento asistidos	Casas-Hogar /Mini residencias (6-30 residentes)	Equipo con atención de 24 horas
Hospitalización alternativa	"Ward-in-a-house"/ Comunidad Terapéutica (10-20 residentes)	Equipo sanitario con atención de 24 horas

Relacionada con la tipología está la dotación de recursos humanos, sobre la que encontramos en la literatura descripciones de dispositivos con variaciones en la ratio residente/personal que van desde más de 20 hasta menos de uno[8, 20, 43, 50]. Lo que de nuevo traduce la diversidad de modelos y estructuras concretas. Tampoco hay homogeneidad en los niveles de cualificación ni en los mecanismos, generalmente escasos, de formación, aunque hay un interés creciente por la aplicación del concepto de "*emoción expresada*", tanto para entender las interacciones entre el personal y los usuarios y usuarias, como para orientar la formación de aquellos[8, 20, 54-58].

Finalmente, también son variables las dependencias administrativas y los mecanismos de gestión de los programas (público, privado no lucrativo o privado) y de coordi-

nación con los servicios de salud mental[8], con la peculiaridad llamativa de Italia, donde gran parte de las estructuras residenciales siguen bajo dependencia sanitaria, probablemente como resultado de la especificidad de su proceso de Reforma[38, 44].

Por último, en relación con los efectos sobre quienes utilizan un programa residencial, los datos disponibles muestran un cuadro más o menos claro, en relación con sus repercusiones sobre la situación clínica, el funcionamiento personal y social, las redes sociales y especialmente la "calidad de vida" y el grado de satisfacción[8, 11, 20, 22, 23, 27, 29, 59-67]. Efectos positivos relacionados con factores diversos, como el tamaño de los dispositivos (mejor cuanto más pequeños son), distintos aspectos de funcionamiento interno, los modelos de atención ("custodiales" o "rehabilitadores") o la participación de los y las residentes en la toma de decisiones[22, 23, 68-75]. Hay que señalar también el papel de los niveles de actividad y la repercusión ya mencionada de los niveles de emoción expresada[20, 54-58] y de los entornos vecinales[76-80], incluyendo los efectos del estigma social[77, 78, 80-82]. Emerge así un modelo "óptimo", que enfatiza entornos vecinales normales (donde vive el resto de la población), funcionamientos participativos, pequeño tamaño y régimen de actividades adaptado a las necesidades personales[8, 10, 83].

LOS PROGRAMAS RESIDENCIALES EN ESPAÑA

La diversidad a que hemos hecho referencia se refleja también en el Estado español, donde encontramos una gran variedad de estructuras y modos de funcionamiento, sobre la base de un desarrollo insuficiente e inadecuado en la mayoría de sus territorios[84].

Los dos modelos que pueden considerarse razonablemente consolidados son los correspondientes a las Comunidades Autónomas de Andalucía y de Madrid, con muchos aspectos comunes pero también importantes diferencias. Estas afectan básicamente al marco general en el que se inserta el programa y, en menor medida, al modelo concreto de servicios y a su dotación actual.

Con respecto al primer aspecto, en el caso de Andalucía[85,86] el programa depende de FAISEM, Fundación pública intersectorial (Salud, Igualdad y Bienestar Social, Empleo y Economía), que gestiona programas de apoyo social sin servicios específicos de rehabilitación (que permanecen en el sistema sanitario) y mediante gestión directa. Y en el caso de Madrid[87], depende de la Dirección General de Servicios Sociales, incluye servicios y profesionales de rehabilitación y se gestiona mediante conciertos con entidades diversas.

Y con respecto al segundo, hay variaciones menores especialmente en las denominaciones y una dotación de plazas que se resume en el Cuadro 4.

En las restantes Comunidades las diferencias son mayores, con una dotación claramente inferior de plazas y mecanismos de gestión más variables.

LA ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA RESIDENCIAL: OBJETIVOS Y ESTRUCTURA.

En una formulación general[85], podemos considerar que el *objetivo* de un programa residencial para personas con trastornos mentales graves es contribuir a mejorar su funcionalidad personal y social así como su permanencia activa en la comunidad, mediante tres tipos de actuaciones:

a) El apoyo en el mantenimiento, la recuperación o el establecimiento de un domicilio propio.
b) La provisión de alojamientos específicos con distintos niveles de supervisión y apoyo.
c) Y el establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, coordinado con los servicios de salud mental.

El tipo de dispositivos y actuaciones necesarios para alcanzar estos objetivos puede variar de unos territorios a otros, en función de distintos factores contextuales, pero hay una serie de elementos comunes

Cuadro 4. Los programas residenciales en Andalucía y Madrid.[88, 89]

PROGRAMAS Y DISPOSITIVOS	NÚMERO	PLAZAS	T/100.000
Andalucía (2010):			
Casas Hogar	55	895	10,8
Viviendas supervisadas	168	738	8,9
Apoyo domiciliario		441*	5,3*
Madrid (2011):			
Mini Residencias	20	535	8,2
Pisos supervisados	55	220	3,4
Equipos de apoyo social	38	1140**	19,0**

* Personas atendidas en el año. ** Plazas teóricas (30 por Equipo)

que incluyen al menos los que hemos podido ver anteriormente en el Cuadro 4. Así, básicamente, se debería contar al menos con los siguientes[8, 9, 16, 85]:

1. *Apoyo domiciliario* a personas que viven solas o con su familia, en una familia sustituta o en una pensión. El apoyo puede ejercerse desde los propios servicios sanitarios, por parte de personal de servicios sociales comunitarios (en el marco de programas de apoyo domiciliario comunes a distintos colectivos) o por un equipo específicamente destinado a este fin. En este último caso puede ser útil que dicho equipo sea común al que se encarga de otras actividades del programa (apoyo a los alojamientos supervisados o personal adscrito a algún alojamiento con atención de 24 horas)
2. *Alojamiento supervisado*, entendiendo por tal alguna estructura pequeña (no más de 5-6 residentes), habitualmente denominada "Piso" o "Apartamento", situada en un entorno residencial normal, con distintos grados de cobertura de otras necesidades (comida, organización de la vida cotidiana, manejo del dinero, relaciones sociales). Supervisión y apoyo variables según la periodicidad de las visitas que se realicen: esporádicas o a demanda de los propios residentes, de periodicidad semanal para seguimiento, supervisión y apoyo puntual o diario para apoyos concretos en determinadas actividades cotidianas (aseo personal y de la vivienda, comida, toma de medicación, etc.)
3. *Alojamiento asistido*, entendiendo por tal el que cuenta con personal durante las 24 horas del día. Suele tratarse de una pequeña residencia con denominaciones diversas ("Casa-Hogar", "Hogar", "Mini-residencia"), capacidad variable, pero que no debería ser superior a las 20 personas y con una relación personal/residente también variable (habitualmente inferior a 1/1). Su funcionamiento permite atender a personas con menor nivel de autonomía y facilitarles alojamiento, comida, apoyo y supervisión en los cuidados básicos (personales y del alojamiento) y eventualmente actividad ocupacional, educativa, de ocio, etc.

Habitualmente se fomenta la participación activa de los residentes en las actividades cotidianas de la vivienda. A su vez esas actividades se complementan con las intervenciones sanitarias y con las de otros programas de apoyo social, mediante un plan individualizado de atención que debe elaborarse conjuntamente con los responsables clínicos de la persona alojada.

Por otra parte, estas estructuras permiten una gran diversidad de usos, siendo útil combinar en muchos de ellos al menos tres tipos[87], permitiendo que funcionen como lugar de residencia per-

manente para personas con baja autonomía temporal, como lugar de paso a estructuras más autónomas y también para cubrir descompensaciones menores de residentes en otras estructuras menos asistidas o periodos de descanso o "respiro" familiar.

4. *Unidades alternativas de hospitalización,* especie de estructura "mixta" residencial y sanitaria (aunque el componente sanitario es preponderante), que cuenta con personal sanitario durante las 24 horas y en las que se desarrollan programas de atención intensiva, habitualmente de media o larga estancia, para pacientes que no resulta adecuado manejar en las unidades habituales de hospitalización. En cuanto tales no forman parte de un programa residencial, tal y como nosotros lo entendemos, sino más bien de los servicios sanitarios[1, 83], aunque a veces haya referencias a estructuras mixtas de diverso tipo, en las que el componente residencial es importante.

En lo que respecta al *personal*, aunque la gestión del programa puede depender de los servicios sanitarios, cada vez resulta más común disponer de equipos residenciales específicos, compuestos por:

a) Personal básico de apoyo residencial, con diversos nombres (monitor, cuidador, educador) pero con una función similar: dar apoyo al residente desde una perspectiva comparable a la "sustitución profesionalizada de algunas funciones tradicionalmente asumidas por la familia"[85].
b) Responsables o coordinadores, que añaden a la función básica la de actuar como líderes de equipos (dirección y apoyo personal, además de la coordinación con otros dispositivos sanitarios y de apoyo social).
c) Ocasionalmente, personal específico para limpieza y / o cocina.

El personal requiere una *formación básica,* para la que son útiles las referencias a los programas psicoeducativos para familiares: información general sobre la enfermedad, su atención y los recursos existentes, habilidades de manejo de situaciones cotidianas y conductas de riesgo y actitud de apoyo con estilos de comunicación de "baja emoción expresada".

En lo que respecta al *número* hay también grandes diferencias en función de variables internas y externas. Como orientación cabe considerar que:

a) En los programas de seguimiento (apoyo domiciliario y alojamientos supervisados) depende del grado de supervisión de los casos asignados, pero no debe suponer más allá de 4-5 alojamientos y/o 15-20 personas en seguimiento por cada persona que atiende.
b) En los dispositivos con personal las 24 horas es conveniente contar con la disponibilidad de al menos dos personas por turno (para hacer frente a situaciones de crisis que puedan obligar a uno de ellos a salir del dispositivo), aumentando la dotación en función de las prestaciones y el nivel de dependencia de las personas atendidas.

En lo que respecta a la *dependencia administrativa y los mecanismos de gestión* del programa, hay que elegir, dependiendo del contexto, entre distintas posibilidades, con ventajas e inconvenientes. Así pueden depender de los propios servicios sanitarios con gestión similar a estos (aunque ésta es una alternativa cada vez menos frecuente), o de alguna otra estructura pública (Servicios sociales, Fundación o Empresa pública), ya sea con gestión directa desde la misma o con financiación pública (sanitaria, de Servicios Sociales o mixta), pero prestación privada (con y sin ánimo de lucro). También cabe tanto una financiación como una gestión privada (ONG, familiares, etc.), aunque en este caso asegurar un acceso equitativo parece cuando menos más difícil.

En casi todos los casos puede pensarse en alguna forma de participación del usuario o usuaria (o de su familia) en la financiación del programa (pago de parte del costo de la plaza con retención de un porcentaje, habitualmente fijado por ley, de sus ingresos).

LA ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA RESIDENCIAL. ASPECTOS FUNCIONALES

El funcionamiento del programa residencial debe contemplar distintos momentos, en cada uno de los cuales hay que tener en cuenta tanto consideraciones internas como de conexión con otros programas, especialmente los de atención sanitaria[16, 83, 85].

1. *Indicación y derivación al programa,* dado que el futuro usuario o usuaria suele ser una persona atendida por los servicios sanitarios, procedente de una Unidad de hospitalización o de una situación residencial inadecuada. La indicación sanitaria debe incluir alguna información sobre la situación clínica y psicosocial, el tratamiento, las indicaciones sobre objetivos a cubrir y alguna evaluación de posibilidades, dificultades y riesgos, junto al compromiso concreto de seguimiento sanitario, en situaciones normales y de crisis.

   Pero, más allá del acto administrativo de la derivación, hay un importante trabajo previo que debe hacerse desde los servicios de salud mental. Trabajo que tiene, al menos, dos tareas evidentemente interconectadas.Por un lado, la valoración de en qué medida el proceso de recuperación de la persona exige el acceso al programa residencial y cual es el lugar más adecuado para ello, dentro de las posibilidades existentes. Se trata de garantizar que el paso a una estructura residencial no se indique como una manera de "quitarse de encima" un problema propio o del medio próximo a la persona, sino de un paso necesario hacia su recuperación y ciudadanía.Y por otro, que esa valoración y la correspondiente indicación deben trabajarse con el usuario o la usuaria para que realmente sea un apoyo en su recuperación. Eso significa ayudar a la persona a utilizar adecuadamente el dispositivo residencial concreto como apoyo a su vida ciudadana, enmarcándolo en su proceso de elaboración y desarrollo de su propia vía hacia la autonomía. Proceso en el que es importante la apropiación personal del espacio, como hogar y no solo como residencia institucional[2] y que requiere un trabajo previo, desde los servicios de salud mental, que debe continuarse en colaboración con el personal del programa en los pasos siguientes.
2. *Acogida y programación individualizada de actividades,* por parte del equipo correspondiente al programa residencial, que debe evaluar, a partir de la información recibida y de la entrevista con el usuario, la situación del mismo y su ubicación en el programa. Desde ahí se debe establecer la estrategia a seguir, eligiendo entre las alternativas del programa: el apoyo en el domicilio actual o en otro alternativo (delimitando el reparto de funciones con el equipo sanitario y otros programas disponibles), la inclusión en un recurso supervisado con definición del grado de supervisión a seguir o la inclusión en un dispositivo con apoyo de 24 horas.

   La información debe ser contrastada con el equipo sanitario responsable del seguimiento y dará lugar, para cada persona concreta, a un "plan individualizado de atención" que debe contemplar:
   a) La estructura y régimen de actividades dentro del programa residencial (tipo de apoyo, actividades internas, disposiciones económicas)
   b) El régimen del seguimiento sanitario (periodicidad de la atención, urgencias)
   c) La participación en otros programas disponibles (ocupacional, laboral, ocio)
   d) Los mecanismos de coordinación para eventuales cambios en el plan (variación de actividades, cambios de residencia, salida del programa)
3. *Desarrollo de las actividades* que, como hemos referido varias veces, varían según el dispositivo y la persona. Con carácter general se busca siempre un clima que fomente la autonomía (personalización de espacios y ritmos, apoyo no paternalista) y la participación activa en las actividades, la protección frente a

riesgos de descompensación, así como de conductas auto y heterolesivas y el impulso al establecimiento de relaciones sociales, dentro y fuera del alojamiento.

4. *Seguimiento continuado y evaluación periódica,* para lo que será necesario un sistema de información que integre[10, 16, 85]:
   a) Una *base de datos sobre dispositivos* (datos de estructura, espacio, aspecto físico, y personal adscrito) *y residentes* (datos sociodemográficos, clínicos y de evolución)
   b) Un sistema de *indicadores periódicos de seguimiento,* que permita seguir el desarrollo cuantitativo de los dispositivos y de las personas que los usan, los itinerarios de estas, así como los costes.
   c) Un sistema de *indicadores sobre resultados* (de elaboración periódica y como resultado de estudios puntuales), que permita valorar la evolución de la situación clínica, el funcionamiento social, el consumo de servicios y la satisfacción de usuarios y usuarias y de sus familias, pero también el grado de cobertura del programa (proporción de personas atendidas sobre el total de personas necesitadas).

RESUMEN

Los programas residenciales son un componente indispensable en una red intersectorial de servicios comunitarios para personas con trastornos mentales graves, organizándose habitualmente fuera del sistema sanitario, pero estrechamente conectados con él.

Aunque la diversidad es la norma, en función de variables locales diversas, hay una serie de rasgos generales comunes en relación con la estructura y los principios de funcionamiento.

Se trata básicamente de apoyar la vida en la comunidad mediante la atención en el propio domicilio o en alojamientos con distinto nivel de supervisión y soporte, sobre la base de planes individuales de atención coordinados con los profesionales sanitarios. Con el objetivo de favorecer procesos de recuperación y contrarrestando las tendencias de exclusión social e institucionalismo que siguen estando presentes en nuestras sociedades.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

López M, Lara L, Laviana M, Fernández, L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Arch Psiquiatr, 2004, 67, 2:101-128. Revisión general en castellano de la bibliografía relativa a los programas residenciales, razonablemente actual ya que las publicaciones posteriores (añadidas ahora) no añaden información que modifique substancialmente sus conclusiones. El presente texto resume básicamente las conclusiones de ese artículo, con alguna actualización parcial.

Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, 37: 301-315. Importante revisión de los aspectos más relevantes de estudios de investigación referidos a los programas residenciales, por parte de un equipo con aportaciones importantes en temas de rehabilitación y atención comunitaria.

Trieman N. Residential care for the mentally ill in the community. En Leff J (Ed). Care in the Community: Illusion or Reality?. London, Wiley & Sons, 1997: 51-67. Interesante revisión general procedente del equipo de investigación del TAPS, relevante estudio de seguimiento del cierre de dos hospitales ingleses con importantes aportaciones metodológicas y sustantivas en defensa de la atención comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

(1) López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista AEN, 2007, 27, 99:187-223.

(2) Saraceno B . La fine dell'Intrattenimento. Milano, Etas Libri, 1995.

(3) López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En Cangas A, Gil J, Peralta V. Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación. PSICOM Editores, 2006, Capitulo 16.

(4) López M, Laviana M, López A, Tirado C. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. Rehabilitación Psicosocial, 2007, 4, 1-2:11-27.

(5) Carmona J, Del Río F (Coord.). Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid, AEN, 2009.

(6) Sylvestre J, Nelson G, Sablof A. Housing for people with serious mental illness: a comparison of values and research. Am J Community Psychol, 2007, 40:125-137.

(7) López M, Lara L, Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En Espino A y Olabarría B. La formación de los profesionales de la Salud mental en España. Madrid, AEN, 2003: 269-301.

(8) López M, Lara L, Laviana M, Fernández, L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Arch Psiquiatr, 2004, 67, 2:101-128.

(9) López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1:2-15.

(10) Lopez M, Fernandez L, Laviana L. Evaluación en entornos residenciales comunitarios. En Fernandez J, Touriño R, Benitez N, Abeleira C (Ed.) Evaluación en rehabilitación psicosocial. Valladolid, FEARP, 2010:195-211.

(11) López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): Características de los dispositivos residenciales. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 16-27.

(12) Friederich RM, Hollingsworth B, Hradeck E, Friedrich HB, Culp KR. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. Psychiatr Serv, 1999, 50, 4: 509-514.

(13) Hansson L, Vinding HR, Mackeprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A et al.. Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicenter study. Acta Psychiatr Scand, 2001, 103: 45-51.

(14) Hatfield AB. A family perspective on supported housing. Hosp Community Psychiatry, 1993, 44, 5:496-497.

(15) Holley HL, Hodges P, Jeffers B. Moving psychiatric patients from Hospital to community: views of patients, providers and families. Psychiatr Serv, 1998, 49, 4:513-517.

(16) Lara L, López M. Guía operativa 8: Programa residencial. En Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005: 83-90.

(17) Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.

(18) Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliot HJ. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

(19) Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zipple AM (2004). How evidence-based practices contribute to Community Integration. Community Ment Health J, 40, 6:569-586.

(20) Shepherd G, Murray A. Residential care. En: Thornicroft G, Szmukler G Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001: 309-320

(21) Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. Adv Psychiatr Treat, 2004, 10:180-188.

(22) Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and health care use for people with severe mental illness: a review. Health and Social Care in the Community, 2008, 16:1-15.

(23) Cañamares JM, Gonzalez J, Blanco A, Castejón MA. Programas de integración para alternativas residenciales. En Pastor A, Blanco A, Navarro D (Ed.). Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid, Síntesis, 2010.

(24) Carling PJ. Housing and supports for Persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. Hosp Community Psychiatry, 1993, 44, 5: 439-449.

(25) Carling PJ. Supports and rehabilitation for housing and community living. En: Flexer RW, Solomon PL. Psychiatric Rehabilitation in practice. Boston: Andover Medical Publisher, 1993: 99-118.

(26) De Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. Curr Opin Psychiatry, 2004, 17:275-231.

(27) Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, 37: 301-315.
(28) Lehman AF, Newman SJ. Housing. En: Breakey WR (Ed). Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry. New York: Oxford University Press, 1996: 300-309.
(29) Ogilvie R J. The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review. Psychiatr Rehabil J, 1997, 21 (2): 1222-131.
(30) Trieman N. Residential care for the mentally ill in the community. En Leff J (Ed). Care in the Community: Illusion or Reality?. London, Wiley & Sons, 1997: 51-67.
(31) Morris I (1991). Residential care. En: Bennet DH, Freeman HL. Community Psychiatry. The principles. Edinburgh: Churchill Livingstone: 415- 443.
(32) WHO-SUPPORT. Transition from Hospital to community: a literature review on housing. Geneva, WHO/MNH/MND/93.17, 1993.
(33) Bigelow D. Supportive homes for live versus treatment way-stations: an introduction to TAPS project 41. Community Ment Health J, 1998, 34, 4: 403-405.
(34) Pyke J, Lowe J. Supporting people, not structures: changes in the provision of housing support. Psychiatr Rehabil J, 1996, 19, 3: 5-12.
(35) Ridgeway P, Zipple AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approach. Psychosoc Rehabil J, 1990, 13:11-31.
(36) López M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Jimeno V, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): Características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios por los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 28-39.
(37) Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Hosing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2009, 44:805-814.
(38) De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry, 2002, 181: 220-225.
(39) Alanen YO. Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment. London, Karnack Books, 1997.
(40) Becker T, Hülsmann S, Knudsen C, Nartiny K, Amaddeo F, Herran A et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, 37: 465-474.
(41) Grosser RC, Conley EK. Projections of housing disruption among adults with mental illness who live with aging parents. Psychiatr Serv, 1995, 46, 4:390-394.
(42) Lelliot P, Audini B, Knapp M, Chisholm D (1996). The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. British Journal of Psychiatry, 169: 139-147.
(43) Faulkner A, Field V, Lindesay J. Residential care provision in mental health: the current picture and future uncertainties. J Ment Health, 1993, 2: 57-64.
(44) Gruppo Nazionale Progres. Le strutture residenziali psichiatrice in Italia. I resultati della fase 1 del progetto PROGRES. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001, 10,4: 260-275.
(45) De Heer-Wunderink C, Caro-Nienhuis AD, Sytema S, & Wiersma D. Residential care: Dutch and Italian residents of residential care facilities compared. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2008, 17, 2: 162-165.
(46) Mowbray CT, Greenfield A, Freddolino AP. An analysis of treatment services provided in Group Homes for adults labelled mentally ill. J Nerv Ment Dis, 1992, 180, 9:551-559.
(47) McCarty J, Nelson G. An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. Hosp Community Psychiatry, 1991, 42, 12: 1254-1256.
(48) Trieman N, Leff J. The TAPS project, 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients outcome one year after relocation. Br J Psychiatry, 1996, 169: 289-292.
(49) Shepherd G. The "Ward-in-a-house": residential care for the severely disabled. Community Ment Health J, 1996, 31, 1, 53-69.
(50) Lloyd-Evans B, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. Br J Psychiatry, 2009, 195:109-117.
(51) Trieman N, Smith HE, Kendal R, Leff J. The TAPS Project 41: Homes for life? Residential stability five years after Hospital discharge. Community Ment Health J, 1998, 34, 4:407-417.
(52) Hogan R, Carling P. Normal housing: a key element of a supporting housing approach for people with psychiatric disabilities. Community Ment Health J, 1992, 28, 3: 215-225.
(53) Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS PROJECT 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1997, 32: 317-322.
(54) Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. Hosp Community Psychiatry, 1994, 45: 1141-1143.

(55) Van Humbeeck G, Van Auddenhove Ch, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals and residents perspectives. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001, 36: 486-492.
(56) Ranz JM, Horen BT, McFarlane B, Zito JM. Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a supervised residence. Hosp Community Psychiatry, 41991, 2, 11, 1154-1159.
(57) Raskin A, Mghir R, Peszke M, York D. A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally residing in Community residences. Community Ment Health J, 1998, 34, 4:393-402.
(58) Willets LE, Leff J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. J Advan Nurs, 1997, 26: 1125-1133.
(59) Leff J, Dayson D, Gooch C, Thornicroft G, Wills W. Quality of life of long-stay patients discharged from two Psychiatric institutions. Psychiatr Serv, 1996, 47, 1:62-67.
(60) Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. International J Ment Health Nurs, 2007, 16:73-80.
(61) Hodgkins S, Cyr M, Gaston I. Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults. Community Ment Health J, 1990, 26: 507-515.
(62) Tanzman B. An overview of Surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. Hosp Community Psychiatry, 1993, 44, 5: 450-455.
(63) Brunt D y Hansson L. The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. J Ment Health, 2002, 11, 6:611-621.
(64) López M, García-Cubillana P, Laviana M, Fernández M, Fernández L, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): Perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 44-55.
(65) López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): Actitudes y grado de satisfacción de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 56-63.
(66) Hansson L, Middelboe T, Sergard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnnason O, Merinder L et al. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. Acta Psychiatr Scand, 2002, 105:343-350.
(67) Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M. Residential care in Hospital and in the community – Quality of care and quality of life. Br J Psychiatry, 1996, 168: 448-456.
(68) Dickerson FB, Ringel N, Parente F. Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. Psychiatr Serv, 1999, 50, 4: 515-519.
(69) Middelboe T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. Br J Psychiatry, 1997, 171:251-255.
(70) Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumers-survivors. Community Ment Health J, 1998, 34, 1.57-69.
(71) Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in Group Homes, Supportive Apartments and Board-and-Care Homes. Psychiatr Rehabil J, 1999, 22, 4: 381-389.
(72) Segal SP, Holschuh J. Effects of Sheltered care environments and residents characteristics on the development of social networks. Hosp Community Psychiatry, 1991, 42, 11: 1125-1131.
(73) Yeich S, Mowbray CT, Bybee D, Cooney M. The case for a "Supported Housing" approach: a study of consumer housing and support preferences. Psychosoc Rehabil J, 1994, 18, 2: 75-86.
(74) Goering P, Sylph J, Foster R, Boyles S, Babiak T. Supportive housing: a consumer evaluation study. Int J Soc Psychiatry, 1992, 38, 2:107-119.
(75) Brown MA, Ridgway P, Anthony WA, Rogers S. Comparison of outcomes for clients seeking and assigned to supported housing services. Hosp Community Psychiatry, 1991, 42, 11: 1150-1153.
(76) Mares AS, Young AS, McGuire J, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of Board and Care homes. Community Ment Health J, 2002, 38, 6:447-458.
(77) Brockington I, Hall P, Levings J, Murphy C. The community tolerance of the mentally ill. Br J Psychiatry, 1993, 162:93-99.
(78) Piat M. Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. Psychiatr Rehabil J, 2000, 24, 2:108-116.
(79) Boydell K, Gladstone B, Crawford E, Trainor J. Making do on the outside: everyday life in the neighbourhoods of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Rehabil J, 1999, 23, 1: 11-18.
(80) Reda S. Attitudes toward community mental health care of residents in North London. Psychiatr Bull, 1995, 19:731-733.
(81) Downs MW, Fox JC. Social environments of adult homes. Community Ment Health J, 1993, 29, 1:15-23.

(82) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista AEN, 2008, 28, 101:43-83.
(83) Laviana M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. Apuntes de Psicología, 2006, 24, 1-3: 345-373.
(84) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, Cuadernos Técnicos nº 6, 2002.
(85) Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, nº 1 (2ª Edición). Sevilla, FAISEM, 2005.
(86) López M. Los programas de apoyo social en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. En: Fundacion Tutelar de La Rioja. III Jornadas sobre protección jurídica en la incapacidad. Logroño, FTR, 2009:169-185.
(87) Rodríguez A, Muñoz M, Panadero. Descripción de una red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica: el caso de la comunidad de Madrid. Rehabilitación Psicosocial, 2007, 4, 1-2:41-48.
(88) Fundación Pública Andaluza para la Integración social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM. Memoria de actividades 2010. (www.faisem.es)
(89) Comunidad de Madrid. Cuadro de recursos de la Red Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. 201. (www.madrid.org)

4.11. Atención psiquiátrica a los pacientes sin hogar

Elena Medina

INTRODUCCIÓN

Entendemos el sinhogarismo desde una perspectiva dinámica y no estática, no es sólo la falta de un techo bajo el que dormir sino que afecta a diferentes áreas sociales básicas (empleo, educación, vivienda y salud, pudiéndose extender a las redes sociales de apoyo, como la familia, amigos, compañeros, asociaciones, etc). No es simplemente pobreza económica, ni siquiera la pobreza económica extrema, sino un cúmulo de barreras y límites que dejan fuera de la participación en la vida social mayoritaria a quienes la padecen. En una ciudad como Madrid se calcula (Cabrera y cols) que cada día del año viven una media de 900 personas sin techo y sin hogar[a].

Dentro de esta población de personas sin hogar (PSH) existe una población en torno a un 30% que padecen una enfermedad mental que no pueden acceder a los servicios de salud habituales, que frecuentemente se hacen visibles como pacientes repetidores o de puerta giratoria en servicios de urgencias y unidades de agudos, o que se diagnostican como "problema social". Con mucha frecuencia se cae en el error de subestimar la patología psiquiátrica y hacer una atención urgente sin tener en cuenta la necesidad de la continuidad de los cuidados que requiere una enfermedad grave y crónica[1].

Este programa, formado en la actualidad por 15 profesionales, inició su actividad clínica en Junio de 2003, en respuesta a estas necesidades específicas y coincidiendo con la demanda de los Servicios Sociales debido a la alta prevalencia de personas sin hogar (PSH) con enfermedades mentales, apoyado en el documento redactado por el grupo SMES y bajo el marco de los compromisos institucionales recogidos en:

- El plan de salud mental de la comunidad de Madrid 2003-2007 que recogía los compromisos de: creación de recursos sociales y sanitarios específicos, refuerzo de los que ya existen, desarrollo de programas y estrategias organizativas y de intervención adaptadas que posibiliten la adherencia y mantenimiento en los recursos sociosanitarios.
- En el Plan contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid 2002-2006. Que estableció como compromisos: 1. La Flexibilización y adaptación de las estructuras dedicadas a la asistencia de pacientes con problemas de salud mental, haciendo efectivo sus derechos; 2. Su discriminación positiva en todos los recursos sanitarios y de servicios sociales; y 3. La creación de equipos multidisciplinares específicos de trabajo de calle y siguiendo el modelo de búsqueda activa.
- El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave y Crónica 2003-2008 se comprometió a: 1. Reformular el Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social a Enfermos mentales sin hogar (PRISEMI); 2. Desarrollo de un Centro de Baja Exigencia para enfermos mentales sin hogar.

OBJETIVOS

El objetivo es mejorar la calidad de vida de las PSH y favorecer el enganche a los recursos generales. Mejorar la atención sanitaria en salud mental de la personas sin hogar, de

---

[a] Pedro José Cabrera Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1988. Pedro Cabrera y María José Rubio "Las personas sin hogar, hoy", Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, Asuntos sociales 2008; 75: 51-74

los enfermos que no están siendo atendidos en otros recursos de la red. Para ello se realiza evaluación y diagnóstico, un tratamiento y seguimiento psiquiátrico, además de coordinar para obtención de recursos sanitarios y sociales, hasta que puedan ser atendidos en la red normalizada. Pretendemos ser un medio para facilitar la accesibilidad a una atención digna.

El programa atiende a personas sin hogar crónicas[b], de más de 18 años que padecen una enfermedad mental grave y crónica, que viven en el municipio de Madrid y que no están siendo atendidos o carecen de vínculos con la red de atención normalizada, también pacientes consumidores de alcohol y otros tóxicos siempre que padezcan otro trastorno mental asociado[2].

MODELOS DE ATENCIÓN

Aunque cada institución y organizaciones trabajan de maneras muy diversas, no significa que no se puedan establecer unos principios y líneas generales, y unos mínimos en las prestaciones, que garanticen la adecuada atención a las PSH que presenten un TMG, sobre todo teniendo en cuenta las características del entorno, las normas y rutinas de la calle. Es difícil porque las instituciones no se adaptan a ellos, ni ellos a las instituciones y es mucho el esfuerzo que hay que hacer por coordinar diferentes organizaciones (fundaciones, ONGs, organizaciones religiosas…) con diferentes filosofías de actuación.

Históricamente la atención a las PSH ha venido recayendo en las organizaciones sin ánimo de lucro, en mayor medida en las de carácter religioso, basándose sobre todo en recursos humanos de carácter voluntario, y predominando la beneficencia y el asistencialismo. Con frecuencia si estas personas presentaban problemática de salud mental era criterio de exclusión para no acceder a los recursos (se producía exclusión en el campo de la exclusión). Los modelos de atención han ido cambiando, alejándose de las prestaciones basadas en el paternalismo, facilitando la participación de la persona susceptible de atención en las decisiones sobre su proyecto de vida. Siempre debe orientarse la intervención a favorecer la autonomía de las personas, para favorecer la toma de decisiones. Los profesionales debemos apoyar, facilitar y motivar para que se produzcan los cambios que permitan a las PSH avanzar en su proceso.

La atención a las PSH, que presentan asociado un TMG, debería ser garantizada por las diferentes Administraciones Públicas, que se impliquen en la prevención de la exclusión social, en garantizar unos recursos, unas prestaciones básicas y programas que faciliten la inclusión social, así como la accesibilidad a una atención sanitaria adecuada. Deben cubrirse las necesidades básicas; alojamiento, higiene, alimentación, vestuario, asistencia sanitaria, información, orientación…… de forma inmediata, como primer paso del proceso.

Los recursos se deben adaptar a las necesidades de las personas, intentar flexibilizar en normas y evitar seguir ofreciendo aquello que no funciona, lo que termina reforzando la idea de que las PSH no quieren nada o no se adaptan a lo que la sociedad les ofrece.

La intervención debe activar, en la medida de lo posible, y cuando los ritmos lo permiten, respuestas en ámbitos normalizados, es decir utilizar las estructuras de los correspondientes Sistemas Públicos. A veces, son necesarias actuaciones específicas de carácter transitorio, pero no hay que perder de vista que el objetivo es el acceso a las estructuras generales. En educación, cultura, deporte y, especialmente, en lo relativo al ocio y tiempo libre, las actuaciones específicas deben favorecer la integración de estas personas en ámbitos comunitarios.

[b] Se considera persona sin hogar crónica a aquella que ha permanecido al menos un año en situación sin hogar o ha tenido un mínimo de 4 episodios de estancia en la calle en los 3 últimos años.

En cuanto al trabajo clínico con personas sin hogar, algunos principios generales podrían ser:

– La intervención debería realizarse en el entorno de las personas sin hogar. Los profesionales no deben esperar en los despachos a que las PSH que presentan asociado un TMG acudan con una demanda. Hay que atender a la persona allí donde esté y ayudar a elaborar una demanda conjunta: en la calle, en un centro de acogida, en un comedor social,… siempre con el objetivo de que la atención, en un futuro, sea en una consulta. Trabajar en el entorno va a posibilitar el enganche y la creación del vínculo que es fundamental en la intervención. Y para trabajar en el entorno es necesario conocerlo, no sólo físicamente sino también conocer las filosofías de trabajo, las actitudes y emociones de las personas que trabajan en este medio respecto a las PSH y acerca de la enfermedad mental, evitar juzgar a los equipos, intentar ver desde donde actúan, facilitar información y formación sobre la enfermedad mental.
– Crear vínculo para enganchar y crear alianza, entendiendo esto como el encuadre necesario para conseguir la confiabilidad. Y este encuadre puede ser en cualquier sitio que facilitemos siendo creativos y adaptándonos a las necesidades de las PSH en todo el recorrido hacia la inclusión social, procurando en todo momento no crear dependencia, sino que la persona sea cada vez más autónoma.

  No podemos actuar cuando queramos e imponiendo planes de atención. Es importante respetar tiempos, acompañar y acompasar, siendo flexibles y adaptándonos a los ritmos de las personas que atendemos, intentando que dirijan ellos su proceso, priorizando aquellos problemas que le son más importantes resolver. Mediante la escucha activa se podrá determinar cuales son sus prioridades y así abandonar la tendencia de intervenir sólo bajo criterios profesionales, sin que esto signifique que se compartan las decisiones de las personas que atendemos.
– En relación a los alojamientos, es importante no olvidar que el objetivo no es tan solo que salgan de la calle. Se trata de conseguir mejoría y avance en este sentido, siguiendo una política de alojamientos dignos, avanzando en el itinerario desde alojamientos de primer escalón, de transición hasta llegar a alojamientos de medio y largo plazo en la comunidad[1].

MODELOS DE TRABAJO

Los modelos de trabajo que hasta hoy han demostrado que permiten trabajar con estos principios son: el "Outreach" ó modelo de búsqueda activa, y los programas de continuidad de cuidados (en especial el tratamiento asertivo comunitario).

El outreach engloba la necesidad de buscar formas de desarrollar relaciones seguras y a través de ese vínculo poder conseguir cambios y facilitar el abordaje terapéutico[5]. El Tratamiento asertivo comunitario ha demostrado su utilidad para trabajar con esta población (programa ACCESS) y un mejor coste- eficacia que otros modelos[8]. Diferente en PSH sería la duración de la intervención y su derivación a otros servicios más normalizados[10].

No hay que olvidar que la filosofía de trabajo es siempre desde una visión de rehabilitación psicosocial, aunque con matices, porque la rehabilitación en calle tiene la particularidad de que hay que inventar y crear espacios, no tanto recuperarlos. Es necesario reducir el daño derivado de la situación de exclusión social, y generar oportunidades, evitar pensar en la cronicidad como elemento limitante sino como una oportunidad igual que lo es la posibilidad de entendimiento, integración y cambio.

Es muy importante realizar un trabajo en red, dado que es necesario abordar muy diversos ámbitos (social, relacional, laboral, sanitario, judicial, educativo, alojamiento,……). Dado que no hay ningún centro o servicio que pueda ofrecer respuesta a

todas las necesidades, hay que articular redes para que de manera ágil se pueda conseguir la atención adecuada. Son muchos los servicios e instituciones con los que tenemos que coordinar: Hospitales (unidades de agudos y urgencia), Centros de atención primaria y otros recursos sanitarios, SAMUR SOCIAL, Centros Abiertos y otros albergues, Provivienda, AMTA, Pregestión, Policía rural, Juzgados y fiscalía por incapacitaciones y asuntos judiciales pendientes… La coordinación permite además diversificar y así optimizar los recursos humanos del equipo.

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO[1, 2]

El equipo está constituido por profesionales que integran un equipo único pero que están vinculados, administrativamente, a dos áreas sanitarias distintas (área 7-distrito Centro- y área 5-distrito Tetuán y hospital La Paz-) y al programa PRISEMI, dependiente de la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y gestionado por la empresa EXTER.

Se estructura en 2 subequipos: Enganche y Rehabilitación.

Se realizan reuniones semanales donde se comentan y se coordinan las intervenciones y los objetivos que haya que priorizar.

El subequipo de enganche se encarga del primer contacto y acercamiento en calle, del enganche, mejora en el autocuidado (salud, higiene, ...), cobertura de necesidades básicas en coordinación con otros equipos o instituciones de la red de PSH (los equipos de calle del ayuntamiento (SAMUR SOCIAL), RAIS, Realidades, CEDIA, Comedor San Vicente de Paúl, Centros de Acogida (CASI, Puerta Abierta, Centros Abiertos...). Mediante la relación se va trabajando en vincular para conseguir la confiabilidad para trabajar en motivación. Se desarrolla trabajo en conciencia de enfermedad y administración y supervisión de tratamiento farmacológico, intervención en crisis y mediación con el entorno, entrenamientos concretos (transporte, autocuidados, etc) y acompañamiento.

Esta formado por 4 enfermeras, dos trabajadores sociales y dos educadores y cuentan con el apoyo de ambos psiquiatras tanto en trabajo de calle como en instituciones.

El subequipo de rehabilitación interviene en los recursos de alojamiento. El fin último de este subequipo es trabajar de forma más concreta con usuarios que ya han iniciado tratamiento farmacológico con los cuales se puede iniciar un itinerario de rehabilitación que favorezca recuperar su autonomía.

Está formado por una psicóloga, trabajadora social y dos educadores sociales. Se trabaja siempre de manera coordinada con las psiquiatras y los otros miembros del equipo.

DERIVACIONES Y COORDINACIÓN

Es un programa de segundo nivel de atención. Todos los meses hay una mesa de derivación donde representantes de los organismos y centros de la red plantean casos para valoración. Principalmente son los equipos de calle del SAMUR SOCIAL quienes detectan las PSH con TMG e inician la intervención en calle. También son derivados por los centros abiertos (albergues de baja exigencia) y otros recursos de alojamiento y de atención a PSH.

En estas mesas también se coordinan los casos, se diseñan los planes de intervención individual conjuntamente. Los objetivos se acuerdan en la mesa de coordinación entre los diferentes servicios y entidades responsabilizándose de su seguimiento ya sea a un trabajador social o a un miembro del equipo.

También se derivan desde las unidades de agudos de los hospitales (enfermos sin S.S.M de referencia). En estos casos es importante optimizar al máximo el tiempo de hospitalización para empezar a trabajar en el enganche. Es importante explorar hábitos y zonas donde suele estar la persona y asegurar la continuidad en la atención tras el alta con una buena coordinación con un recurso de alojamiento.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El primer contacto en la calle es conveniente hacerlo siempre a traves del profesional con el que más vínculo tenga la persona. El objetivo es facilitar las visitas subsiguientes. Casi siempre la primera valoración se realiza por uno de las psiquiatras con el fin de conseguir una aproximación diagnostica.

Es muy importante valorar el uso/abuso de tóxicos, no solo por lo relacionado con la sintomatología sino también por escoger un albergue u otro en función del perfil de consumo. También es importante valorar los problemas físicos, por el riesgo vital y por la necesidad de planificar continuidad de cuidados.

En las reuniones de equipo se asignan profesionales que van a estar a cargo de la intervención. Se intenta asignar profesionales en función de los perfiles, estilos de trabajo y carga de trabajo, con el fin de facilitar el enganche. La periodicidad del seguimiento debería ser semanal, y se realiza allí donde se encuentren los pacientes, siempre intentando respetar en la medida de lo posible sus horarios y costumbres, y manteniendo una rutina en los horarios en los que se vea a la persona con la idea de que si quiere contactar con nosotros sepa como y cuando hacerlo.

El enganche se puede comenzar desde muy diversos aspectos, dependiendo de las necesidades de la persona. Se pueden intentar promover cambios en el área de la salud, desde los autocuidados que puedan suponer una mejoría en su calidad de vida. Se puede realizar el abordaje desde lo más práctico, como es conseguir algo para comer, para abrigarse. Siempre priorizando lo que la otra persona prioriza y buscando vincular, donde se despiertan y desarrollan sentimientos de afecto. El vínculo irá apareciendo en la medida en que entendamos que realmente la persona a la que atendemos es una persona diferente a nosotros que comprende y demos sentido a su caos emocional. Al principio basta con conversar, interesarse. Es importante perseverar pero sin impacientarnos y respetar los tiempos, siempre trabajando en la motivación para el cambio. El acompañamiento implica a las personas y contiene. Es fundamental la empatía, la contención emocional y física, y las experiencias en la realidad, unas correctoras y otras inéditas.

Simultáneamente se suelen ir trabajando, en coordinación con otros recursos, la obtención de documentación, tarjeta sanitaria, rentas mínimas de inserción, pensiones no contributivas… y alojamiento si así lo demandan. Una vez en los albergues u otros recursos de alojamiento se continúa con el seguimiento hasta que puedan ser derivados a los servicios de salud mental normalizados, acompañándolos y coordinando la transición.

En ocasiones los pacientes aceptan medicación estando en la vía pública, tanto vía oral como intramuscular. Diariamente se realiza la supervisión, proporcionándoles la medicación de manera gratuita para evitar que gasten los pocos recursos económicos que tienen en medicación, la mayoría tienen otras prioridades en que gastarlo. Siempre se intenta que acudan a la consulta como un primer contacto con la atención normalizada con acompañamientos de educadores, enfermeros, trabajadores sociales o incluso el voluntariado.

Si las personas son derivadas desde albergues, centros de acogida u otros recursos sociales, se empieza con el enganche allí, siempre que no tengan SSM de referencia y no aceptan un seguimiento ambulatorio.

Se realiza seguimiento en los centros trasladándonos hasta allí uno o varios miembros del equipo. Se administra medicación o se asesora al personal de dichos centros intentando diversificar para repartir funciones y así poder dedicar más tiempo al trabajo en calle. Después de estos años que lleva el funcionamiento el equipo en el que se ha hecho formación con personal de lo centros se ha visto que gracias a esto se optimizan los recursos humanos. Se realizan también

intervenciones en crisis o entrenamientos concretos (autocuidados, transporte, conocimiento del entorno, acompañamientos médicos o de otro tipo como por ejemplo tramitar el DNI, tarjeta sanitaria, RMI…).

Hay un día de consulta en el CSM de distrito Centro, donde sin previa cita, pueden acudir los pacientes. El funcionamiento es similar a cualquier servicio de salud mental. También hay consulta de enfermería, donde se realiza todo el trabajo en continuidad de cuidados que requiera. No se les demanda ninguna documentación, ni abstinencia de tóxicos. Es un punto de referencia donde acudir si tienen alguna emergencia.

Pueden acceder también a contactar con el equipo mediante llamadas directas al móvil de los diferentes miembros del equipo o a través del teléfono gratuito de SAMUR SOCIAL. Se facilitan estos teléfonos a todos las personas con las que se establece el contacto y se les garantiza que se acudirá a verles si así lo requieren de acuerdo con las limitaciones que el horario y la movilidad imponen.

RECURSOS

Consejería de Asuntos Sociales

– 6 Plazas en Minirresidencia de Moralzarzal. Ubicada en la calle TERUEL de Moralzarzal.
– 11Plazas en la Minirresidencia Santa Hortensia.
– 30 plazas de centro de día en Santa Hortensia. Presta no sólo atención en rehabilitación sino servicio como comida y lavandería.

  Son de carácter de mayor flexibilidad y menor exigencia para adaptarse mejor al usuario, lo que ha demostrado la mayor eficacia.
– El coste completo de 6 plazas de pensión a la vez (normalmente se cofinancia con los pacientes, ayuntamiento para poder dar atención a más personas) a través del subequipo de rehabilitación (PRISEMI)
– Furgoneta, para el desplazamiento de pacientes. Es un recurso de EXTER, que se permite usar a los profesionales del PRISEMI.
– A través del PRISEMI y del Centro de día y Minirresidencia de Santa Hortensia se costean también algunos tickets de metro y gastos diversos.

Ayuntamiento

El SAMUR SOCIAL es la vía de entrada a los recursos de alojamiento de la red de PSH del Ayuntamiento.

De forma directa podemos derivar a los recursos de personas sin hogar integrados en la mesa de coordinación (centros de día de Rais y realidades, programa LAR, comedores y talleres del programa integral Vicente de Paul, programa y comedor Luz Casanova, centro de acogida de San Isidro).

Los centros abiertos, comedores y centros de día se utilizan como un primer escalón de salida de la calle, permiten adquirir unas rutinas mínimas y cubrir las necesidades básicas.

Especialmente es necesario trabajar en clave de Baja Exigencia, estrategia de funcionamiento que permite flexibilizar las dinámicas de atención y facilita espacios convivenciales que propician el autodesarrollo progresivo del usuario, buscando espacios similares a los cuales proceden. No solo es difícil que una persona salga de la situación de calle porque presenten gran reticencia a acceder a los recursos sociosanitarios, ya sea por características de la enfermedad, por experiencias pasadas, por temor a perder la libertad, sino también por las exigencias de la institución. En perfiles de mayor cronicidad es necesario este modelo de atención, que permita ofrecer la cobertura de las necesidades más básicas de alojamiento, alimentación, ropa e higiene, favorecer el enganche y la atención sanitaria. La admisión debe hacerse sin condiciones, únicamente se tratará de evitar aquellas conductas que supongan una amenaza o riesgo para las personas atendidas en el centro. Debe haber una atención continuada, sin límite de tiempo, podrá ser

de uso esporádico y acceso libre, como medida de reducción de daños. En ningún caso debería suponer renunciar a conseguir progresos en sus procesos de inclusión. Se debe seguir una política de alojamiento digno, siempre avanzar para superarse. Se trata de proporcionar oportunidad para motivar, iniciar procesos de mejora en la situación de estas personas para que puedan llegar a utilizar recursos normalizados. Hay que tener cuidado para que los Centros de Baja Exigencia no se conviertan en el cajón desastre o en final de trayecto. Se intenta siempre realizar un itinerario de recorrido de los recursos de menor exigencia (p.ej. Centros Abiertos) a los de mayor exigencia (p.ej. Centro Acogida de San Isidro, Centro de Acogida Luis Vives), conforme las personas van adquiriendo mayor nivel de autonomía y progresa en su proceso de inclusión.

De manera general el Samur Social (y en menor grado los otros recursos sociales según su capacidad) realizan las gestiones propias de una intervención social básica (incluyendo provisión de alojamientos de emergencia y albergues, documentación básica como DNI, etc); mientras, que nuestro equipo provee la atención sanitaria y de rehabilitación de forma directa o a través de coordinación y las gestiones sociales relacionadas con tarjetas sanitarias, DAS, problemas judiciales e incapacitaciones.

Otros gastos como gafas**,** arreglos de dentadura, etc se gestionan a través de ayudas municipales, Cáritas, parroquias…

DERIVACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Cada dos meses, desde Junio de 2005, se realizan las mesas de integración, en las que se convocan a los servicios de salud mental donde se derivan los pacientes que ya esten estabilizados, para su integración en la red. Cuando el paciente está estable y tiene cobertura en area economica y social se plantea la derivación a SSM normalizados. Se realiza el Plan de Continuidad de Cuidados donde se refleja el plan de intervención y propuestas y se plantea en la reunión. Se intenta distribuir a los pacientes teniendo en cuenta al usuario, donde tuviera vínculos previos o respetando prioridades.

ASPECTOS LEGALES

- En algunos casos nos encontramos con personas con TMG en situación de exclusión que tienen temas jurídicos pendientes, como herencias, delitos, negación de derechos por no tener documentación o tener regularizada su situación en España, juicios… Es frecuente recurrir a servicios de asesoramiento legal para que puedan ejercer sus derechos.
- En ocasiones es necesario solicitar incapacitaciones judiciales, solo justificadas en casos en los que hay que proteger patrimonio o en caso en el que existan riesgos vitales.

  Se realizan coordinaciones con Agencia Madrileña de Tutela del Adulto, y con la Fiscalía de Tutelas e Incapacidades.
- El hecho de no tener documentación es muy frecuente en PSH, entre otras cosas por la dificultad de empadronar a alguien. Conseguir esta documentación es una atención básica en la intervención dado que es necesaria para poder acceder a los recursos. No obstante, en ningún caso esto debería ser razón para no poder ofrecer las prestaciones básicas, sociales y sanitarias debiendo flexibilizar en cada caso. Hemos establecido contacto con la unidad de policía rural (para la tramitación más rápida de documentación en personas que no son capaces de gestionar su documentación o desplazarse).
- Es frecuente la demanda de ingresos involuntarios en PSH con la excusa de que presentan una enfermedad mental. Las Autorizaciones Judiciales de Ingreso Involuntario solo deberían utilizarse cuando exista un claro riesgo para su salud. En los casos de personas que presenten conductas disruptivas y/o alteraciones de orden público debe actuarse desde los protocolos generales que hay con las

fuerzas de orden público y los servicios especiales de urgencias.

OTROS ASPECTOS

Inmigrantes. Además del hecho de que es necesario formarse en cómo abordar la enfermedad desde diferentes culturas y no caer en patologizar o psiquiatrizar hechos que puedan tener una explicación cultural, es necesario avanzar para facilitar la atención a personas inmigrantes que por el hecho de no tener documentación ni permiso de residencia no tienen derecho a acceder a recursos para favorecer la atención integral.

Desde este año hemos establecido una coordinación estable con PROGESTION, para el apoyo de abogados a personas inmigrantes en situación irregular.

Mujeres. La situación de las mujeres en calle es mucho más grave, debido a los abusos que sufren y a las patologías que presentan. Son muy pocos los recursos y programas específicos para atenderlas, sobre todo si presentan un TMG y con un menor, que conlleva siempre la intervención de Protección de Menores, la declaración de desamparo y los problemas consiguientes. Se deberían crear recursos que faciliten entrenamiento y acompañamiento y permitan la permanencia del menor.

Jóvenes. El número de jóvenes en calle ha ido aumentando. Buscan en la calle una alternativa a las estructuras familiares y sociales que no entienden y les resultan opresivas. Serían necesarios recursos específicos.

Personas mayores. Las personas mayores de 60 años sin hogar que presentan un TMG tienen muy limitados los recursos disponibles, han de tramitarse mediante la Ley de Dependencia, y son residencias para Personas Mayores, cosa que muchos de ellos rechazan, prefieren vivir en la calle, lo que se agrava con la falta de conciencia de enfermedad, y en ocasiones la alternativa acaba siendo el psicogeriatrico.

Corresponsabilidad en gastos en su proceso de inclusión. En el proceso de autonomía personal es muy importante que la persona se implique a la hora de hacerse cargo de los gastos económicos, porque así forma parte activa de su proceso de inclusión. No obstante suelen resistirse en este momento, por eso es necesario ser flexibles y adecuar la aportación que han de realizar en función de lo que percibe y tener muy en cuenta en el momento en el que se encuentra de proceso de inclusión social.

Salud física. Es un problema muy grave en la red social por la falta de medios sanitarios y dificultad de acceder a ellos en la atención de las enfermedades físicas. Las PSH casi nunca acuden a los servicios sanitarios de atención primaria, lo que hace que se cronifiquen las enfermedades y la esperanza de vida cae drásticamente. Habría que incorporar los servicios sanitarios de atención primaria en un plan integral de atención.

RESUMEN

Pese a la heterogeneidad de las personas sin hogar que hace difícil contabilizar esta población, está clara la sobrerrepresentación de enfermedad mental, la cual es debida a diversos factores. Lo que se ha puesto de manifiesto es que para prevenir y trabajar la exclusión social de esta población es necesario desde un punto de vista organizativo la continuidad de cuidados. En las personas sin hogar es difícil mantener esta continuidad de cuidados porque son muchas las necesidades y problemas que hay que cubrir, por depender de diferentes servicios y administraciones. En el año 2003 se crea este programa que atiende a personas derivadas tanto de servicios sociales como de sanitarios y garantiza en la medida de lo posible la continuidad de cuidados de la población enferma. Con el aprendizaje de la experiencia en estos

años, el equipo ha ido creciendo definiendo su metodología e integrando recursos para trabajar en red, para servir de un puente desde la calle hasta la red de salud normalizada. El programa de atención psiquiatrica a enfermos mentales sin hogar pretende mejorar la atención en salud mental de las personas sin hogar que no están siendo atendidos en ningún otro recurso de la red. Pretende acercar los recursos hasta que las personas enfermas tengan autonomía suficiente para ir a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) González Guitián E., Vázquez Souza M.I., Sola Onís C., Redondo García S., De Bonifaz Barrio M. "Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar" SERMAS. Oficia de Coordinación de Salud Mental. Febrero 2004.

(2) Vazquez Souza M.I. "Atención psiquiátrica a personas sin hogar que padecen enfermedad mental grave". Monográfico Asociación madrileña de rehabilitación psicosocial. Num 25. 2010.

(3) Bravo Ortiz M.F. "Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y en España. Cuadernos de psiquiatría comunitaria. 2003;3(2):117.

(4) Susser E., Goldfinger S.M., White A. "Some clinical approaches to the homeless mentally ill" Community Mental Health Journal (1990) Vol26, nº5. pp363-480.

(5) Levy J. "Homeless outreach: A developmental model." Psychiatric Rehabilitation Journal(1998)Vol 22,nº2, pp 123-132.

(6) Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. "The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Manangers" Psychiatric Rehabilitation Journal(1999) Vol 23,nº1, pp47-56.

(7) Gónzalez Rodríguez A. "Programas de seguimiento y continuidad de cuidados en la comunidad". Monografías de psiquiatría (2001) vol XIII, nº 2. pp4-16.

(8) Johnsen M, Samberg L., Calsyn R., Blasisnsky M., et al. " Case Management Models for persons who are Homeless and Mentally Ill: the ACCESS demostration project" Community Mental Health Journal 81999). Vol, 35, nº4, pp325-347.

(9) Wolff N., Helminiak T.W., Morse G.A., Robert J., et al. "Cost effectiveness evaluation of three approaches to case managment for homeless mentally ill clients" American Journal of Psychiatry. (1997) Vol 154,nº3, pp341-349.

(10) Rosenheck R.A., Dennis D. "Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness". Archives of General Psyc hiatry (2001). Vol 58, nº 11, pp1073-1081.

(11) Susser E., Valencia E., Conover S., Felix A., et al. "Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter" American Journal of Public Health. (1997) Vol 87, Nº 2; pp. 256-263.

(12) Thornicroft G." Annotation: The importance of transctional care in reducing homelessness" American Journal of Public Health (1997), Vol 87, nº2 pp256-263.

(13) Prochaska J.O.,Prochaska J.M"¿Por qué no se mueven los continentes?¿Por qué no cambian las personas?" en Revista de Psicoterapia (2001). Vol.XII-Nº46/47.pp17-36.

4.12.1. La continuidad de cuidados[1] (I)

Ana González Rodríguez

1. DEFINICIÓN

Continuidad de cuidados, traducción castellana más extendida de *case management*, es la terminología que desde los años 80 se utiliza para referirse a los programas de atención comunitaria a la enfermedad mental grave y persistente. Aunque el concepto se emplea en otros campos de la salud para describir la atención de enfermedades médicas complejas que requieren seguimiento en el tiempo e implican a distintos profesionales, en salud mental, el concepto surge vinculado a los procesos de desinstitucionalización y a las dificultades de atención a los pacientes que salían de los manicomios y se encontraban fuera con una maraña de profesionales y recursos sin coordinación y sin ninguna utilidad por separado.

Sin embargo, las dificultades de los enfermos mentales graves que nunca han pasado por un hospital psiquiátrico, que no han sido desinstitucionalizados, no son menores y su abordaje requiere de profesionales y recursos diversos a lo largo del tiempo, que sólo de manera integrada, coordinada y personalizada serán eficaces.

La continuidad de cuidados, piedra angular del tratamiento comunitario, es todo lo que afecta a la atención del enfermo mental grave, en un momento determinado y a lo largo de su evolución. Incluye profesionales, recursos, técnicas, organizaciones, asociaciones, entorno y a la comunidad en su conjunto. La persona con enfermedad mental grave es el centro y debe ser la brújula de esa continuidad de cuidados, cuyo objetivo último es que se mantenga en su entorno socio-familiar con el mejor funcionamiento y durante el mayor tiempo posible.

2. PRINCIPIOS

El modelo actual de atención a la salud mental, basado en la evidencia obtenida y la experiencia clínica acumulada desde el inicio de la desinstitucionalización, se define como un "modelo de atención balanceada", donde la mayor parte de los servicios se prestan en recursos de la comunidad, próximos a la población atendida, y donde las estancias hospitalarias, en unidades de hospitalización de hospitales generales, se intentan reducir lo más posible[1]. En este contexto, los principios esenciales que deben guiar la continuidad de cuidados son los descritos por Leona Bachrach[2]:

1. Clima administrativo que apruebe, apoye y legitime los servicios para una población claramente definida. La atención a las personas con enfermedad mental grave depende directamente de las decisiones políticas, que determinan cómo gestionar los recursos y establecen las acciones a desarrollar mediante recomendaciones, planes, estrategias y leyes, a nivel local, nacional e internacional. No puede haber continuidad de cuidados cuando los miembros de la pretendida población diana se mantienen fuera de las puertas del sistema y otros son atendidos en su lugar.
2. Accesibilidad: Los pacientes tienen que poder acceder a los servicios en el mo-

[1] En España, en su inicio, estos programas se llamaron programas de seguimiento a la cronicidad, haciendo énfasis en el seguimiento de pacientes que salían del hospital. El cambio a programas de continuidad de cuidados refleja mejor la inclusión en los mismos de personas que no necesariamente han estado ingresadas en un hospital psiquiátrico.

mento que los necesiten. Deben eliminarse las barreras geográficas, económicas y psicológicas que limitan el acceso.

3. Servicios integrales (amplios y completos): Hay que conocer las necesidades de la población diana para proveer los recursos adecuados en cada momento y a lo largo del tiempo. Implica dos dimensiones: la horizontal, que modula la intensidad de la intervención en un momento determinado de la evolución y, la vertical, que garantiza los componentes básicos de cuidados a lo largo del tiempo. Tratamientos médicos, psiquiátricos, rehabilitadores, actividades de ocio, intervenciones en situación de crisis, medidas de soporte social, etc.
4. Diseño individualizado: Cada enfermo mental crónico es único y plantea una constelación particular de necesidades que dependen tanto de su enfermedad como de sus circunstancias vitales.
5. Flexibilidad: El ritmo y velocidad de movimiento de los pacientes por el sistema de atención debe estar determinado por consideraciones clínicas y las necesidades del paciente, no por reglas arbitrarias.
6. Coordinación: Colaboración y comunicación real entre todos los profesionales y recursos implicados en el tratamiento de los pacientes que permita planes de tratamiento coherentes, con objetivos claros e intervenciones necesarias y efectivas.
7. Continuidad del terapeuta que permita al paciente establecer una relación estable y de confianza. Los efectos de la enfermedad mental y las discapacidades generadas aumentan la vulnerabilidad del individuo al aislamiento y a la pérdida de relaciones humanas que le sirvan de apoyo.
8. Participación del paciente en la planificación del tratamiento: No puede existir continuidad de cuidados si no se tienen en consideración las necesidades, deseos, aspiraciones y dudas del interesado. Como dicen los usuarios "nada sobre nosotros sin nosotros". Este principio está directamente relacionado con el respeto a la autonomía del paciente y choca frontalmente con la actitud paternalista de los profesionales.
9. Pertinencia cultural: Programas que tengan en cuenta la realidad cultural del sujeto. Cada persona tiene un conjunto de actitudes, valores y conductas socialmente sancionadas, que influyen en cómo se relaciona con el sistema de atención. Es imposible la continuidad de cuidados si no se comprende y respeta esta orientación cultural.

A estos nueve principios hay que añadir otros cuatro, enunciados por Thornicroft y Tansella[3], introduciendo criterios racionales en la gestión de los siempre escasos recursos:

1. Efectividad: La continuidad de cuidados debe proporcionar al paciente tratamientos y cuidados de eficacia probada. No todo vale y no basta con buena voluntad.
2. Equidad: Distribución equitativa de recursos, garantizada por criterios explícitos de prioridad de atención y asignación de recursos.
3. Eficiencia: Los recursos son limitados, por lo que habrá que minimizar los recursos necesarios para obtener los mejores resultados.
4. Responsabilidad: Disposición a rendir cuentas de la atención prestada a pacientes, familiares y público en general.

3. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

3.1. *Objetivos generales de un programa de apoyo comunitario de acuerdo con Phipps & Liberman*[4]:

1. Identificar la población diana, tanto en el hospital como en la comunidad, y acceder a ella para brindarle los servicios apropiados. Esto incluye no sólo la población que frecuenta los servicios, sino también la población crónica no detectada.

2. Estabilización de las crisis en un marco lo menos restrictivo posible.
3. Proporcionar servicios de rehabilitación psicosocial con establecimiento de objetivos y evaluación de los mismos, que cubra todo el espectro de necesidades, desde el alojamiento de transición a la rehabilitación laboral.
4. Facilitar servicios de apoyo de duración ilimitada como alojamiento, oportunidades laborales o actividades diurnas y nocturnas adecuadas a la edad y nivel cultural.
5. Dar atención médica y psiquiátrica.
6. Apoyar a las familias, amigos y miembros de la comunidad.
7. Integrar a personas sensibilizadas en planificación, voluntariado y en la oferta de alojamiento y trabajo.
8. Proteger los derechos de los pacientes dentro y fuera del hospital y asesorarles para que sean agentes activos en la defensa de sus derechos.
9. Asegurar la disponibilidad del tratamiento apropiado en el recurso adecuado, en cada momento.

3.2. *Objetivos específicos de los programas de continuidad de cuidados*

1. Posibilitar que el paciente pueda manejar sus síntomas. En este sentido, es de especial importancia el manejo de la medicación, para alcanzar una dosificación adecuada, minimizando los efectos secundarios y enseñando al paciente a sopesar síntomas, efectos secundarios, nivel de funcionamiento y medicación. Se utilizan técnicas de modificación de conducta y cognitivas.
2. Permitir al paciente cubrir sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida. Teniendo en cuenta las necesidades individuales, mediante experiencias in vivo se estimula al paciente a participar en la vida de la comunidad: buscar un lugar para vivir, lavar, comprar, cocinar, comer en restaurantes, arreglarse, manejar el dinero, usar medios de transporte, encontrar un trabajo, organizar el tiempo libre, desarrollar actividades recreativas y sociales, utilizar servicios sociales.
3. Apoyar la máxima integración del paciente en la comunidad. La estabilización de los síntomas es el requisito previo para que el paciente defina sus metas (residenciales, laborales, culturales y de funcionamiento social) y adquiera su máxima integración en la comunidad.
4. Garantizar la integración de los servicios de tratamiento, rehabilitación y soporte social, única forma de asegurar la continuidad de cuidados. Para ello es imprescindible la coordinación entre los distintos recursos y profesionales implicados en el proceso.
5. Evitar la hospitalización prolongada, acortar la estancia hospitalaria cuando sea imprescindible y prevenir las recaídas. Para ello es crítica la intervención en crisis.

   Permitir al paciente adquirir un papel significativo y productivo en la sociedad.

   Las actividades de rehabilitación profesional son imprescindibles en este sentido. El equipo debe trabajar para que el individuo alcance una ocupación individual estructurada en el mundo real.
7. Conseguir la confianza del paciente. En este punto es fundamental la orientación cultural del equipo, que debe estar configurado en función del área de referencia asignada.

4. COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

1. Población diana
2. Equipo de continuidad de cuidados
3. Recursos sanitarios, sociales y comunitarios de cada área
4. Plan de intervención

4.1. *Población diana*

Uno de los primeros principios de estos programas es delimitar la población a la que van dirigidos y eso incluye el componente geográfico o territorial y las características

de la población. Definir estas dos variables permite coherencia organizativa y asignación individualizada de cuidados dentro de unos recursos limitados.

La delimitación territorial o geográfica depende de las características del lugar donde vive la población a atender (densidad y dispersión de la población, distribución de estructuras, comunicaciones...) pero como en cualquier forma de planificación sanitaria debe tenerse en cuenta que acotar la población a atender permite conocer mejor sus necesidades y racionalizar los recursos disponibles. Esto pueden ser áreas sanitarias, zonas de influencia hospitalaria, pueblos, ciudades pequeñas, etc. Lo cierto es que poblaciones muy grandes y estructuras muy dispersas dificultan la continuidad de cuidados.

En cuanto a las características de la población, los programas de continuidad de cuidados surgieron en respuesta a las dificultades para atender las necesidades comunitarias de los enfermos mentales graves y persistentes que salían de instituciones cerradas después de tiempo de evolución, fundamentalmente personas con psicosis crónicas que ya presentaban un deterioro de su funcionamiento psicosocial. Posteriormente, la dificultad para atender a personas con otras patologías psiquiátricas graves, quizá no tan deteriorantes a largo plazo, pero sí altamente consumidoras de recursos, y la demostración creciente de que la intervención temprana en las enfermedades mentales graves podía cambiar su curso, amplió la población diana a la que van dirigidos.

Actualmente se considera que cualquier persona con una enfermedad mental grave y persistente, que se prevea que como consecuencia de la misma puede presentar deterioro de sus capacidades y de su nivel de funcionamiento psicosocial, y por ello dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y su integración social, es subsidiaria de un programa de continuidad de cuidados.

Las características diferenciales de las poblaciones a atender han introducido además especificidad en los programas de continuidad de cuidados, desarrollándose distintos tipos en función de edad (niños, ancianos), hábitos tóxicos (consumidores de drogas), situación de calle o por patologías (primeros episodios, bipolares, trastornos de personalidad o trastornos de la conducta alimentaria). Sin embargo, los recursos son limitados y es importante recordar los principios de equidad, efectividad y eficiencia, no vaya a ser que acabemos invirtiendo más en los menos graves, menos prevalentes o que más lo piden y abandonemos a los que fueron el origen de estos programas.

En resumen, la población diana está ubicada en un territorio definido y dentro de éste incluye a personas con enfermedad mental grave y persistente (EMGP), fundamentalmente psicosis esquizofrénica, y otras enfermedades mentales que pueden implicar un deterioro en las capacidades y nivel de funcionamiento de la persona.

4.2. *Equipo de continuidad de cuidados*

El equipo de continuidad de cuidados lo constituyen las personas que llevan a cabo la continuidad de cuidados y que se encuentran más vinculadas al paciente. Al existir modelos distintos de continuidad de cuidados, como luego veremos, el personal es variable en número, formación y organización, desde personas sin formación clínica que se dedican en solitario a una actividad puramente burocrátrica, hasta grupos multidisciplinares de profesionales con formación en todas las áreas de la salud mental (de la rehabilitación a la psicofarmacología, pasando por la psicoterapia o los cuidados básicos de enfermería) que se encargan de la atención completa de cada paciente.

Desde nuestro punto de vista el personal del equipo lo debe componer un grupo multiprofesional del Centro de Salud Mental (o el equivalente donde se preste la atención ambulatoria comunitaria de la población diana) con formación clínica diversa, en

estrecho contacto con el paciente y capaz de llevar a cabo las actividades clínicas y psicosociales que requiera el paciente o de coordinarse con recursos y profesionales adecuados para que puedan prestársele.

Los profesionales que desarrollan este trabajo pueden ser: diplomados universitarios en enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, psiquiatras y psicólogos. El número y la forma en la que estos profesionales se dividen el trabajo depende de la organización de los equipos de continuidad de cuidados, de los centros de atención comunitaria, de los servicios de psiquiatría de los que dependen, pero también de la ordenación de los sistemas sanitario y social y de las formas de financiación de uno y otro.

No hay una ratio definida de profesionales por paciente. En la bibliografía anglosajona las ratios oscilan entre 1 profesional para 50 pacientes en el modelo de agencia de servicios, que más adelante se explica, a 1 profesional para 10 pacientes en los programas asertivos comunitarios.

Dentro del equipo de continuidad de cuidados hay que destacar la figura del coordinador de cuidados, tutor o gestor de caso, figura de referencia para cada paciente en particular y clave para el éxito del programa. Se trata del profesional que coordina a los distintos profesionales y recursos encargados de la atención de cada paciente en concreto y por tanto el garante de la continuidad de cuidados. Su tarea además de ser provisor directo de cuidados es la de velar por la calidad de vida y derechos del paciente, con el que mantiene una estrecha relación y del que conoce sus necesidades.

La alianza terapéutica con el coordinador de cuidados, es cada día más estudiada como factor pronóstico de la respuesta del paciente al tratamiento. Algunos estudios sugieren que la alianza entre paciente y coordinador de cuidados puede ser uno de los factores más relacionados con la respuesta favorable. Además, hay estudios sobre las preferencias de los pacientes y satisfacción con el tratamiento que señalan que los pacientes valoran más la relación con el coordinador de cuidados que los aspectos estructurales del programa comunitario[5, 6]. Muchos estudios relacionan el grado de consideración de la alianza con la evolución[7, 8]. Bordin[9], define esta alianza terapéutica entre paciente y coordinador de cuidados refiriéndose a tres aspectos: percibir la relevancia de las tareas cognitivo-conductuales implicadas en el tratamiento, acordar las metas de la intervención y fortalecer el vínculo interpersonal entre terapeuta y paciente (confianza mutua, aceptación, etc.). Para Bordin, la alianza terapéutica es necesaria para conseguir los objetivos de la intervención, pero a diferencia de las formulaciones psicodinámicas, no actúa como vehículo de cambio en y por sí misma.

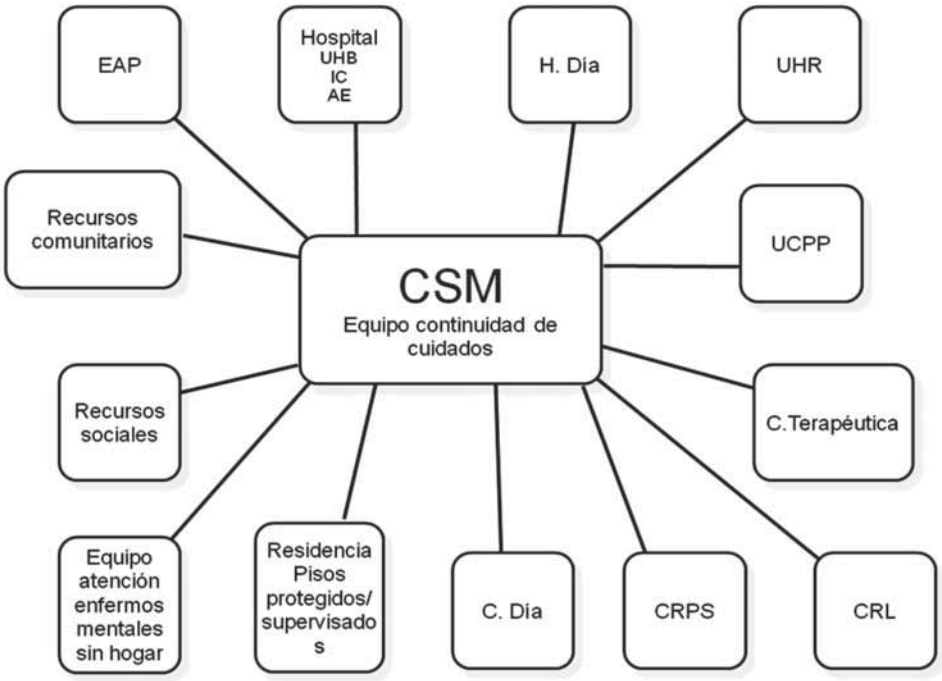
Teniendo en cuenta la importancia de la tarea del coordinador de cuidados, cabría preguntarse si cualquiera puede serlo o se requerirían unas características personales que facilitaran la tarea, más allá de la formación profesional de las personas del equipo.

4.3. *Recursos sanitarios, sociales y comunitarios de cada área*

Incluye todos los recursos sanitarios, sociales y comunitarios que pueden ser utilizados por la persona con enfermedad mental a lo largo de su evolución. Los recursos disponibles están en estrecha relación con el nivel de renta del país y con la planificación. En un país de renta alta como el nuestro[10, 11], con un sistema balanceado de atención, deberían existir los que se mencionan a continuación o recursos con funciones similares. La dependencia administrativa de los dispositivos está directamente relacionada con las políticas socio-sanitarias, sobre todo en lo concerniente a la rehabilitación y el tratamiento de las drogodependencias, pudiendo pasar de sanidad a servicios sociales en función de la política aplicada[b]. La división sanitario/social es complicada y dificulta la coordinación y el funcionamiento

integrado, por no hablar de que todas las prestaciones de servicios sociales pueden ser consideradas servicios graciables del estado del bienestar que en momentos de crisis desaparezcan por no ser parte imprescindible del tratamiento. En este punto es importante recordar lo planteado por Goldberg en el prólogo del libro "La matriz de la salud mental. Manual para mejorar los servicios", refiriéndose como ejemplos de mejores servicios de salud mental a aquéllos donde existe una fuente de financiación única para los servicios sociales y los de salud, capaces de encargarse de ambos así como de las ONG y de las organizaciones de usuarios[12].

– Centro de Salud Mental (CSM): eje de la atención comunitaria.



– Unidad de Hospitalización Breve (UHB): situada en el hospital general de referencia.
– Hospital de día (H. Día): para tratamiento intensivo de pacientes graves y/o como alternativa a la hospitalización.
– Unidad Hospitalaria de Rehabilitación (UHR): para pacientes con escasa conciencia de enfermedad y mala adherencia al tratamiento, que rechazan el tratamiento de rehabilitación psico-social ambulatorio, éste ha fracasado o resulta imposible.
– Equipo de atención primaria (EAP): asistencia sanitaria de primer nivel, entrada del sistema sanitario.
– Hospital general (H. General): hospital general de referencia, en el que además de la unidad de hospitalización psiquiátrica, está la interconsulta psiquiátrica (IC) y otras especialidades médicas (AE, atención especializada).
– Comunidadesterapéuticas(C.Terapéutica): comunidades generales o para patologías específicas como trastornos de personalidad o drogodependencias.
– Centro de servicios sociales de zona (C.S.Sociales).
– Centro rehabilitación psicosocial (CRPS).
– Centro de día (C. Día): para pacientes con menor nivel de funcionamiento y mayor

[2] En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, CSM, UHB, H.Día, UHR, EAP, C. Terapéutica, UCPP, Agencia antidroga y Equipo de atención a enfermos mentales sin hogar dependen de la Consejería de Sanidad, mientras que los CRPS,CRL, MR y pisos dependen de la Consejería de Familia y Servicios Sociales.

grado de discapacidad psicosocial.
– Centro rehabilitación laboral (CRL).
– Residencias abiertas.
– Unidad de cuidados psiquiátricos prolongados (UCPP): Centro residencial psiquiátrico, para pacientes con gran discapacidad y necesidad de cuidados psiquiátricos en un medio residencial de mayor contención y estancia prolongada y/o indefinida.
– Equipo de atención a enfermos mentales sin hogar: equipo de continuidad de cuidados específico para enfermos mentales sin hogar, que tiene el objetivo de integrarlos en la red de salud mental normalizada.
– Pisos supervisados y protegidos.
– Recursos comunitarios: educativos, culturales, formativo-laborales y de ocio.

4.4. *Plan de intervención y actividades*

La continuidad de cuidados debe seguir un plan de intervención individualizado, acordado con la persona que sufre la enfermedad mental, ajustado a sus necesidades y donde se marquen objetivos claros y concretos de intervención, tareas a desarrollar, profesionales y recursos necesarios para llevarlos a cabo y tiempos de intervención. Este plan de intervención debe quedar reflejado de forma que pueda ser revisado y evaluado periódicamente. Cuanta mayor claridad, transparencia, unanimidad y homogeneidad en los criterios aplicados para valorar necesidades, fijar objetivos y tareas y medir resultados, mayor garantía de equidad y eficacia de las intervenciones.

Las actividades que se realizan en un programa de continuidad de cuidados pueden dividirse en tres tipos:[3]

1. Actividades centradas en la persona con enfermedad mental:
   - Evaluación y diseño del plan de intervención
   - Acompañamiento, asesoramiento y apoyo
   - Control de adherencia al tratamiento
   - Psicoeducación
   - Grupos de apoyo
   - Visitas a domicilio
2. Actividades centradas en el entorno:
   - Asesoramiento, apoyo y psicoeducación a la familia
   - Asesoramiento y apoyo a otras personas relacionadas con el paciente
   - Mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados
   - Asesoría y defensa del paciente
   - Promoción del asociacionismo
   - Contacto con el sistema judicial y seguimiento de incapacidades y tutelas.
3. Actividades centradas simultáneamente en la persona y su entorno:
   - Intervención en crisis.
   - Evaluación y control de resultados.
   - Actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.
     – Con Atención Primaria
     – Con Atención Especializada de Salud
     – Con el Hospital de Día
     – Con Unidades de Hospitalización Breve
     – Con Recursos Específicos de Rehabilitación
     – Con Recursos Específicos de Rehabilitación dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales
     – Con recursos comunitarios (educativos, culturales, formativo-laborales, de ocio, etc.)
   - Coordinación Interna
     – Reuniones del equipo con los responsables clínicos para la derivación de casos al programa y el seguimiento de los mismos
     – Reuniones con el resto del equipo del CSM
   - Gestión de las ayudas económicas para los pacientes

[3] Programa de Continuidad de Cuidados y Apoyo Comunitario de los Servicios de Salud Mental del Área 9. Leganés, octubre 2007. Elaborado por Teo Sobrino, Ana Moreno, Manuel Desviat y colaboradores.

RESUMEN
La continuidad de cuidados es la filosofía asistencial para la atención de las personas con enfermedad mental grave y persistente, entendida como la coordinación, integración y asignación de cuidados de forma individualizada dentro de unos recursos limitados.

Los principios que rigen la continuidad de cuidados son: accesibilidad, atención integral, flexibilidad, personalización, coordinación, pertinencia cultural, respeto a la autonomía, equidad, eficacia, eficiencia y responsabilidad.

El objetivo es prestar atención eficaz con los recursos disponibles de forma que la persona con enfermedad mental pueda mantenerse el mayor tiempo y con el mejor funcionamiento posibles en su entorno socio-familiar.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA:

Thornicroft G., Tansella M. Components of a modern mental health services: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004; 185: 283-290. Artículo fundamental para entender el marco de atención a la salud mental en el que nos situamos y en el que se desarrolla la continuidad de cuidados.

Bachrach L.L. Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44 (5): 465-468. Recoge los principios elementales de la continuidad de cuidados, que siempre deberían estar presentes a la hora de planificar la atención y abordar a las personas con enfermedad mental grave.

Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. International R of Psychiatry 1991; 3: 125-132. Este artículo desarrolla las 12 dimensiones utilizadas por Thornicroft para describir o caracterizar los programas de *case management* .

Uriarte Uriarte J.J. Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la enfermedad mental grave. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria 2007; 7(2): 87-101. Repaso a los retos que tiene por delante la atención a las personas con enfermedad mental grave. Aunque el título parece incidir en la rehabilitación, ésta no puede separarse de la atención a la salud mental de las personas con enfermedad mental grave y los retos de ambas son los mismos, porque, como plantea el autor, la una sin la otra no se sostiene.

La bibliografía de este capitulo se incluye en el siguiente que es su segunda parte.

4.12.2. La continuidad de cuidados (II)

Ana González Rodríguez

5. MODELOS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS O "CASE MANAGEMENT"

Bajo el nombre de *case management* o continuidad de cuidados, se engloban distintos programas de intervención a largo plazo con el fin de garantizar la atención de los enfermos mentales graves y crónicos. Aunque se utiliza *case management* o continuidad de cuidados para referirse a casi cualquier tipo de programa de apoyo comunitario, a lo largo de los últimos treinta años se han desarrollado distintos modelos entre los que existen grandes diferencias. La más notable la dimensión exclusiva de coordinación entre servicios frente a la dimensión clínica, y dentro de esta última el carácter intensivo o asertivo de la atención frente al estándar.

Autores como Thornicroft[13] utilizan dimensiones para describir los distintos programas de continuidad de cuidados, mientras que otros autores como Mueser et al[14], Marshall[15] o Solomon[16] definen modelos discretos de continuidad de cuidados en función de la existencia o no de determinadas variables. Aunque se trata de una simplificación, puesto que existen tantos modelos como equipos los llevan a cabo, la clasificación realizada por Mueser et al[14] en cinco modelos permite destacar algunos de los elementos diferenciales más relevantes de los programas de continuidad de cuidados desarrollados.

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

CARACTERISTICAS PROGRAMA	MODELO AGENCIA	MODELO CLÍNICO	BASADO EN CAPACIDADES	MODELO REHABILITADOR	TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO
Ratio staf: paciente	1:50	1:30+	1:20-1:30	1:20-1:30	1:10
Seguimiento pacientes	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto
Casos compartidos	No	No	No	No	Si
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	Si
Decisión del paciente	No	Baja	Alta	Alta	Baja
Entrenamiento en habilidades	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Moderado
Frecuencia de contacto con los pacientes	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta
Lugar de contacto	Consulta	Consulta	Comunidad	Consulta/comunidad	Comunidad
Integración del tratamiento	Baja	Moderada	Baja	Baja	Alta
Provisión directa de servicios	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta
Población diana	EMG	EMG	EMG	EMG	EMGACR

EMG- enfermos mentales graves. EMGACR- enfermos mentales graves altamente consumidores de recursos (Tomado de Mueser et al.,1998).

5.1. *Modelo de agencia de servicios (broker o brokerage):*
Es el modelo más simple y el primero desarrollado al comienzo de la desinstitucionalización americana en un intento de ayudar a navegar al paciente en el confuso y complejo sistema de salud mental comunitario. El papel del coordinador del caso o *case manager* es valorar las necesidades, desarrollar un plan de cuidados, conectar al paciente con los servicios que pueden prestarle la atención que necesita, supervisar la atención recibida, mantener el contacto y asesorarle[17, 18]. La principal crítica viene de la limitación de los coordinadores ("managers"), a los que este modelo no exige formación clínica, aunque deban afrontar tareas clínicas y supervisar si los proveedores dan los servicios clínicos adecuados.

Este modelo en sentido estricto se ha extendido por todo el mundo, hasta alcanzar la consideración de elemento básico del tratamiento comunitario en los países desarrollados. Los resultados de los estudios comparándolo con un modelo basado en el hospital demostraron desde el principio su superioridad en la reducción de la frecuencia y tiempo de hospitalización, mejora de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y sus familias[16]. Posteriormente, se ha generado un intenso debate en relación a sus resultados: detractores del modelo han planteado que lejos de reducir la hospitalización la aumentan[19, 20, 21], mientras que Thornicroft y sus colaboradores, en los estudios realizados en Reino Unido, consiguen resultados tan exitosos que atribuyen a este modelo efectos prácticamente similares a los conseguidos por el tratamiento asertivo comunitario a mucho menor coste[22].

5.2. *Modelo clínico*
Se desarrolla tras el reconocimiento de que el coordinador del caso a menudo debe actuar como clínico prestando directamente el servicio que el paciente necesita. Kanter[23] plantea cuatro amplias áreas de intervención: 1. Fase inicial (citación, evaluación, planificación); 2. Intervenciones ambientales (conexión con servicios comunitarios, consulta con familiares y otros agentes implicados, mantenimiento y ampliación de la red social); 3. Intervenciones con el paciente (psicoterapia individual intermitente, entrenamiento en habilidades de vida independiente, psicoeducación) y 4) Intervenciones con el paciente y su ambiente (intervención en crisis, seguimiento). Este modelo enfatiza la relación entre paciente y coordinador del caso o tutor como elemento terapéutico esencial y precisa de coordinadores de cuidados con formación clínica en psicoterapia y psicoeducación[24].

5.3. *Modelo de fortalezas o capacidades*
Se desarrolló en respuesta a la idea generalmente asociada al *case management* y a los tratamientos para personas con enfermedad mental grave, que sobrevalora los límites o discapacidades secundarios a la enfermedad psiquiátrica y minimiza los recursos individuales. Se trabaja con las habilidades del individuo en la consecución de metas más que con los déficit. Sus principios los recoge Rapp[25]: 1. Focalizado en las capacidades del individuo más que en lo patológico; 2. La relación coordinador-paciente es lo esencial y primario; 3. Las intervenciones se basan en la autodeterminación del paciente; 4. La comunidad se ve como un oasis de recursos y no como un obstáculo; 5. El contacto con el paciente ocurre en la comunidad y no en el despacho; 6. Una persona que sufre una enfermedad mental grave puede seguir aprendiendo, creciendo y cambiando.

5.4. *Modelo rehabilitador*
Descrito por Anthony[26], al igual que el anterior, hace hincapié en prestar servicios basados en los deseos y metas individuales de cada paciente, más que en objetivos definidos por el sistema de salud mental. El hecho singular de este modelo es el énfasis en la evaluación y solución de habilidades instrumentales y de vinculación con el entor-

no, que puedan favorecer la permanencia en la comunidad, y la consecución de los objetivos personales. Distintos trabajos han demostrado la mayor eficacia de este modelo en la mejora del empleo[27, 28].

5.5. *Modelo asertivo comunitario* (PAC), (Program for Assertive community treatment, PACT, Assertive community treatment, ACT o Assertive Case Management) *o tratamiento intensivo*.
Fue desarrollado por Stein y Test[29] en Madison, Wisconsin, a finales de los años 1960, para responder a las necesidades de los enfermos mentales con psicosis graves y crónicas o con un patrón de elevada frecuentación y uso de recursos, observadas durante el proceso de reforma del Mendota State Hospital. El PACT lo realiza un equipo multidisciplinar, habitualmente compuesto por un psiquiatra, un enfermero y al menos dos coordinadores de caso. Todos participan activamente en la toma de decisiones: la responsabilidad es colectiva. La prioridad en las intervenciones está en prestar soporte práctico a la vida diaria de los enfermos. Estos equipos ocupan las tres cuartas partes de su tiempo en las intervenciones directas en el medio natural de los pacientes, reservando el espacio del despacho para las reuniones de coordinación y puesta en común de sus actividades[30]. Con ello se consigue el entrenamiento en habilidades sociales a partir de situaciones reales en el medio de vida de los pacientes y la programación de actividades ajustadas en intensidad y objetivo a las necesidades cambiantes de los interesados. El equipo puede mantener una presencia prolongada al asumir el caso o durante las crisis y reducirla progresivamente.

Con más de tres décadas de experiencia, este modelo ha sido muy estudiado, el mejor descrito y más replicado. Desde los estudios iniciales numerosos trabajos han demostrado su eficacia y eficiencia: disminución de la frecuencia y tiempo de hospitalización, mejora en la situación clínica, en la adherencia al tratamiento farmacológico, en la autonomía, en el funcionamiento social, en el empleo protegido, en la calidad de vida, en la relación coste/eficacia y una disminución de la carga familiar[15, 31-38]. Gracias a estos resultados positivos, el modelo PACT se difundió pronto por EEUU[39], Canadá[40], Australia[41] y más tardíamente por Europa[42-44], con el mismo tipo de resultados que los obtenidos en el programa original de Madison. Se han desarrollado normas claras y específicas sobre qué es el PACT e incluso se ha creado un comité internacional de expertos de cara a definir y validar el modelo[45]. Se han realizado modificaciones para adaptar el programa a otros contextos como grandes áreas urbanas, en el caso del programa Bridge, del centro de rehabilitación de Thresholds, en Chicago que utiliza el PACT por primera vez en una gran ciudad[46, 47] o el proyecto PRiSM Psychosis Study, que desarrolla y estudia el PACT por un equipo vinculado al Maudsley en dos áreas socioeconómicamente deprimidas del sur de Londres, donde además se compara la eficacia con un modelo estándar de *case management*[48] o a zonas rurales[49] o para determinados grupos de riesgo: enfermos mentales sin hogar[50-54], pacientes con abuso de sustancias[55-60], enfermos en prisión[61-63], niños, pacientes con trastornos de la personalidad.

6. DISCUSIÓN: ÉXITOS, FRACASOS Y RETOS

La primera dificultad a la hora de evaluar los éxitos y fracasos está en la diversidad de los programas desarrollados durante estas tres décadas. Aunque en los últimos años se ha hecho un esfuerzo por definir claramente la forma de puesta en marcha y el tipo de intervenciones realizadas, las grandes diferencias originadas por las variaciones en la organización del sistema sanitario y social del Estado, la región o el país, por no hablar de las obvias variaciones en la puesta en marcha de los modelos, hace difícilmente comparables muchos de los resultados. En

segundo lugar, los programas referidos en la literatura son en gran parte estudios experimentales realizados en condiciones ideales lo que limita su extrapolación a la práctica habitual y obliga a ser cauto al interpretar los resultados. Por último, debe señalarse que desde el inicio de la desinstitucionalización, las prácticas diarias de intervención en la comunidad se han impregnado y enriquecido con muchos de los elementos aquí descritos, lo que puede reducir la potencia de los hallazgos encontrados al comparar entre los modelos experimental y control (tratamiento comunitario estándar por parte los equipos de salud mental).

Uno de los hallazgos más repetido al aplicar estos modelos es el aumento del número de pacientes que continúan en tratamiento y la reducción de la frecuencia y tiempo de hospitalización. Los primeros programas de *case management* descritos, los que se limitan a la gestión de casos, a la coordinación entre recursos en manos de aseguradoras (en los que domina el control del gasto), están siendo muy discutidos en la actualidad, ya que los éxitos inicialmente atribuidos, en lo referente a la reducción de los ingresos hospitalarios, reducción de costes y mejora de la evolución de la enfermedad, parecen no diferenciarse de los resultados obtenidos por el tratamiento comunitario estándar. Muchos autores los consideran de dudosa eficacia en la mejora clínica, en la reducción de estancias y del gasto, incluso algunos han llegado a señalar un aumento de la hospitalización.

Los resultados sobre los programas tipo PAC, han mostrado reiteradamente beneficios en aumentar la adherencia al tratamiento, reducir el tiempo de hospitalización, mejorar la convivencia, la estabilidad en la vivienda, la independencia y por ello la calidad de vida, la satisfacción del usuario y de su familia. Menos constantes han sido los hallazgos en cuanto a la reducción de la gravedad de los síntomas, del abuso de sustancias y del empleo, cuando se comparan con el tratamiento estándar (atención ambulatoria en centros de salud mental).

Los programas de continuidad de cuidados clínicos, pero no asertivos, tienen un efecto similar a los PAC en la mejoría de los síntomas clínicos, la satisfacción de los familiares con los servicios y el nivel de funcionamiento social de la persona con enfermedad mental, siendo inferiores en la reducción de la hospitalización[64].

Sólo los programas específicamente orientados a la rehabilitación laboral y el empleo protegido han demostrado incrementar la competitividad laboral de los enfermos mentales graves[65, 66]. Por otra parte, los dirigidos al entrenamiento en habilidades sociales son los que más favorecen el ajuste social, mientras que únicamente los desarrollados para tratar patología dual parecen ser eficaces en reducir el abuso de sustancias.

Otro asunto diferente es el coste económico. Los programas tipo PAC mejor dotados, reducen drásticamente el gasto de tratamiento hospitalario, pero cuando se tiene en consideración todo el gasto asociado al tratamiento no se observa una reducción de coste, pero sí un incremento de la eficiencia. Un debate abierto es si el incremento de la eficiencia compensa el incremento de gasto de los programas asertivos comunitarios[67-72]. Muchas voces sugieren que los programas tipo PAC deberían limitarse a personas con enfermedad mental grave con alto índice de ingreso hospitalario[64] y que su uso debería ser marginal en aquellos lugares donde se ha conseguido una baja ratio de uso de camas hospitalarias[73]. Burns[74] ha llegado a anunciar la "ascensión y caída" de los programas asertivos comunitarios, después de encontrar en un meta-análisis de 62 estudios sobre PAC que la reducción de la hospitalización se relaciona más con el control de las prácticas de los servicios y la fidelidad a los principios organizativos de los equipos, que con el reducido número de casos por profesional o la dotación específica de personal para PAC. Hallando además, que los equipos de salud mental habituales

comparten con los equipos PAC la mayoría de los aspectos organizativos y parecen tener resultados similares empleando muchos menos recursos, por lo que concluye que la inversión en equipos muy fieles al PAC debe ponerse en duda.

Además de este debate tan vivo, otras líneas de discusión sobre los programas de continuidad de cuidados se centran en: 1. El aumento de horas que los profesionales deben pasar con los pacientes comparado con los programas tradicionales; 2. El exceso de tratamiento, entendido como la prestación de tratamiento más intensivo del que necesita la persona; 3. La dificultad para interrumpir e incluso reducir la intensidad de la atención; 4. El riesgo de fomentar la dependencia; 5. La posibilidad de aumentar los problemas legales y de no modificar el tiempo de prisión; 6. La posibilidad de reducir el control del riesgo de suicidio; 7. La falta de delimitación de la población a la que van dirigidos; 8. La contradicción de los datos en relación con la reducción del gasto; 9. El dudoso beneficio sobre el funcionamiento social (definido por la calidad de las relaciones sociales, el papel que se desempeña y la red social), salvo en programas específicos de entrenamiento en habilidades sociales; 10. Dudosa mejora del desempeño laboral, salvo en programas específicos de formación profesional y/o empleo protegido.

Los estudios realizados hasta la fecha se han dirigido a intentar demostrar la superioridad de unos modelos de intervención sobre otros, más que a encontrar los elementos clave de los mismos. A pesar de los avances, seguimos sin conocer los factores últimos responsables del éxito o fracaso de la aplicación de estos modelos, entre otras cosas porque desconocemos la fidelidad de la aplicación de los modelos originalmente descritos en otros lugares. Las investigaciones de atención comunitaria necesitan evaluar esta fidelidad de aplicación para explorar posibles determinantes de la evolución positiva o negativa. Es necesario, por tanto, mejorar los métodos para medir la actividad de los coordinadores de casos y de los equipos multidisciplinares y compararla entre los distintos modelos comunitarios.

Por otra parte, diferenciar entre los distintos modelos de apoyo comunitario y la fidelidad de su aplicación puede servir para identificar los ingredientes críticos. Lo que cada vez parece más claro es que no hay un único modelo de apoyo comunitario que sea igualmente apropiado para cualquier marco de atención (por ejemplo, las características de los recursos rurales frente a los urbanos). Es obvia la necesidad de estudiar el impacto sociodemográfico en el diseño y resultados de los programas comunitarios y sin embargo ha sido escasamente atendida. Otro tema importante de investigación es la relación entre características específicas del paciente y la respuesta a diferentes modelos o facetas de la atención comunitaria (sin techo, patología dual, niños, ancianos). El reto actual sería entender cómo se pueden confeccionar los mejores modelos de intervención para las necesidades específicas de cada paciente.

Los programas de continuidad de cuidados surgieron en respuesta a las necesidades de los enfermos mentales graves, fundamentalmente psicóticos. Aunque posteriormente se han desarrollado programas para poblaciones con otros diagnósticos, sigue siendo un reto el encaje de otras patologías como los trastornos de personalidad o los trastornos de la conducta alimentaria, tremendamente frecuentadores de recursos, en el diseño de los programas desarrollados hasta ahora.

Por último, aunque no menos importante, está la formación de los profesionales de los servicios de salud mental. No cabe duda de que la práctica de todos los profesionales se ha impregnado de los principios elementales de la continuidad de cuidados y es un éxito. Ahora bien, adquirir por influencia del medio los principios no es formarse. La formación de los profesionales de salud mental sigue centrada en la enfermedad

aguda y en la respuesta terapéutica rápida que erradica el síntoma, no en la enfermedad crónica que cursa con síntomas permanentes y produce discapacidad. La filosofía de la continuidad de cuidados implica una visión de trabajo a largo plazo, coordinado e integrado, en cualquiera de los recursos donde trabaje el profesional de cualquier estamento y cuyo éxito no está en la erradicación del síntoma sino en el mantenimiento de la persona en la comunidad pese al síntoma y la discapacidad. El riesgo de una formación centrada en lo agudo, cuando en la práctica predomina lo crónico, es la aparición de dos lenguajes y dos formas de asistencia. Una de élite, de respuesta rápida, eficaz y mejor valorada profesionalmente y otra, de segunda categoría, pesada, para los que no responden y no dan buenos resultados a los servicios, prestada por profesionales menos valorados y con mayor riesgo de quemarse. La continuidad de cuidados no es un tipo de atención, es la atención para los enfermos mentales graves y persistentes avalada por la experiencia y por la evidencia, que compete tanto al psiquiatra que trabaja en una unidad de agudos de un hospital general como al educador social que apoya al paciente en el domicilio, y mientras esto no se enseñe en la formación de los distintos profesionales la atención de los enfermos mentales graves estará en riesgo y la Salud Mental también.

RESUMEN:
Existen distintos modelos de *case management* o formas de llevar a la práctica la continuidad de cuidados: modelos centrados en la coordinación frente a modelos a los que se añade una dimensión clínica. Una forma intensiva de continuidad de cuidados es el tratamiento asertivo comunitario.

Los logros de la continuidad de cuidados en cuanto a reducción de hospitalización, mejora de la calidad de vida y satisfacción de usuarios y familiares con los servicios son incontestables. Otra cosa es qué modelo es más eficaz, eficiente y aprovecha mejor los recursos con menor coste.

El reto está en aplicar el modelo más adecuado para garantizar la continuidad de cuidados en función de las características sociodemográficas de la población diana y hacerlo de la manera más integrada posible en los equipos de atención comunitaria habituales.

Sólo una adecuada formación de los profesionales de salud mental garantiza la continuidad de cuidados de las personan con enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA:

Cuatro revisiones amplias, de los resultados existentes sobre los programas de continuidad de cuidados, realizadas en momentos diferentes y con distintas ópticas.

Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 1998, 24(1): 37-74.

Marshall M., Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2000.

Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R. Case management for people with severe mental disorders. (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2000.

Ziguras S.J., Stuart G.W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000; 51: 1410-1421.

BIBLIOGRAFÍA I y II:

(1) Thornicroft G., Alem A., Antunes dos Santos R., Barley E., Drake R.E., Gregorio G., et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010; v.9(2): 67-77.
(2) Bachrach L.L. Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44 (5): 465-468.
(3) Thornicroft G., Tansella M. Components of a modern mental health services: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004; 185: 283-290.
(4) Phipps C., Liberman R.P. Apoyo comunitario. En: Liberman R.P., coord. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca, 1993; p. 230-249.
(5) Solomon P., Draine J. Satisfaction with mental health treatment in a randomized trial of consumer case management. Journal of Nervous and Mental Disease 1994; 182: 179-184.
(6) McGrew J.H., Wilson R.G., Bond G.R. Client perspectives on helpful ingredients of assertive community treatment. Psychiatric Rehabilitation Journal 1996 19(3): 13-21.
(7) Gehrs M., Goering P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal 1994; 18: 43-54.
(8) Neale M.S., Rosenheck R.A. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46: 719-721.
(9) Bordin E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1976; 16:252-260.
(10) Jacob K.S., Sharan P., Mirza I., Garrido-Cumbrera M., Seedat S., Mari J.J. et al. Global Mental Health 4. Mental health systems in countries: where are we now? Lancet 2007; 370: 1061-1077.
(11) Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford M. Global Menntal Health 2. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007; 370: 878-89.
(12) Thornicroft G., Tansella, M. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de los servicios. Madrid: Tricastela, 2005. p. 23.
(13) Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. International R of Psychiatry 1991; 3: 125-132.
(14) Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 1998, 24(1): 37-74.
(15) Marshall M., Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2000.
(16) Solomon P. The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. Community Mental Health Journal 1992; 28: 163-180.
(17) Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. Schizophrenia Bulletin 1982; 8(4): 655-674.
(18) Holloway F. Case management for the mentally ill: looking at the evidence. International Journal of Social Psychiatry 1991; 37:2-13.
(19) Franklin J.L., Solovitz B., Mason M., Clemons J.R., Miller G.E. An evaluation of case management. American Journal of Public Health 1987; 77: 674-678.
(20) Quinlivan R., Hough R., Crowell A., Beach C., Hofstetter R., Kenwothy K. Service utilization and cost of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46:365-371.
(21) Macias C., Kinney R., Farley W.O., Jackson R., Vos B. (1994). The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. Community Mental Health Journal 1994; 30:323-339.
(22) Thornicroft G., Wykes T., Holloway F., Jonhson S., Szmukler G. From efficacy to effectiviness in community mental health services. PriSM Psychosis Study 10. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 423-427.
(23) Kanter J. Clinical case management: Definition, principles, components. Hospital and Community Psychiatry 1989; 40:361-368.
(24) Lamb H.R. Therapist-case managers: more than brokers of services. Hospital and Community Psychiatry 1980; 31:762-764.
(25) Rapp C.A. Theory, principles and methods of the strengths model of case management. En : Harris, M., Bergman, H.C., eds. Case Management for mentally ill patients: Theory and practice. Langhorne: Harwood Academic Publishers, 1993; p. 143-164.
(26) Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M., Cohen B.F. (1988). Case management – more than a response to a dysfunctional system. Community Mental Health Journal 1988; 24: 219-228.
(27) Stanard R.P. The effect of training in a strengths model of case management on clients outcomes in a community mental health center. Community Mental Health Journal 1999; 35: 169-179. 27.

(28) Bond, G.R. Vocational rehabilitation. En : Liberman, R.P., ed. Handbook of psychiatric rehabilitation. Nueva York,NY: Macmillan Press, 1992; p. 244-275.
(29) Stein L.I., Test M.A. Alternative to mental hospital treatment. I Conceptual model, Treatment program and Clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 392-397.
(30) Brekke J.S., Test M.A. An empirical analysis of services delivered in a model community support program. Psychosocial Rehabilitation Journal 1987; 10: 51-61.
(31) Weisbrod B.A., Test M.A, Stein L.I. Alternative to Mental Hospital Treatment: II. Economic Benefit-Cost Analysis. Arch Gen Psychiatry 1980; 37(4): 400-405.
(32) Test M.A., Stein L.I. Alternative to mental hospital treatment. III Social cost. Archives of General Psychiatry 1980; 37:409-412.
(33) Drake R.E., Burns B.J. Special section on Assertive Community Treatment: An introduction. Psychiatric Services 1995; 46: 667-668.
(34) McGrew J.H., Bond G.R., Dietzen L., McKasson M., Miller L.D. A multisite study of client outcomes in Assertive Community Treatment. Psychiatric Services 1995; 46: 696-701.
(35) Burns B.J., Santos A.B. Assertive Community Treatment: An update of randomized trials. Psychiatric Services 1995; 46: 669-675.
(36) Bond G.R., Mc Grew J.H., Fekete D.M. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals. The Journal of Mental Health Administration 1995; 22: 4-16.
(37) Rosenheck R., Neale M., Leaf P., Milstein R., Frisman L. Multisite experimental cost study of Intensive Psychiatric Community Care. Schizophrenia Bulletin 1995; 21: 129-140.
(38) Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. Canadian Journal of Psychiatry 1999; 44: 443-454.
(39) Deci P., Santos A.B., Hiott D.W., Schoenwald S., Dias J.K. Dissemination of Assertive Community Treatment Programs. Psychiatric Services 1995; 46: 676-678.
(40) De Cangas J.P.C. Le “case management” affirmatif: une evaluation complete d’un programme du genre en milieu hospitalier. Santé Mentale au Quebec 1994; 19: 75-92.
(41) Hoult J., Reynolds I. Schizophrenia: a comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. Acta Psychiatrica Scandinavia 1984; 69: 359-372.
(42) Marks I.M., Connolly J., Muijen M., Maudini G., Mc Namee G., Lawrence R.E. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. British Journal of Psychiatry 1994; 165: 179-194.
(43) Audini B., Marks I.M., Lawrence R.E., Connolly J., Watts V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. British Journal of Psychiatry 1994; 165: 204-210.
(44) Aberg-Wistedt A., Cressell T., Lidberg Y., Liljenberg B., Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatric Services 1995; 46: 1263-1266.
(45) McGrew J.H., Bond G.R., Dietzn L., Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994; 62: 670-678.
(46) Witheridge T.F., Dincin J. The Bridge: an assertive outreach program in an urban setting. New Directions for Mental Health Services 1985; 26: 65-76.
(47) Borland G.R., Witheridge T.F., Dincin J., Wasmer D., Webb J., De Graaf-Kaser R. Assertive Community Treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. American Journal of Community Psychology 1990; 18: 865-891.
(48) Thornicroft G., Strathdee G., Phelan M. Rationale and design. PRiSM psychosis study I. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 363-370.
(49) McDonel E.C., Bond G.R., Salyers M., Fekete D., Chen A., McGrew J.H. et al. Implementing assertive community treatment in rural settings. Administration and Policy in Mental Health 1997; 25: 153.173.
(50) Susser E., Valencia E., Conover S., Felix A., Tsai W.Y., Wyatt R.J. Science and homelessness: Critical time intervention for mentally ill men. American Journal of Public Health 1997; 87: 256-262.
(51) Lehman A.F., Dixon L.B., Kernan E., DeForge B. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 1038-1043.
(52) Wasylenki D.A., Goering P.N., Lemire D., Lindsey S., Lancee W. The hostel outreach program: Assertive case management for homeless mentally ill persons. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44: 848-853.
(53) Dixon, L.B., Krauss N., Kernan, E., Lehman A.F., De Forge B.R. Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. Psychiatric Services 1995; 46: 684-688.
(54) Coldwell C.M., Bender W.S. The effectiveness of assertive community treatment for homeless population with severe mental illness: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2007; 164: 393-399.
(55) Lehman A.F., Herron J.D., Schwartz R.P., Myers C.P. Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders: a clinical trial. Journal of Nervous and Mental Disease 1993; 181: 86-90.

(56) Bond G.R., McDonel E.C., Miller L.D., Pensec M. Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychosocial Rehabilitation Journal 1991; 15: 31-43.
(57) Detrick A., Stiepock V. Treating persons with mental illness, substance abuse and legal problems: The Rode Island experience. New Directions in Mental Health Services 1992; 56: 65-77.
(58) Durrel, J., Lechtenberg B., Corse S., Francis R.J. Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44: 415-416.
(59) Jerrell J., Ridgely M.S. Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 1995; 183: 566-576.
(60) Drake R.E., Yovetich N.A., Bebout R.R., HarrisM., McHugo, G.J. Integrated treatmnet for dually diagnosed homeless adults. Journal of Nervous and Mental Disease 1997; 185: 298-305.
(61) Solomon P., Draine J. One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. Evaluation Review 1995; 19: 256-273.
(62) Weisbrod D., Tien G., Eaves D. Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: an assertive case management program. International Journal of Law and Psychiatry 1995; 18: 61-69.
(63) Challis D., Darton R., Hughes J., Huxley P., Stewart K. Emerging models of care management for older people and those with mental health problems in United Kingdom. Journal of Case Management 1998; 7: 153-160.
(64) Ziguras S.J., Stuart G.W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000; 51: 1410-1421.
(65) Mc Farlane W.R., Stastny P., Deakins S. Family- Aided Assertive Community Treatment: A comprehensive rehabilitation and Intensive Case Management approach for persons with schizophrenic disorders. New Directions for Mental Health Services 1992; 53: 43-54.
(66) Lehman A.F., Goldberg R., Dixon L.B., McNary S., Postrado L., Hackman A. et al. Improving employment outcomes for persons with severe mentalilllnesses. Arch Gen Psychiatry 2002;59:165-172.
(67) Crone P.M., Thornicroft G., Phelan M., Holloway F., Wykes T., Johnson, S. Utilization and cost of community mental health services. PRiSM psychosis study 5. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 391-398.
(68) Becker T., Leese M., Clarkson P., Szmukler G.I. Thornicroft, G. Impact of community mental health services on users´social networks. PRiSM psychosis study 7. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 404-408.
(69) Leese M., Johnson S., Slade, M. User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRiSM psychosis study 8. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 409-415.
(70) Taylor R., Leese M., Clarkson P., Holloway F., Thornicroft G. Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services. PRiSM psychosis study 9. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 416-422.
(71) SashidharanS.P., Smyth, M., Owen A. PRiSM Psychosis Study. Thro´aplass darkly: a distorted appraisal of community care. British Journal of Psychiatry1999; 175: 504-507.
(72) Marshall M., Bond G., Stein L.I., Shepherd G., McGrew J., Hoult J. PRiSM Psychosis Study. Design limitations, questionable conclusions. British Journal of Psychiatry1999; 175: 501-503.
(73) Burns T., Catty J., Dash M., Roberts C., Lockwood A., Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ 2007; 335 (7615): 336.
(74) Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? Int Rev Psychiatry 2010; 22(2): 130-137.

5
PROCESOS ASISTENCIALES Y PROGRAMAS

Jean-Michel Basquiat, *Blog2*

5.1 ¿Qué es un proceso? *A Moreno, M Desviat;* 5.2 La atención a personas con trastorno mental grave, *E Gay, A Tesoro;* 5.3.1 La atención a personas con estados mentales de alto riesgo (de psicosis), J*L Tizón;* 5.3.2 La atención a personas con estados mentales de alto riesgo (de psicosis), *JL Tizón;* 5.4.1. La atención al primer episodio psicótico. Detección temprana, *O Vallina, S Lemos, P Fernández;* 5.4.2. La atención al primer episodio psicótico. Intervención temprana, *O Vallina, S Lemos, P Fernández;* 5.5 La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y Sistemas de Atención, *A Retolaza,* 5.6 La atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia, *C Escudero;* 5.7 La atención a los adultos mayores, *J López,* 5.8 La salud mental en la pérdida de la salud física: procesos crónicos, *M Diéguez, J Alday,* 5.9 La atención a personas con diagnóstico de trastorno de personalidad. *C Cabrera, C Rodríguez Cahil, E Almazán, E de Grado, J Morales, R Tierno;* 5.10 La atención a personas diagnosticadas de TCA; *J Alday y M Dieguez;* 5.11 Atención al problema del alcoholismo en la comunidad. *P Cuadrado;* 5.12 Atención al problema de las toxicomanías. *I Márquez, F Pérez del Río;* 5.13. Atención intercultural a la salud mental en la diversidad, *N Sayed;* 5.14 Atención a los problemas de salud mental en situación de catástrofes y emergencias, *P Pérez;* 5.15 Violencia de género: detección e intervención en salud mental comunitaria, *C Polo;* 5.16 Violencia colectiva y sus víctimas, *I Markez, O Barrenetxea;* 5.17 Salud mental en el ámbito laboral, *J Fornés;* 5.18 Atención a la salud mental en el medio penitenciario, *E Pérez.*

5.1 ¿Qué son los procesos?

Ana Moreno, Manuel Desviat

La introducción propia de sistemas de gestión de calidad en la práctica asistencial coincide en el tiempo con el desarrollo de la gestión clínica, en momentos en los que el incremento del gasto de las prestaciones (en relación con la universalización de los servicios, la creciente complejidad de la atención, el aumento y envejecimiento de la población…) hace necesaria la reflexión sobre la eficiencia del sistema.

A lo largo del tiempo se han ido produciendo diferentes definiciones de calidad, que hacen referencia al énfasis en los elementos imprescindibles para alcanzarla: grado en el que un producto se adecúa a las especificaciones, propia del control de calidad, grado en el que el producto satisface las necesidades del cliente, propia de la garantía de calidad, y grado en el que se satisfacen las expectativas de clientes, empleados, accionistas y sociedad, más propio de sistemas de calidad total. Los cambios entre estos modelos son más evidentes si observamos el desplazamiento de la atención del producto en concreto, al proceso de producción del mismo, sea este un bien o un servicio (lo que contribuiría a eliminar ineficiencias y desviaciones a lo largo de la producción) y la adecuación a las expectativas de todos los actores relacionados de alguna manera con el producto final.

En relación a la salud, la OMS define la asistencia sanitaria de calidad en 1985 como "asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuanta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del enfermo con el proceso". Concentrarse sobre la calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema[1]. En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes: 1) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
- hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento[1].

Sin embargo, la práctica clínica no siempre reúne las características descritas más arriba: existe una gran variabilidad en las intervenciones clínicas dentro del sistema sanitario, no necesariamente como resultado de la aplicación de la mejor evidencia disponible (las variaciones en la práctica clínica constituyen un fenómeno ampliamente estudiado, definido como aquellas diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre diversos proveedores o uno mismo, una vez controlados los factores demográficos, socioculturales y de estado de salud; constituye un problema inherente y evidencia la realidad de la aplicación de diferentes criterios técnicos y/o científicos en la atención a un mismo problema)[2]; el aumento en la complejidad de la atención dificulta la coordinación entre profesionales y puede llevar bien a la repetición de técnicas sobre un mismo paciente, bien a la falta de coherencia entre las intervenciones de unos y otros. En este sentido, es preciso mencionar el impacto que tuvo la publicación de un estudio del Instituto de Medicina de EEUU, que en el año 1999 estimaba que en este país morían entre 44.000 y 98.000 personas en los hospitales como consecuencia de errores médicos, el 30% debido a negligencias y el 70% restante debido a errores en los procesos. Según esto, el error médico se posicionaba como una de las principales causas de muerte en EEUU, por delante incluso de las muertes por accidente de tráfico, cáncer de mama y SIDA. A su vez, la repercusión económica de los errores era altísima, estimándose que los costes sanitarios directos de acontecimientos adversos suponían el 4% de los gastos totales en salud en EEUU[3]. Las conclusiones serían que aunque errar es humano, hay que invertir recursos para paliar esa "epidemia", que se deben establecer mecanismos de garantía de calidad que eviten esos errores, que la variabilidad que se explica por diferencias entre los profesionales, los turnos, los centros, puede ser controlada así como las ineficiencias producto de dificultades en la coordinación de distintos profesionales. V Ibañez señala[4] otras dificultades del sistema que justifican el interés por nuevas formas de gestión y el desarrollo de procesos asistenciales: existencia de desigualdades interterritoriales, progresiva tecnificación de la medicina con alejamiento entre profesionales y usuarios, ineficiencia en la gestión de recursos por discontinuidad y fragmentación de su provisión debido a la dificultad de coordinación entre niveles asistenciales, tendencia inflacionista con aumento de la actividad y del gasto no siempre en relación con criterios claros, dificultad en la medida de las actividades y progresiva desvinculación del personal con respecto de la organización del sistema sanitario.

Por otra parte, la atención a problemas de salud mental requiere en muchos casos del concurso de profesionales de distintas profesiones y distintos ámbitos trabajando de forma coordinada, lo que ha venido a denominarse trabajo en red. Pues bien, las dificultades en la coordinación pueden hacer que haya incongruencias en el abordaje de cada paciente concreto o que este se pierda entre los nudos de la red. Esta es una razón más para emplear herramientas que permitan conocer y minimizar esos huecos en el proceso de atención. Aunque hay otros capítulos en esta ponencia que se ocupan de la planificación y la programación, dedicamos un espacio a los procesos que viene a ser como definir qué hacemos, para qué, en qué momento y con qué herramientas, utilizando una metodología concreta que nos permita además diseñar indicadores y prevenir/detectar problemas.

A través de diferentes estructuras y organizaciones (las normas de la European Foundation for Quality Management y el desarrollo de las normas ISO en Europa; la Joint Commission on Accreditation of Health Organisations en Estados Unidos; el desarrollo normativo en nuestro país y la elaboración de estrategias y procesos asistenciales por parte del Ministerio de Sanidad

y de las distintas Comunidades Autónomas) se ha ido produciendo desde los años 80 hasta la actualidad la implantación progresiva de modelos de gestión de calidad en las organizaciones sanitarias, uno de cuyos elementos fundamentales es la gestión por procesos y los procesos asistenciales.

Podríamos decir que si el objetivo de las actividades asistenciales es obtener buenos resultados en términos de salud, los sistemas de gestión de calidad explicarían cómo (qué responsable –quién-, qué recursos –con qué-, utilizando qué metodología –cómo-, y con qué programas –cuándo). Cualquier sistema de gestión de calidad que elijamos en la actualidad tiene en común con el resto el control de los procesos que realiza (entendido como actividades que se planifican, se realizan, se miden y establecen acciones de mejora) y la búsqueda de la satisfacción del cliente. Los procesos, la gestión por procesos, el diseño de procesos,… se convierten así en una herramienta que sistematiza las actividades, ayuda a conocer los resultados y permite pensar mejoras en los puntos que se detectan como perfectibles.

Por otra parte, la gestión por procesos aporta una visión de la organización, sanitaria en este caso, más orientada a las expectativas que tanto pacientes como profesionales esperan y, por lo tanto, a la resolución de problemas de acuerdo con un enfoque más operativo: una visión horizontal de la organización mediante el análisis de los flujos de trabajo que intervienen en el desarrollo de los diferentes procesos, ya sea de producción o de servicio, intentando en todo momento añadir valor a esa cadena de acciones con el fin de provocar una mejora de los resultados[5].

DEFINICIÓN DE PROCESOS, COMPONENTES

Un proceso asistencial es un conjunto de actividades, decisiones, actuaciones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga las necesidades y expectativas del cliente al que va dirigido, en este caso, el resultado tiene que ver con la mejora del problema de salud que lleva al cliente-paciente a entrar en el proceso. Transforma unas “entradas” en resultados o “salidas”, proporcionando un valor añadido, en este caso, medido habitualmente como mejora en la salud o en incremento de la calidad de vida.

Un proceso se puede definir de varias formas[6]:

- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (JM Costa i Estany, ver figura 1)
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico (EFQM- European Foundation for Quality Management).
- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A Arcelay).

Figura 1. Representación gráfica de un proceso.

Si pensamos en una institución sanitaria, veremos que existen tres tipos de procesos: los estratégicos, relacionados con las metas de la organización, sus políticas y estrategias; los operativos, que generan el servicio que recibe el cliente (en el caso de la atención sanitaria, serían todos los que prestan los profesionales sanitarios directamente al paciente y que sirven para mejorar su salud) y finalmente los de soporte, actividades necesarias para que se puedan prestar los procesos operativos.

Figura 2. Tipos de procesos[7]

Para que un proceso sea eficaz y eficiente debe ser definible –tenemos que saber qué atención vamos a prestar, con qué límites y a qué tipo de pacientes- (estar documentado, con requerimientos y mediciones establecidas), repetible (debe poder ser entendido y seguido) y predecible (debe ser estable para conseguir los resultados esperados). La *gestión por procesos* implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'.

Todo proceso es un corte en una sucesión de actividades, que necesariamente tiene alguna actividad precedente y otra a continuación[8]. Al corte efectuado, al espacio entre los límites establecidos, se le denomina ámbito del proceso. Se visualiza normalmente en forma de diagrama o esquema, que describe en forma gráfica el modo en que las personas desempeñan su trabajo. Estos diagramas o esquemas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades que se repita y que pueda medirse, con independencia de la longitud de su ciclo o de su complejidad[9], aunque para que sea realmente útil debe permitir cierta sencillez y flexibilidad [2, 10] (ver figura 3).

Para utilizar la gestión por procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (en qué consiste, para qué existe y para quién se realiza), concretando entradas y salidas, identificando clientes y proveedores. Se debe poder medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a una persona (a la que suele dominarse propietario del proceso).

La metodología para la gestión de procesos[12] permite diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería,

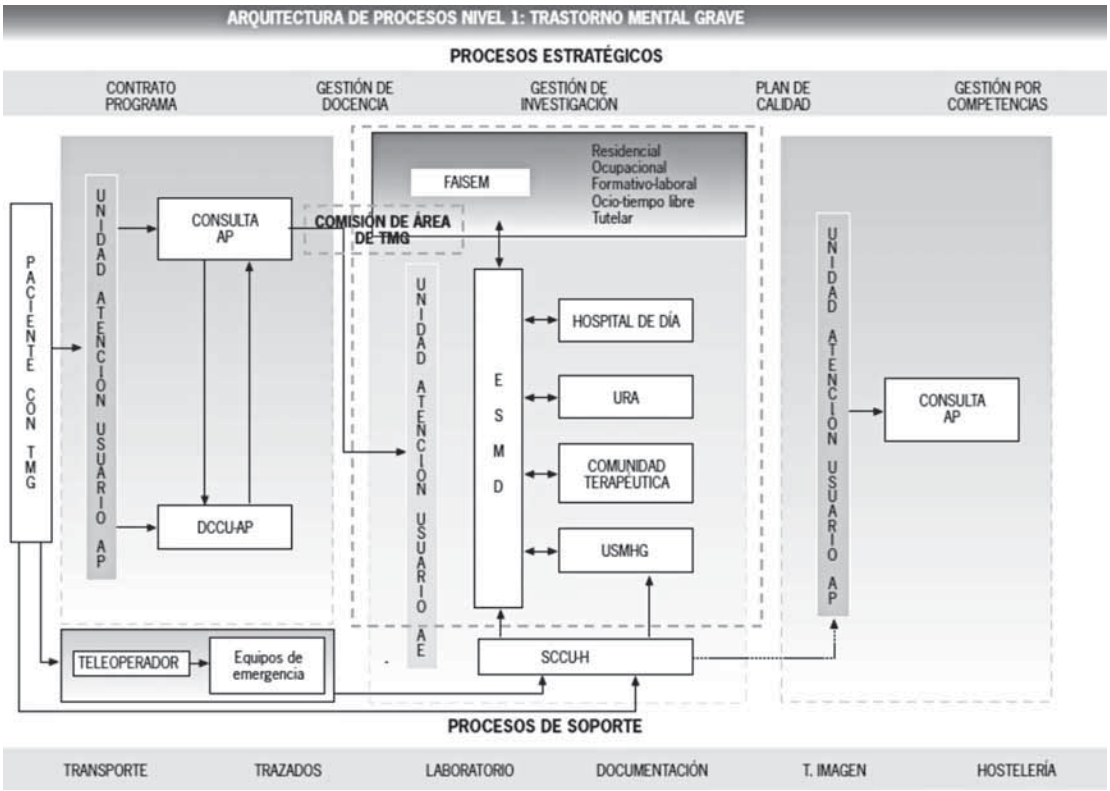


Figura 2. Ejemplo representación gráfica de proceso[11]

personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Al mismo tiempo, facilita la introducción de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en dicho contexto experiencia, conocimientos, habilidades y, lo más importante, sentido común.

Su aplicación en nuestro medio tiene por objeto disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, limitando las diferencias al establecer indicaciones clínicas, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema.

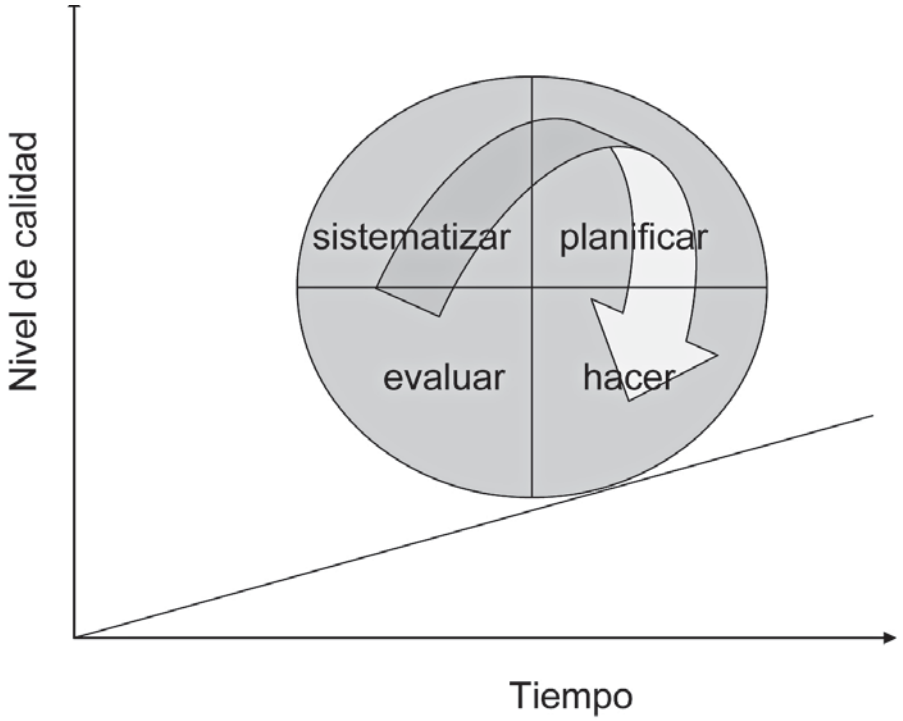
La metodología de gestión por procesos aporta, con relación a las guías de práctica clínica, una forma estructurada de: *a)* identificar los destinatarios del proceso; *b)* conocer sus expectativas; *c)* definir el nivel de calidad del servicio que se desea prestar; d) coordinar las actividades de las diferentes unidades funcionales que intervienen en el proceso (servicios médicos, unidades de enfermería, servicios de apoyo asistenciales y no asistenciales, etc.); *e)* definir las actividades necesarias y las especificaciones de calidad sobre la base de la evidencia científica disponible; *f)* eliminar las actuaciones innecesarias o erróneas que no estén sustentadas por evidencia científica o no aporten ningún valor añadido al servicio; *g)* conocer el consumo de recursos (coste medio y marginal), y *h)* definir una estructura de indicadores que permita verificar la eficacia y eficiencia conseguidas y detectar las oportunidades de mejora.

Una parte esencial de la gestión de procesos es la recogida y el análisis de la información. Para ello es preciso definir un conjunto lo menor posible de indicadores de control del proceso y monitorizarlos[13]. Cuando se produzcan desviaciones de los estándares marcados, el análisis de las variaciones nos dará información sobre su frecuencia y sus causas, animando a los miembros del equipo multidisciplinar a adherirse a las especificaciones y a los estándares establecidos o a justificar las razones de la desviación. La simple utilización de esta metodología invita a proponer modificaciones para la mejora del propio proceso de atención[2].

Existen diversos documentos que están reseñados en la bibliografía que explican cómo aplicar esta metodología en la práctica clínica[6] y algunos de los capítulos que siguen, la utilizan. No todos. Sin embargo, hablemos de procesos o de programas, de guías o de atención específica, hay algunos puntos que son insoslayables y que conectan esta sección del manual con lo visto en la sección de herramientas sobre diagnóstico comunitario y programación y los que remiten a la sección de evaluación:

– debemos partir de un análisis de situación, un diagnóstico epidemiológico de la población a la que se dirige la atención.
– El problema de salud debe estar bien identificado.
– Las alternativas de tratamiento que se proponen deben estar adaptadas al contexto socio comunitario.
– Debe contarse con las expectativas de los usuarios.
– Las actividades deben estar documentadas y fijados los indicadores que permitirán medir los resultados, corregir desviaciones y evitar errores.

Cualquier proceso de atención asistencial es a su vez un proceso dinámico cuya organización permite la mejora continua a base de aplicar el círculo de la calidad: planificar, hacer, medir y corregir.



RESUMEN
La incorporación de sistemas de gestión de la calidad a instituciones sanitarias se ha incrementado progresivamente en un intento de mejorar la eficiencia del sistema. El desarrollo de procesos asistenciales utiliza metodología propia de la gestión de la calidad para planificar las actividades que sean necesarias en la atención de un problema de salud mental concreto, pone en marcha esas actividades, las sistematiza, las evalúa y mejora en un ciclo continuo. El diseño de procesos asistenciales debe responder, para una situación concreta y teniendo en cuenta las expectativas de los usuarios, a las preguntas: quién, cómo, dónde y para qué.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla, 200. Guía explicativa para la elaboración de procesos asistenciales, paso por paso, desde la recogida de bibliografía, grupos focales para detectar expectativas de los usuarios, a representación gráfica y arquitectura de procesos. En nuestro medio, Andalucía ha desarrollado e implantado procesos asistenciales en diversas especialidades sanitarias, incluida la salud mental. Se pueden consultar en: www.juntadeandalucia.es/salud/procesos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) OMS. Mejora de la calidad de la Salud Mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de Salud Mental. Editores Médicos SA, EDIMSA 2007. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 bajo el título de Quality inprovement for mental health.
(2) Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc). 2000;114 (12): 460-3.
(3) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
(4) Ibañez V. Gestión por procesos en salud mental. La experiencia andaluza. Boletín de la AMSM, invierno 2006.
(5) Torres A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria. 2003;31(9):561-3.
(6) Descripción y diseño de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. En: Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla, 2001: 13- 68.
(7) http://www.gestion-calidad.com/gestion-procesos.html
(8) Osakidetza. Gestión por procesos. Vitoria, 1999.
(9) Shiba S, Graham A, Walden D. TQM desarrollos avanzados. Madrid: Ed. TGP Hoshin, 1995.
(10) Galloway D. Mejora continua de procesos. Barcelona: Ed. Gestión 2000, 1998.
(11) Proceso asistencial integrado Trastorno mental Grave. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla, 2006.
(12) Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 243-244.
(13) Lorenzo S, Aranaz J, Ruiz P, Silvestre MC, Mira JJ. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. Cir Esp 1999; 66: 245-249.

5.2. La atención a personas con trastorno mental grave

Eudoxia Gay Pamos, Amalia Tesoro Amate

DEFINICIÓN

Uno de los mayores desafíos que deben afrontar los sistemas sanitarios de los países desarrollados en el presente siglo es el de la atención a las enfermedades de larga duración. Diseñados para atender a los procesos agudos, procesos con un inicio y un fin bien definidos, y en los que la relación entre las intervenciones sanitarias y su desenlace es obvia e inmediata, son mucho menos adecuados y eficientes a la hora de abordar problemas de salud crónicos, con necesidades asistenciales complejas, de larga duración, y cambiantes en el tiempo. Esta carencia se pone más de manifiesto si hablamos de los trastornos de salud mental, dado que es una patología recientemente asumida por el sistema general público de atención a la salud.

En la literatura especializada podemos encontrar numerosas definiciones de trastorno mental grave (TMG), que tienen en común el que hacen referencia, además de al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno, al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. De esta manera se trasciende el diagnóstico clínico, tanto sindrómico como sintomático, que aportan poco valor a la evaluación de la gravedad, para incorporar otros parámetros, sanitarios y sociosanitarios, básicos para organizar la atención en cuanto a procedimientos e intervenciones, que las personas que padecen estos trastornos necesitan[1-6].

En este capítulo vamos a utilizar la definición del Trastorno Mental Grave utilizada en el Proceso Asistencial Integrado TMG de la Junta de Andalucía[7]: "Paciente con Trastorno Mental Grave es cualquier persona que presenta una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer un riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).
- Necesita un abordaje complejo incluyendo:
  - Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
  - Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
  - Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.
- Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Pacientes que presentan inicialmente alguna de las manifestaciones sintomatológicas anteriores y por tanto tienen riesgo de evolucionar de forma prolongada, presentar discapacidad y necesitar abordaje complejo de la atención.

Se entiende, pues, que en la definición se incluyan aquellos trastornos que cumplen las características mencionadas y se excluyan las entidades nosológicas que no constituyen un TMG por carecen de algunas de estas características. Desde un punto de vista general, puede decirse que no toda psicosis es un TMG, pero que el TMG exige una psicosis como condición necesaria para su verificación.

Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas de la CIE-10: F20, F21, F24, F25, F28, F29, F31,

F32, F33.3 F60.0, F60.1. Los pacientes con criterios de las categorías diagnósticas F23, F30 y F32, a pesar de ser trastornos episódicos, serán incluidos, hasta que se confirmen de forma definitiva dichas categorías"[7].

Esta definición implica que es preciso realizar una evaluación funcional incluyendo, aunque trascendiendo, la mera exploración de síntomas para realizar la detección, la identificación y el diagnóstico precoz, de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de evolucionar hacia él. Así la evaluación debe ser clínica y funcional, del paciente, pero también de su contexto más amplio: de su familia y del entorno más próximo, y las intervenciones que se planeen deben de estar basadas en la evidencia científica y tener en cuenta la interdisciplinariedad y la multisectorialidad, mediante un trabajo en red que transcienda la mera información, para asegurar la continuidad asistencial y desembocando todas estas intervenciones en un Plan Individualizado de Tratamiento, que debe de estar consensuado entre todas las agencias intervinientes y con el propio paciente, protagonista primero y último de su tratamiento y ser seguido y revisado periódicamente y en todo caso cuando cambien las condiciones vitales del paciente.

Para hablar con rigor, hablar del concepto TMG lleva implícito tratar de la gestión asistencial del mismo. Una de las herramientas que ha incorporado la organización sanitaria en los últimos años ha sido la gestión por procesos asistenciales. Se trata de conseguir una correcta integración del conocimiento en la organización de los servicios que tienen que prestarse, buscando la mejora continua y la continuidad de la atención de todos los elementos que intervienen. Se trata de aplicar estos principios al abordaje de las patologías mentales más complejas, tanto por la gravedad de los síntomas, como por la perdurabilidad, la discapacidad y la carga que supone para los allegados. Abordar esta complejidad, precisa un entramado de intervenciones y recursos asistenciales que exceden ampliamente el contexto sanitario, debiendo tener presente, para un correcto tratamiento integral, otros sectores tales como el sociosanitario, laboral y/o judicial. Hemos partido de una delimitación conceptual, que incluye diversas patologías, pero con problemas comunes en cuanto a la discapacidad funcional y social, necesidad de recuperación y, por tanto, necesidad de tratamientos combinados procedentes de los ámbitos biológico, psicológico y social. No es un mero enunciado retórico, sino un amplio repertorio detallado de actuaciones evaluativas y terapéuticas, basadas en la evidencia disponible, que deben producir un conjunto mínimo básico de intervenciones, con características de calidad explícitas y con la misión de garantizar la continuidad terapéutica de todos los elementos participantes en el proceso asistencial. El componente nuclear, donde deben articularse todas las intervenciones, es el *plan individualizado de tratamiento*, refrendado por una comisión conformada por los propios servicios donde, además, deben figurar los objetivos terapéuticos que se proponen, los responsables y el referente del paciente en la red asistencial, figura cercana al "gestor del caso" en los modelos anglosajones.

Una de las consecuencias esperadas de esta aplicación de la gestión por procesos en el TMG es la disminución de la variabilidad de la práctica clínica con personas que sufren trastornos mentales graves que, como es bien sabido, es una de las más altas del sistema sanitario general.

2. DETECCIÓN , IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

2.1 La rápida y precoz *detección* e identificación de las personas con TMG es clave como factor pronóstico[6, 8-12]. La detección, en general, tiene lugar en el sistema sanitario aunque puede realizarse basándose en la información que aportan otras agencias comunitarias[5, 12, 13]. Implica el reconocimiento de personas que tienen posibilidades de

cumplir los criterios de los límites de entrada del Proceso para su identificación[13-15]. Puede realizarse por la demanda del propio paciente, familiares, vecinos o agentes sociales, o bien por la búsqueda activa entre familiares de pacientes con TMG. Esta actividad debe ser realizada por los Equipos de Atención Primaria o los Centros de Salud Mental Comunitaria.

2.2 La *identificación* de un paciente con TMG precisa de una exploración que tendrá en cuenta las dimensiones incluidas en la definición de trastorno mental grave:

– Diagnóstico clínico, siguiendo criterios de la CIE-10[16]
– Evaluación funcional, que valore las dificultades en áreas como la vida cotidiana, la educación y/o el empleo y las relaciones sociales.
– Valoración subjetiva de la enfermedad y las estrategias de manejo desarrolladas por el paciente, la familia y el medio próximo.

La Identificación del TMG no debe demorarse más allá de una semana, tras la detección, y conllevará consecuentemente la derivación al Centro de Salud Mental para realizar la evaluación, o a la Unidad de Hospitalización si hay criterios de hospitalización urgente.

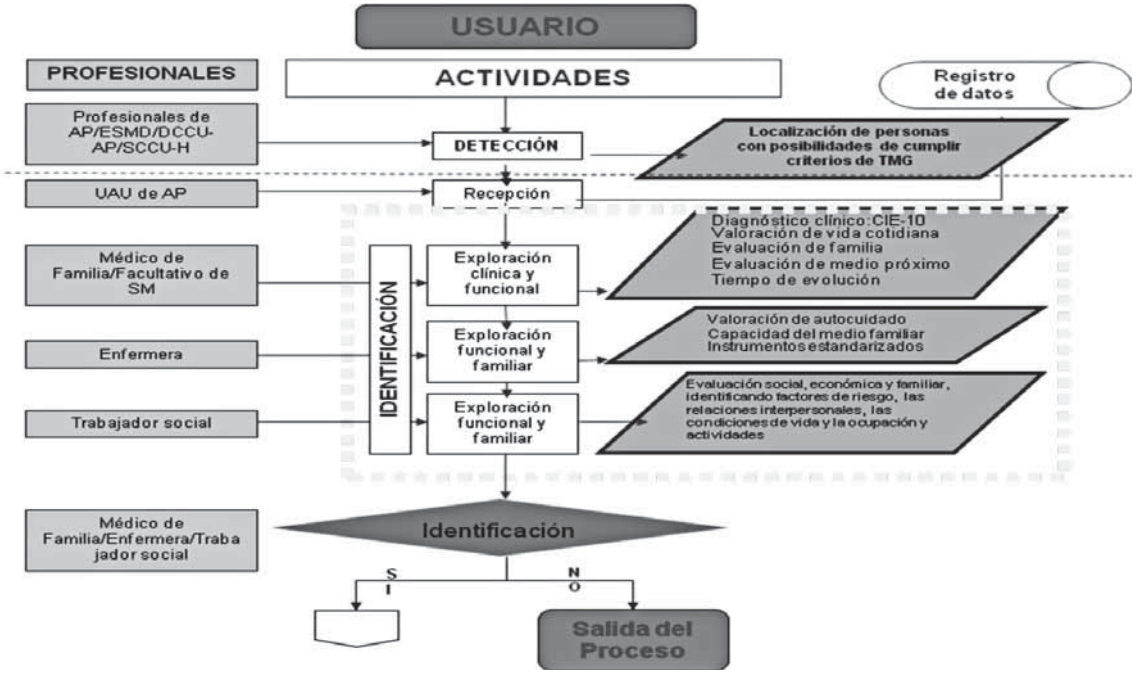


IMAGEN 1: Arquitectura gráfica de la Detección e Identificación del TMG[7]

3. EVALUACIÓN

Tras la identificación, se realizará la *Evaluación* especializada, encaminada a obtener la información necesaria para confirmar el TMG y realizar el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). Debe concluirse en el plazo máximo de 1 mes y se realizará en el Centro de Salud Mental Comunitario y/o en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Consta de los siguientes componentes, que deben ser formalmente realizados y recogidos mediante informes escritos.

– La *entrevista clínica de evaluación* incluirá necesariamente una exploración psicopatológica reglada de todas las áreas funcionales del paciente. Debe ser completada con instrumentos estandarizados de uso compatible en el contexto clínico habitual: BPRS, DAS, LSP[17-20]. En todos los casos se cumplimentará al menos la escala HONOS[21] para medir la gravedad del trastorno.
– La *evaluación familiar* debe incluir datos sistematizados que incluyan geno-

grama, eventos familiares significativos, pautas de relación entre sus miembros y específicamente con el paciente, impacto de la enfermedad en la vida familiar, cuidador principal, grado de estrés que genera y conocimiento de la familia sobre la enfermedad y estrategias que ha puesto en marcha para solucionar los problemas (especialmente en los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento).

– Es imprescindible realizar una *evaluación de enfermería*, para valorar capacidad para el autocuidado y las necesidades no cubiertas del paciente, la capacidad de cuidados del medio familiar, así como los factores de riesgo y protección del entorno[22, 23].
– La *evaluación social* debe ser igualmente exhaustiva y formalizada, recogiendo datos sobre nivel de estudios y profesión actual, Situación económica global, grado de integración en su medio. Si es inmigrante, evaluar el conocimiento de la lengua y la adaptación cultural.
– La *situación somática* del paciente debe ser tenida en cuenta de manera específica en esta fase de la exploración con el fin de confirmar el diagnóstico clínico, permitiendo el diagnostico diferencial con procesos orgánicos, controlar riesgos en las intervenciones farmacológicas y en la patología somática asociada.

El siguiente esquema recoge los profesionales y las actividades que se integran en los componentes de detección e identificación del TMG

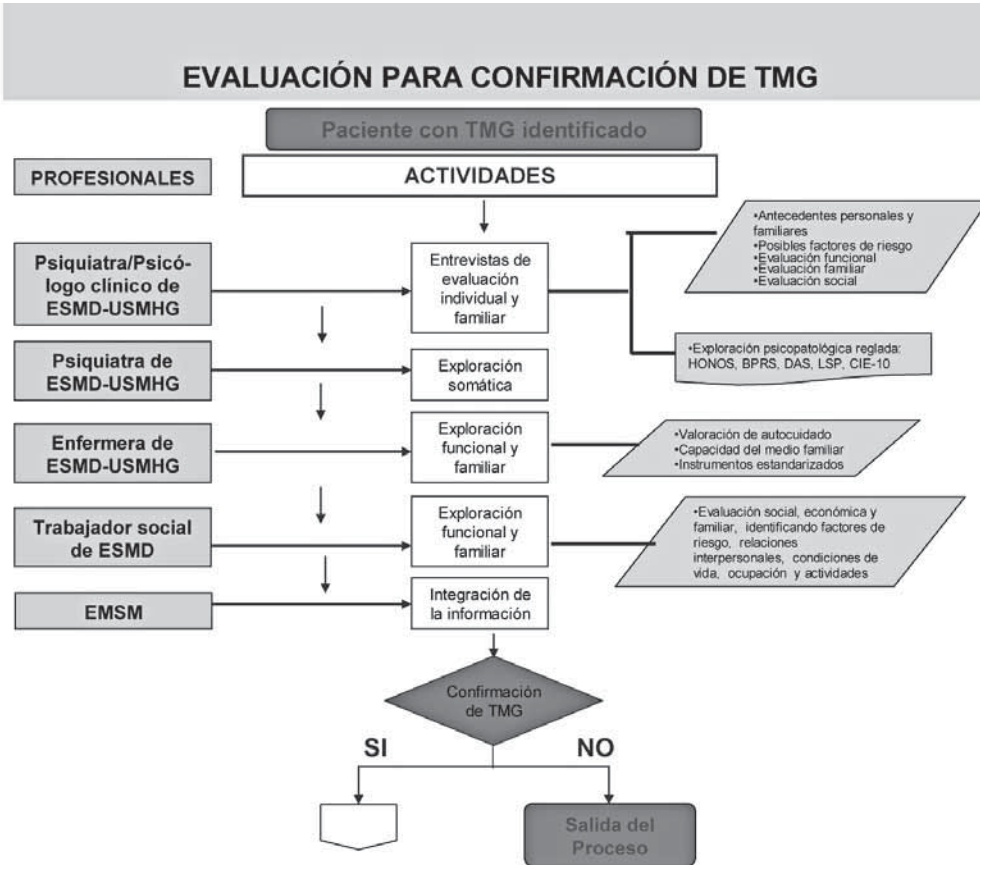


IMAGEN 2: Arquitectura gráfica del proceso de Evaluación de los TMGs[7]

4. PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)

El objetivo fundamental del PIT es determinar las áreas afectadas donde incidir específicamente con el tratamiento, atendiendo a los hallazgos del proceso de evaluación, según la *sintomatología clínica, funcionamiento*, la *discapacidad* que le ocasiona el

trastorno, el *contexto familiar* en el que vive la persona afectada, con que *apoyos sociales formales e informales* cuenta , cuales son las situaciones o *riesgos específicos* (suicidio, agresión, abandono) y los factores específicos de riesgo /protección en relación con la evolución de la enfermedad (tanto individuales como del entorno).

Es preciso concretar, en función del estadio evolutivo y de la patología específica según diagnóstico clínico, una estrategia de prioridades correlacionada a corto medio y largo plazo, donde se señalen los objetivos a conseguir, las intervenciones necesarias a tal efecto y los dispositivos del conjunto de la red dónde deben realizarse. Esta estrategia debe monitorizarse de acuerdo a seguimientos y revisiones periódicas.

4.1 Las Intervenciones previstas en el PIT

Con carácter general, todo PIT deberá incluir un *conjunto básico de intervenciones* capaces para cubrir los objetivos asistenciales propuestos, según las áreas afectadas:

- Intervenciones biológicas y psicoterapéuticas, plan de cuidados enfermeros, técnicas de rehabilitación psicosocial, intervenciones de apoyo a la familia e intervenciones de apoyo social.
- El conjunto de intervenciones que integra el PIT debe ser realizado en todos los equipos y unidades de la red asistencial y los espacios socisanitarios implicados, de manera que se consigan abordajes integrales del paciente sin que se fragmente la continuidad asistencial. Son necesarios, por tanto programas trasversales donde la coordinación se organice en torno a la persona con TMG, frente a modelos de coordinación basados en las características de los servicios.

El PIT debe reformularse atendiendo a la *situación clínica* que depare la evolución del paciente, tales como: atención en situaciones de crisis, en el periodo de estado, atención a primeros episodios o estadío prepsicótico, Pacientes con alto riesgo de suicidio, pacientes con conductas disruptivas, situaciones de aislamiento social, abandono o baja adherencia al tratamiento[24], Pacientes con consumo abusivo de substancias generadoras de dependencia.

En cada uno de estos casos hay que articular las distintas técnicas e intervenciones que cuenten con el mayor grado de apoyo empírico, adaptándolo a las distintas patologías, situaciones individuales y momento evolutivo del paciente.

4.2 Profesionales responsables del PIT

– Integrar toda la información que debe contener un PIT es una actividad que precisa un *facultativo responsable* que coordine las intervenciones, actúe como interlocutor de todos los dispositivos y profesionales que han participado en la evaluación, supervise que las intervenciones programadas se realicen conforme a lo previsto y evalúe periódicamente el PIT. En la estructura que planteamos, el responsable de la elaboración y supervisión del plan debe pertenecer al Centro o Equipo de Salud Mental comunitario, que actúa siempre como pivote en torno al cual se organizará la asistencia al paciente a lo largo de su evolución. Si el primer contacto se realiza a través de los servicios de urgencias y/o la Unidad de Hospitalización, compete el responsable del PIT recabar toda la información obtenida en esos servicios e integrarla de manera consensuada.
– El paciente debe contar también con un *referente personal* o gestor del caso, designado en función de su disponibilidad y cercanía al paciente, acuerdo con el facultativo responsable, cuyas función principal consiste en ayudar al paciente y a sus cuidadores a realizar una correcta utilización de la red asistencial, a la vez se que mantenga alerta sobre los factores de riesgo y protección que puedan acontecer en la vida del paciente.
– Tanto el facultativo responsable como el referente personal deben mantenerse constantes a lo largo del proceso asistencial, pero siempre que el paciente precise

intervenciones en los diferentes recursos asistenciales de la red (Unidad de Hospitalización, Hospital de día, Comunidad terapéutica) contará con un referente en ese servicio que, de manera coordinada con el facultativo responsable del PIT, supervise la calida de las intervenciones programadas en su recurso.

– Como norma de calidad, el PIT debe ser elaborado en un tiempo máximo de 2 meses, tras la realización de la evaluación.

4.3. Ratificación de PIT. La comisión Trastorno Mental Grave del Área

Para garantizar que se ha tenido en cuenta toda la información relevante, se han establecido las intervenciones pertinentes, con criterios comunes para todos los recursos de la red, y que se han determinado los responsables de cada paciente, el Área sanitaria debe configura una comisión TMG, cuyas funciones generales sean:

– Conocer y ratificar el PIT inicial de los pacientes del Área
– Contribuir y establecer criterios generales de funcionamiento interno y coordinación externa para la atención a personas con TMG.
– Establecer criterios de coordinación en planes de especial complejidad.
– Supervisar el logra de objetivos
– Calendarizar los plazos de revisión en general y de manera individualizada.

Una vez confirmado el diagnóstico de TMG mediante el proceso *de Evaluación* corresponde la elaboración de un Plan individualizado de tratamiento (PIT), en el cual se integra toda la información obtenida , estableciendo el inventario de problemas, objetivos e intervenciones que se consideren adecuadas para modificar favorablemente la situación del paciente y su entorno próximo

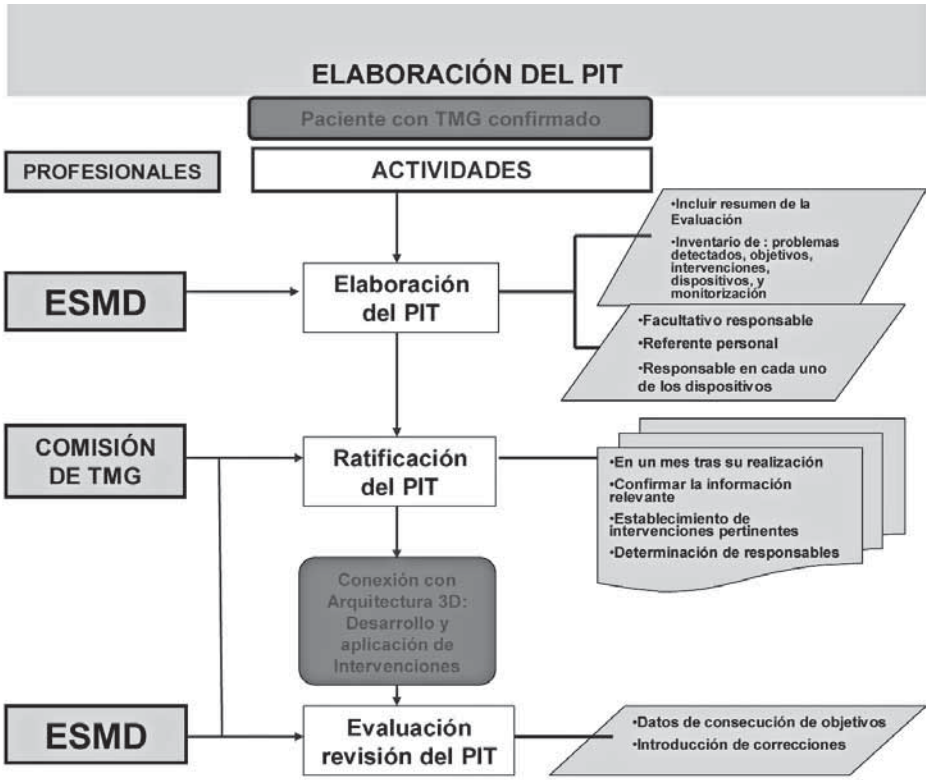


FIGURA 3. Arquitectura de eaboración del Pit. Comision Tmg[7]

6. CARTERA DE SERVICIOS NECESARIA PARA LA ATENCIÓN DEL TMG

6.1 Atención Urgente

6.2 Seguimiento en AP y SM

6.3 Interconsulta que garantice rapidez, cercanía e información detallada

6.4 Tratamiento farmacológico[25-30]

- El tratamiento de primera elección debe ser el que posea una mejor relación eficacia/seguridad y que esté avalado por la mejor evidencia científica disponible.

6.5 Psicoterapias

- Se recogen los tres modelos siguientes, de evidencia probada, aplicada por personal debidamente entrenado
- *Psicoterapia cognitiva en la esquizofrenia*[31-45].
- *Psicoterapia cognitiva en la depresión*[46-52].
- *Psicoterapia cognitiva dialéctica en el trastorno límite de la personalidad*[53-56].

6.6 Entrenamiento en habilidades sociales[57-59]

6.7 Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia[60-65]

- Técnicas dirigidas a cuidar la motivación, mejorar las pautas de comunicación y prestar atención a déficit cognitivos concretos de cada paciente. (Terapia personal/Terapia psicológica integrada).

6.8 Psicoeducación a pacientes y a familiares[66-75]

6.9 Intervenciones de apoyo social

- Todo paciente con TMG deberá tener asegurado unos ingresos económicos, un alojamiento que facilite su autonomía[76-79], una orientación y apoyo al empleo[80-89, 92-100], una facilitación de las relaciones sociales, así como una provisión de tutela en aquellos casos que no puedan gestionar aspectos básicos de su vida.

7. LA RED ASISTENCIAL: CRITERIOS DE ACTUACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS

El proceso asistencial diseñado para la atención a las personas que padecen trastornos mentales graves pretende, en definitiva, crear un entramado de intervenciones trasversales que trasciendan a cada uno de los dispositivos asistenciales y su capacidad de actuación, generando la continuidad asistencial imprescindible para el tratamiento de estas patologías. En su conjunto, *la red debe adecuarse a cada uno de los casos con su peculiaridades, contrariamente a los modos de intervención tradicionales centrados en el diagnostico clínico o en el saber de los profesionales integrantes de los servicios.*

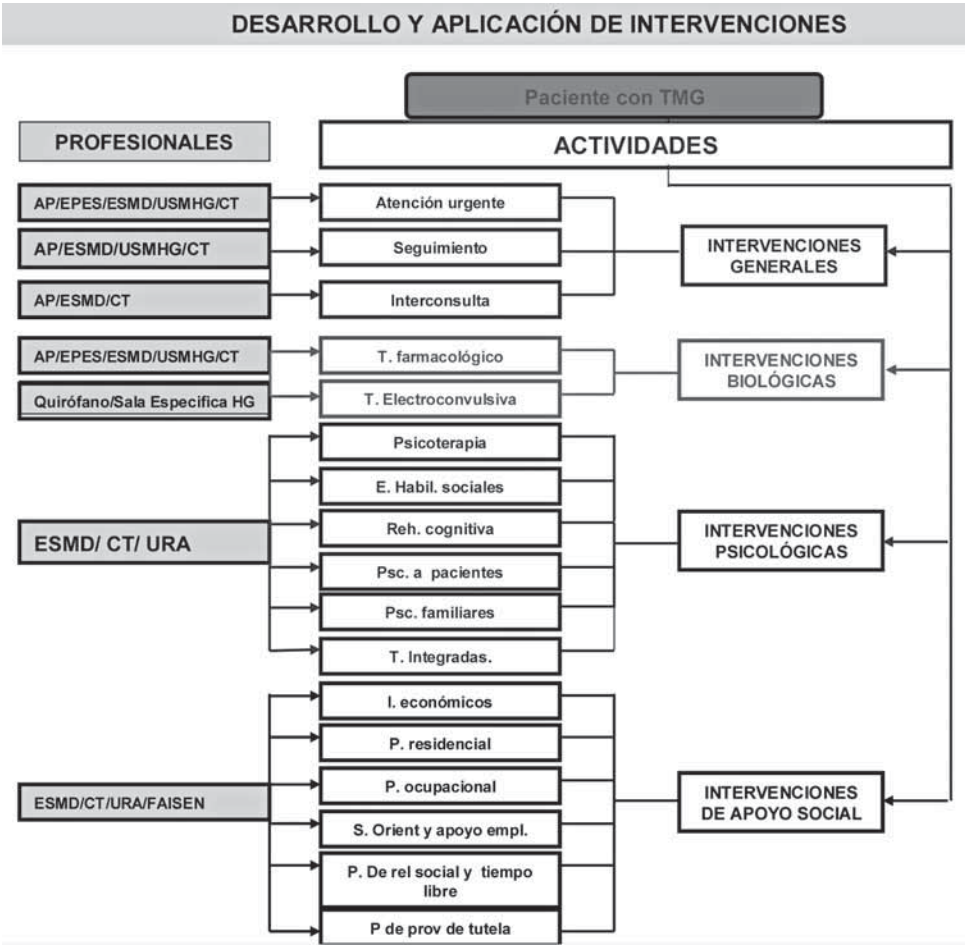
Interdisciplinaridad, continuidad asistencial y trabajo comunitario son las palabras claves de la ordenación asistencial que proponemos a continuación, recogidas en la siguiente figura:

RESUMEN

- El término “enfermo mental crónico” se ha venido utilizando, en gran parte del pasado siglo, para referirse a una población con enfermedad mental persistente a lo largo de la vida. Desde ese enfoque, la hospitalización psiquiátrica, en hospitales monográficos, es el eje central de la asistencia y atención al enfermo, y el objeto fundamental del tratamiento lo constituyen la sintomatología clínica y otros aspectos relacionados con la evolución de la misma. Se abordan y se tratan exclusivamente las áreas psicopatológicamente afectadas del enfermo.
- Desde hace ya unos años, surge el concepto “trastorno mental grave” (TMG), que sustituye conceptualmente al anterior. El TMG, agrupa a un conjunto de personas que, aunque sufren entidades clínicas y diagnósticas diferentes, tienen en común que evolucionan de forma persistente a lo largo de la vida y comparten una serie de

problemas como la desestructuración social y familiar y las discapacidad producidas por la enfermedad, que hacen preciso múltiples abordajes.

- Afrontar esta complejidad precisa un entramado de intervenciones y recursos asistenciales que exceden ampliamente el contexto sanitario y que se extienden hacia otros sectores tales como el sociosanitarios, el educativo y el judicial.
- La aparición de este concepto viene directamente relacionado con dos evidencias surgidas en las últimas décadas: La primera que las personas con trastornos de salud mental deben y pueden ser atendidas en recursos sanitarios y sociales normalizados, según un modelo asistencial comunitario, y la segunda que, en contra de la idea dominante en otros tiempos, las personas con enfermedad mental grave de larga evolución pueden alcanzar la recuperación.
- La recuperación entendida como un proceso y un horizonte. Un proceso que facilita retomar el control sobre la propia vida, que promueve la integración en el entorno social propio, que apoya la autonomía personal y que mantiene la esperanza en la mejoría, que consigue, en suma, que las personas afectadas puedan vivir una vida con significado y satisfacción personal, a pesar de su enfermedad y a pesar, muchas veces, de los síntomas persistentes.
- El proceso de recuperación no es, en la mayoría de los casos, progresivo, sino oscilante, con avances y retrocesos, situaciones cambiantes derivadas de la interacción entre la enfermedad y el discurrir vital y sus circunstancias. Por eso, todos los sistemas de atención han de ofrecer intervenciones integradas pero flexibles, cambiantes e individualizadas, para adaptarse a las necesidades de cada persona.



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Proceso Asistencial Integrado, Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Edita Consejería de Salud. Sevilla, 2006. Aplicación de la metodología de trabajo de Procesos Asistenciales a la asistencia de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave. Diseñado para su aplicación practica por un grupo de trabajo multidisciplinar e interdisciplinar pertenecientes a los servicios sanitarios y sociosanitarios directamente involucrados en la asistencia.

Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.Guía básica para conocer qué son los Procesos Asistenciales Integrados, como se diseñan, se aplican, se avalúan y repercuten en la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes

E. Gay Pamos, F. del Río Noriega. *El proceso asistencial trastorno mental grave. Manual de Psiquiatría*. Cap. 62. Edit. T. Palomo, M.A. Jiménez- Arriero. Ed. ENE. Madrid 2009 Redactado con orientación didáctica, dirigido a profesionales en formación (MIR de psiquiatría). Recoge una completa bibliografía actualizada.

BIBLIOGRAFIA:

(1) Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi K y Tansella M. - Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 149-155.
(2) Schinnar, A. P.; Rothbard, A.B.; Kanter, R. et al (1990): An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. American Journal of Psychiatry 1990; 147, 1602-1608.
(3) Slade, M.; Powel, R; Strathdee, G: Current approaches to identifying the severely mentally ill. Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology 1997; 32 (4): 177-184.
(4) Charlwood P, Mason A, Goldacre M, Cleary R, Wilkinson E (eds). Health Outcome Indicators: Severe Mental Illness. Report of a working group to the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development, 1999.
(5) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid 2007.
(6) Gisbert C (Coordinadora).- Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo. Madrid, AEN, 2003.
(7) Proceso Asistencial Integrado, Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Edita Consejería de Salud. Sevilla, 2006.
(8) WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology.Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 413-414.
(9) Hafner H., Löffler W., Maurer K., Hambrecht M., Heiden W. Depression, negative symptoms, social decline in the early course in the schizophrenia. Act. Psych. Scand., 1999; 100: 105-118.
(10) Birchwood M., Macmillan F., Early intervention in schizophrenia. Aust NZ J Psych. 1993;27: 374-378.
(11) Birchwood M., Todd P., Jackson, C. Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. Br. J. Psych.. 1998; 172:33-39.
(12) McGorry PD, Edwuards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson, HJ. EPPIC: an envolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bull. 1996; 22 (2):305-326.
(13) Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis. Schizophrenia Bull. 1996; 22 (2):353-370.
(14) Falloon IR, Kydd RR, Coverdale JH. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 1996; 22 (2):271-282.
(15) Zypursky RB, Schulz SCh. Estados iniciales de la esquizofrenia. Ed. Ars Medica. Barcelona. 2003.
(16) OMS. Clasificación Internacional de enfermedades. 10ª edición. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
(17) Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Ratin Scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-812
(18) WHO. Psychiatric Disability Assessmente Schedule (WHO/DAS) Genève: WHO, 1988.
(19) Rosen A, Hadzi-Pavlovic D y Parker G. The Life Skills Profile. A measuring assessing function and disability in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1989, 15: 325-337.
(20) Fernández de Larrinoa P, Bulbena A y Domínguez A.- Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP: Perfil de habilidades de la vida cotidiana. Actas Luso Españolas de Neurología y psiquiatría, 1992; 20: 71-75.
(22) Uriarte JJ, Beramendi V y ots.- Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). Psiquiatría Pública, 1999, 11, 4: 93-101.
(23) Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M. C.: Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2001.

(24) Servicio Andaluz de Salud: Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Salud mental. 2004.
(25) Guidance on the use of newer antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. National Institute for Clinical Excellence, Issue, Jun 2002. Review, May 2005.
(26) Boletín terapéutico andaluz, vol 18, nº4: Antipsicóticos atípicos: ¿ventajas frente a los convencionales?. 2002.
(27) Canadian Guidelines for the treatment of Depressive Disorders. 2004.
(28) Scotttish Intercolegiate Guidelines Network.Bipolar affective disorder. A national clinical guideline. May 2005.
(29) Canadian Network for mood and anxiety treatments guidelines for the management of patients with bipolar disorder, 2005.
(30) American Psychiatric Association. Guía Clínica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. 2006.
(31) Dickerson FB y Lehman AF. - Evidence based psychotherapy for schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disorders, 2006, 194, 1:3-9.
(32) Jones C., Cormac I., Mota J., Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. (Cochrane Review). The Cochrane Library 2000; (3).
(33) Rector N. A., Beck A. T. Cognitive Therapy for Schizophrenia: from Conceptualization to Intervention. Can J Psychiatry 2002; 47(1):39-48.
(34) Chadwick P., Birchwood M., Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1996.
(35) Kingdon D., Turkington D**.** The use of cognitive behavioural therapy with a normalising rationale in schizophrenia. J **D** Nerv Ment Dis 1991; 179:207-211.
(36) Sensky T., Turkington D., Kingdon., Scot J., Siddle R., O´Carroll M. et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms inschizophrenia resistant to medication. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:165-172.
(37) Perona Garcelán S., Cuevas Yust C. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 1. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicado al tratamiento de las ideas delirantes. Apuntes de Psicología 1999; 17(1 y 2):31-48.
(38) Perona Garcelán S., Cuevas Yust C. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 2. Estudios aleatorizados con grupos de control. Apuntes de Psicología 1999; 17(3):249-274.
(39) Perona S, Cuevas C, Vallina O y Lemos S.- Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Guía clínica. Madrid, Minerva, 2003., 52,6: 771-779.
(40) Jiménez JF, Maestro JC y Moreno B.- Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2004, 4, 2: 159-174.
(41) Pilling S, Bebington P y ots. - Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological medicine, 2002, 32, 5: 763-782.
(42) Pilling S, Bebington P y ots. - Psychological treatments in schizophrenia. II: Meta-analysis of random-controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychological medicine, 2002, 32, 5: 783-791.
(43) Turkington D, Kingdom D y Weiden PJ.- Cognitive behavior therapy for schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 163, 3: 365-373.
(44) Twamley EW, Jeste DV y Bellak AS.- A review of cognitive training in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2003, 29, 2: 359-382.
(45) Vallina,O y Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema, 2001,13: 345-364.
(46) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. 14ª edición.Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983.
(47) Beck AT,Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. International Universities Pess. 1996.
(48) Pampallona S, Bollini P y ots.- Combined pharmacoterapy and psychological tratment for depresión. A sistematic review. Archives of General Psychiatry, 2004, 61: 714-719.
(49) Rupke SJ, Blecke y ots.- Cognitive Therapy for Depression. American Family Physician,2006, 73, 1: 83-86.
(50) Scott J.- Cognitive therapy of affective disorders: a review. Journal of Affective Disorders, 1996, 37: 1-11.
(51) National Institute for Clinical Excellence (NICE).- Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guidline 23, 2004.

(52) Gunderson, JG. Trastornos Límites de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Ars Médica; 2002.
(53) Gunderson, JG. Gabbard GO. Psicoterapia de los Trastornos de Personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2002.
(54) Linehan MM, Cochran BN, Kehrer CA. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. En Barlow DH (eds). Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual, 3ª ed. New York. Guilford Press. 2001.
(55) Reig MJ, Benito A, Prades I, Jover M. Tratamiento psicoterapéutico del trastorno limite de la personalidad. En Cervera G, Haro G, Martinez- Raga J: Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
(56) Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W. P., Keith S. J. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. Am J Psychiatry 2001;(158):163-175.
(57) Liberman R. P., Mueser K. T., Wallace C. J., Jacobs H. E., Eckman T. A., Massel H. K. Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. Schizophr Bull 1986; 12(4):631-647.
(58) Heinssen R. K., Liberman R. P., Kopelowicz A. Psychosocial Skills training for Schizophrenia: Lessons From the Laboratory. Schizophr Bull 2000; 26(1):21-46.
(59) Brenner HD, Hodel B, Roder V y Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1992, 18, 1:21-26.
(60) Roder V., Brenner H. D., Hodel B., Kienzle N. Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psiquatría, 1996.
(61) Hogarty GE, Greenwald D y ots. Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1514-1524.
(62) Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995, 21, 3: 379-393.
(63) Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on release rates. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1504-1513.
(64) Silverstein SM y Wilkniss.- At issue: the future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2004, 30, 4: 679-692.
(65) Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGuill C. W. Family care of schizophrenics. New York: Guilford, 1984.
(66) Leff J. Family treatment of schizophrenia. In: Grauville-Gossman K, editor. Recent advances in clinical psychiatry. Londres: Churchill Livingston, 1985.
(67) Anderson C. M., Reiss D. J., Hogarty G. E. Schizophrenia and the family. New York: Guilford, 1986.
(68) Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention of with families to reduce relapse. Br J Psychiatry 1988;(153):532-542.
(69) Mcfarlane W.R., Lukens L., Link B., Dushay R., Deakins S. A., Newmark M. et al. Multiple-family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:679-687.
(70) Dixon L, McFarlane WR y ots.- Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psichiatric services, 2001, 52, 7: 903-910.
(71) Goldman C. R., Quinn F. L. Effects of a Patient Education Program in the Treatment of Schizophrenia. Hosp. Community Psychiatry 1988; 39(3):282-286.
(72) Rebolledo S., Lobato M. J. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. In: Caballo VE, (editor). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A., 1997: pp 635-661.
(73) Hogarty GE, Greenwald D y ots. Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1514-1524.
(74) Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995, 21, 3: 379-393.
(75) Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on release rates. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1504-1513.
(76) Fakhoury W, Murray A y ots. Research in supported housing. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 202, 37: 301-315.
(77) Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.- Criterios para el desarrollo del programa residencial. 2ª Edición. Sevilla, FAISEM, 2005, Documentos de Trabajo nº 1. Puede verse en www.faisem.es
(78) López M y Lara L.- Guías operativas 8 (“Programa residencial”), 9 (“Programa ocupacional y laboral”) y 10 (“Otros programas de apoyo social”). En Caldas y Torres, Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005: 83-105.

(79) López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P y López A.- Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría, 2004, 67 (2): 101-128.
(80) Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.- Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. 2ª Edición. Sevilla, FAISEM, 2005, Documentos de Trabajo nº 2. Puede verse en www.faisem.es
(81) López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M y Vera M P.- Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, 2004, 90: 31-65.
(82) Bond,GR.: "Supported employment: evidence for an evidence-based practice." Psychiatr Rehab J 2004; 27:345–59
(83) Straw,RB; Herrell, JM.: "A framework for understanding and improving mutisite evaluations."New Dir Eval2002;94:5-15.
(84) Lehman,AF; Goldberg,RW; Dixon,LB; Scot MN, et al.: "Improving Employment Outcomes for Persons With Severe Mental" Arch Gen Psychiatry.2002;59:165-172.
(85) Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al.: "Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness". Arch Gen Psychiatry 2005;62:505–12.
(86) Mueser KT, Clark RE, Haines M.,et al.: "The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness." J Consult Clin Psychol 2004;72:479–90.
(87) McGurk,SR.; Mueser,KT; Feldman,F,et al.: "Cognitive Training for Supported Employment: 2-3 Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial". Am J Psychiatry 2007; 164:437-441.
(88) Marshall M, Lockwood A. "Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos" (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

5.3.1. La atención a los pacientes con estados mentales de alto riesgo (de psicosis)

Jorge Luis Tizón

INTRODUCCIÓN

Nuestra forma personal de enfrentar hoy este tipo trabajo tiene que ver con la que ya hace más de treinta años manteníamos en relación con las psicosis[1]: un planteamiento realista, adaptado a lo escaso de nuestros conocimientos actuales sobre la psicosis, y no a lo que dicen los diversos grupos de presión o "de doctrina", debería obligarnos a entender y atender la vida cotidiana de los pacientes con psicosis, sus relaciones con sus allegados y su mundo interno antes, durante y después de los primeros episodios agudos. Sólo desde ahí, y teniendo en cuenta lo escaso o parcial de la investigación en esos campos, podemos hacernos una idea respecto a la génesis, desarrollo, evolución, fases, psicodinamia, sistemas de ayuda, integración de tratamientos… Es una de las vías para poder replantearnos "desde dentro" un tema que ya desde entonces se nos apareció como lleno de mitos, dogmas, sectarismos, a los que, cómo no, tal vez adjuntamos los nuestros propios. Pero, afortunadamente, en los últimos veinte años la investigación ha progresado en este campo enormemente, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, y sabemos con cierta seguridad algunas cosas más de cómo es la experiencia personal, en tanto que sujetos, de los pacientes diagnosticados de "esquizofrenia" o "psicosis"; acerca de cómo viven la aparición de los primeros malestares, alteraciones y síntomas, y tanto ellos como sus familias. Desde el punto de vista teórico, técnico y asistencial, esas tremendas experiencias, con las frustraciones, limitaciones y sufrimientos que conllevan, ¿pueden ayudarnos a replantear la prevención, el tratamiento, la atención precoz? ¿Cuál debe ser entonces nuestra actitud? ¿Con qué técnicas, con qué instrumentos, con que ética, con qué epistemología debemos replantearnos la comprensión y la ayuda a los sujetos con psicosis? Por ejemplo: ¿qué fenómenos pueden servirnos para detectar precozmente esos trastornos psicopatológicos de las relaciones humanas y para ayudar a esos pacientes y grupos humanos desde los primeros síntomas, desde los pródromos? Más allá aún: ¿Existen factores de riesgo detectables en la infancia y adolescencia que puedan avisarnos del posible desarrollo de una esquizofrenia o de una psicosis en la edad adulta? Y si existe esa "fase premórbida", que diríamos en términos médicos, ¿se puede incidir en ella desde su manifestación, por ejemplo, en las redes sociales de la infancia, en los servicios pedagógicos, en los dispositivos de Atención Primaria de Salud y en la interfase salud mental – atención primaria de salud?[2-4].

Esa es la serie de planteamientos que ya desde el inicio de nuestro trabajo en el EAPPP nos ponía en contacto con la necesidad de oír "con una atención diferente" a los pacientes con psicosis incipiente y a los que inicialmente llamamos "sujetos en riesgo de psicosis", así como con la necesidad de investigar junto con ellos sus avatares vitales y revisar al respecto la bibliografía internacional.

Desde la perspectiva de la investigación empírica contemporánea, un punto de partida importante fue el replanteamiento, por parte de los autores escandinavos inicialmente, y, más tarde, por austro zelandeses y alemanes[5-11], de muchos de nuestros preconceptos acerca de la evolución de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia antes del primer diagnostico y tratamiento. Los hallazgos no dejaron de sorprender a los clínicos e investigadores con menos in-

fluencia psicoanalítica o sistémica: comenzaba a dibujarse un amplio periodo, variable entre meses y años según los diversos investigadores y estudios, desde que el sujeto presentaba síntomas psicóticos hasta que era diagnosticado y recibía el primer tratamiento. Es a lo que posteriormente se iba a llamar DUP *(duration of untreated psycosis)*[5,8,11, a]. A pesar de las dificultades metodológicas de tales estudios y de su disparidad tanto cultural como metodológica y de enfoque[4-11], casi todos ellos muestran que pasan meses o años entre los primeros síntomas prodrómicos y el primer tratamiento, es decir, que el período de psicosis no tratada (DUP) suele durar años. Más tarde, el desarrollo de los estudios sobre las "fases o momentos clínicos del desarrollo de la psicosis" (o, en otros estudios, de "la esquizofrenia") va confluyendo progresivamente en la definición de una serie de estadios que implican diferencias no sólo clínicas, sino patoplásticas, terapéuticas y pragmáticas, hasta que recientemente va definiéndose un *estadio premórbido* (en el cual no todos los autores coinciden), seguido de un *estadio prodrómico*, de la *psicosis inicipiente* y sus subfases, y de un período con o sin recaídas que da lugar a la *recuperación* o a *estadios defectuales* más o menos marcados[13, 2, 5]. Ya los estudios pioneros llevaban a la conclusión de que la mayoría de los pacientes vive más de un año experimentando síntomas psicóticos, y ello era especialmente relevante, dado que varios de tales estudios señalaban que DUP más prolongadas se asocian a una evolución de la psicosis más desfavorable, con todos los sufrimientos y costes que esto conlleva[9-11]. Por eso se había hablado ya del "período crítico": Los cinco años siguientes al "primer episodio": el momento de la esquizofrenia más activo de todo el curso del trastorno y cuando se producen la mayoría de las consecuencias más permanentes[9].

En ese sentido, para las ocho o nueve decenas de programas o equipos internacionales dedicados al tema, desplegar estrategias para reducir la DUP e intervenir lo más tempranamente posible se ha convertido en un objetivo necesario y prioritario para la atención en salud mental. Este planteamiento implica al menos:

1) Mejorar las estrategias de captación desde los servicios de atención primaria de salud y comunitarios en general.
2) Para lo cual es imprescindible delimitar síntomas de psicosis o factores de riesgo para la misma que puedan ser detectados en cualquier de esos servicios.
3) Al menos en planes piloto, poner en marcha servicios de atención de salud mental especializados en las primeras fases de la psicosis y no sólo en sus consecuencias a medio y largo plazo[10, 2, 4, 12-14].
4) Diversos estudios mostraron pronto que esos temas pueden ser mejorados mediante la sensibilización de la población acerca del síndrome, así como mediante
5) El trabajo en red con los equipos de los distintos servicios comunitarios[14-16]. Para ello es fundamental la formación de los profesionales y para-profesionales de la comunidad en las características, factores de riesgo y dinámica clínica y familiar del trastorno, pero también en instrumentos de cribado útiles y sencillos que detecten a las personas con riesgo moderado y que funcionen como filtros consecutivos dentro de los sistemas comunitarios y de la atención primaria de salud[15-17].

2. OBJETIVOS Y POBLACIÓN-DIANA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRECOZ A LOS PACIENTES EN RIESGO DE PSICOSIS Y/O CON "PSICOSIS INCIPIENTE"

En nuestro caso, el EAPPP[b] se puso en

[a] Concepto que personalmente, he propuesto complementar con el de D-EMAR (Duración del estado mental de alto riesgo) y, en función de los centenares de estudios realizados sobre la evolución de la DUP, perfilar en el sentido de D-PUP (duración de la psicosis psicosocialmente no tratada), como luego veremos.

[b] Equip d'Atenció Precoç als Pacients en Risc de Psicosi del Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona del Institut

marcha siguiendo la experiencia de casi tres décadas de los equipos escandinavos y las aportaciones e investigaciones de los equipos austrozelandeses: Recibimos apoyo, formación y/o orientaciones directas o indirectas tanto de los equipos escandinavos (Alanen, Aaltonen, Turpeinen, Cullberg, Johannessen…) como de los austrozelandeses (EPPIC de Melbourne y John Read desde Auckland, Nueva Zelanda).

En definitiva, los objetivos de la puesta en marcha de este tipo de equipos de atención –precoz e integral– a los pacientes con psicosis (en lo sucesivo, EAPP) los agrupamos inicialmente en dos subtipos: objetivos "generales" y objetivos "específicos"[5].

Los objetivos generales serían:

1. La disminución del sufrimiento individual, familiar y social que significa tanto la duración de los pródromos del primer episodio de psicosis (que hoy se cifra de 2 a 5 años en las sociedades europeas).
2. La disminución de la cronificación subsiguiente, que hoy parece vinculada, al menos parcialmente, con el retraso en la ayuda integral a estos pacientes y sus familias.
3. Disminuir los costos sociales (de sufrimiento, familiares, económicos, sociales, culturales…) de los trastornos esquizofrénicos y de su marginación habitual, un resumen de los cuales hemos publicado anteriormente[5].

Los *objetivos específicos* los habíamos agrupado en los siguientes apartados:

1. Detección precoz de los pacientes y familias sufriendo durante años los primeros síntomas (inespecíficos) y los pródromos o el *trema* psicótico inicial[18].
2. Atención psicosocial y psiquiátrica integral precoz.
   - Con el fin de disminuir los índices de cronicidad, cronificación medicalizada y costos sociales del trastorno, según los datos aportados por la bibliografía pertinente[19-21].
   - Con el fin de ampliar la escasa libertad y garantías democráticas que esos pacientes y sus familias tienen para usar de los diversos tratamientos de cuya eficacia hoy existe al menos algunas pruebas[23-25, 2-4]: En gran parte de los casos, la realidad asistencial es que, durante años, los únicos tratamientos que se les "aplican" son tratamientos biológicos y simulacros elementales de otras ayudas psicoterapéuticas y psicosociales.
3. Ayudar a la integración y el trabajo en red o "unidad funcional de atención precoz a las psicosis" de los diferentes dispositivos terapéuticos para pacientes con psicosis de su territorio, sobre todo en la época del "período crítico".
4. Atención precoz a los sujetos en estadío "premórbido": aquéllos que acumulan los factores de riesgo de psicosis habitualmente reseñados en la bibliografía, aunque aún no sean detectables síntomas psicóticos, y tan sólo se detecten síntomas inespecíficos, además de los factores de riesgo. Eso es lo que ha hecho que todos los EAPP, y en particular el nuestro, dedicara importantes esfuerzos a la determinación operativa de los "sujetos en riesgo de psicosis" (SRP), a los que más adelante, siguiendo una parte de la bibliografía internacional, íbamos a llamar sujetos "con Estados Mentales de Alto Riesgo" de psicosis (EMAR). Eso ha llevado, en nuestro caso, a desarrollar modos de detección y atención precoz en la adolescencia, primero, y en la pubertad y la infancia después[26, 27, 5].
5. Atención precoz a los niños con determinadas características de sus factores de riesgo y acumulación de los mismos: es el grupo de *menores altamente vulnerables,* del que ya hemos escrito anteriormente[26-32]. Aunque en nuestro caso, por nuestro enfoque clínico, comunitario con

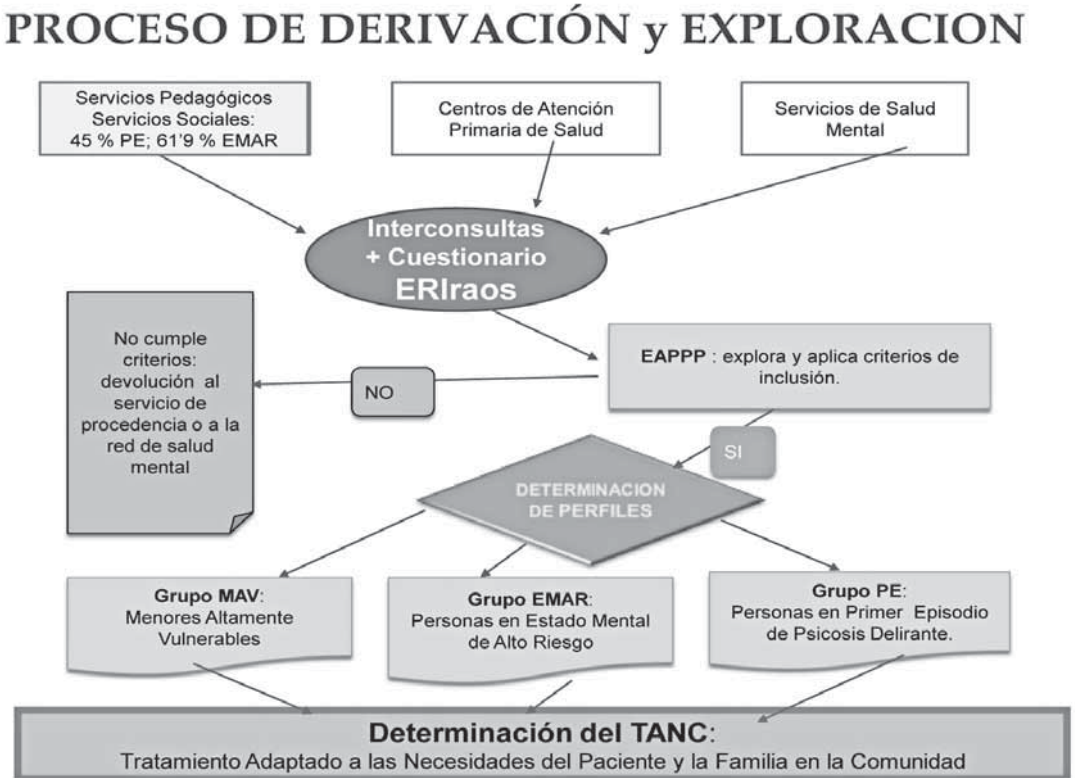
---

Catalá de la Salut: En adelante, EAPPP, que no es sino un Equipo de Atención Precoz las Psicosis (EAPP), en este caso, el primer equipo creado con tales objetivos en la Península Ibérica.

base psicoanalítica, defendimos desde el principio la necesidad de atender a este grupo específico[5], la investigación empírica posterior ha venido a darnos la razón, cuando ha retrotraído el hallazgo de los primeros síntomas del trastorno hasta 11 años antes del primer diagnóstico de psicosis[12] y hasta trece años en alguno de nuestros pacientes.

Población diana: Tras años de trabajo en el campo, y confrontando nuestros enfoques y los de nuestros antecesores, arriba citados, un esquema de la misma, según nuestras perspectivas actuales, aparece en la figura 1. El grupo MAV (*menores altamente vulnerables*), que nosotros consideramos de gran importancia preventiva, sólo puede ser accesible con equipos integrados que, dentro de sus capacidades técnicas, incluyan la prevención y asistencia tanto de adultos como de niños. Es un tema que conlleva discusiones y polémica en los grupos de expertos sobre el tema, pero que nosotros consideramos insoslayable, máxime teniendo en cuenta las últimas orientaciones de la OMS en este campo y, en general, en el ámbito de las prioridades en la atención a la salud mental[33, 34]. En el mismo sentido, consideramos de gran valor preventivo (y social, dado el índice de violencia de género y doméstica en nuestras sociedades) la atención precoz de los pacientes con trastornos delirantes (celotípicos, paranoides...) antes de lo que en la actualidad suele hacerse: a menudo, con la aparición pública del maltrato, la violencia, la autoexclusión social...

Figura 1. Esquema de la detección y adjudicación de perfil en el EAPPP



3. Un procedimiento de detección de los sujetos en riesgo de psicosis (EMAR-ARMS)

Incluyo aquí un resumen de nuestros procedimientos en este campo, pues ya hemos publicado anteriormente algún trabajo sobre el tema[26]. De acuerdo con todo lo anterior, y con las investigaciones contemporáneas, desplegar estrategias para reducir la DUP e intervenir lo más tempranamente posible es un objetivo prioritario para la atención en este tipo de procesos. Uno de los pre-requisitos necesarios para este fin es la detec-

ción precoz de personas en riesgo de psicosis, también llamadas "en estado mental de alto riesgo" (EMAR- *ARMS: At-risk Mental States*[7]. La segunda premisa consiste en diagnosticar el comienzo de la psicosis lo más pronto posible. Objetivo asistencial: tratarla también precozmente, aunque este tratamiento, desde nuestra perspectiva actual, ya no sólo no es "prevención primaria", sino que sobrepasa las posibilidades de la prevención secundaria y, aunque sea el primer episodio, puede que tengamos que comenzar a enfocarlo como una forma de "prevención terciaria".

Con esas dos premisas, se han desarrollado diversas estrategias para la detección de personas EMAR. Una de las propuestas pioneras, con gran impacto en la investigación, se basa en registrar los síntomas premonitorios característicos de los estados tardíos del pródromo (*síntomas en positivo*) y considerar al tiempo un conjunto de factores de riesgo para trastornos psicóticos tales como edad, personalidad esquizotípica y antecedentes familiares de psicosis: es el núcleo del llamado grupo *Ultra High Risk* (UHR)[12]. El programa *Recognition and Prevention* (RAP) amplía la estrategia agregando síntomas negativos. Otro enfoque se centra en los síntomas subclínicos tempranos expresados por el propio paciente, los llamados *síntomas básicos*, en especial los trastornos del pensamiento y percepción[13].

Como decíamos, la intervención precoz en psicosis igualmente implica mejorar las estrategias de captación desde los servicios comunitarios, incluyendo los de atención primaria de salud, así como la disponibilidad de servicios de atención de salud mental especializados. Ambos aspectos pueden ser mejorados mediante la sensibilización de la población acerca del síndrome, así como con el trabajo en red con los equipos de los distintos servicios comunitarios[2-17]. Formar a los profesionales, paraprfesionales y a la población general en temas tales como los factores de riesgo para los trastornos mentales, y en el caso de profesionales y paraprofesionales, en instrumentos de cribado útiles y sencillos, son tareas fundamentales en esa dirección[4,7].

No incluyo aquí una descripción de las diversas estrategias para la detección precoz que se han ido poniendo en marcho a lo largo de los tres últimos decenios para no alargar innecesariamente este trabajo y, sobre todo, porque han sido reseñadas ampliamente en diversas publicaciones internacionales anteriores[2-4, 7, 8, 10-13, 17, 26-32, 35].

Para recoger los datos sociodemográficos nosotros hemos utilizado el Registro de Casos del Instituto Catalán de Salud (ICS, 2006), trabajo facilitado por la extensión de la informatización en la atención primaria de salud de Barcelona-ciudad. En cuanto a los instrumentos psicométricos utilizados, los hemos explicitado en el trabajo anteriormente citado[26]: al final nos hemos decidido como instrumento de cribado por el *Early Recognition Inventory checklist (ERIraos),* basado en la entrevista estructurada, mucho más amplia IRAOS: *Retrospective assessment of the onset and course of schizophrena and others pychosis* (Iraos)[7, 26, 30, 35]. Tal cuestionario de detección valora la presencia/ausencia de síntomas inespecíficos, del pródromo tardío, y de síntomas psicóticos durante los últimos 12 meses, así como también sus cambios de intensidad, y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo. Se utilizó una traducción experimental al castellano (Tizón & Oriol, 2006[26]).Como explicábamos en trabajos anteriores[26], la evaluación de síntomas psicóticos atenuados la hacemos con la entrevista SOPS[35], que en su versión en castellana ha mostrado una excelente validez predictiva y alta coherencia interna. Para evaluar los Síntomas Psicóticos Breves o Intermitentes (BLIPS), utilizamos habitualmente la PANSS en su versión española.

Los profesionales pertenecientes a las diversas redes comunitarias realizan una interconsulta o una derivación cuando puntuaban a las personas a su cargo con 3 o más puntos en el ERIraos, puntuaban un ítem en

alguna de las dos últimas partes de tal escala y/o creían que presentaban problemáticas de SRP de acuerdo con la información recibida durante el periodo de sensibilización realizado por el EAPPP a los servicios comunitarios de su zona. Si el instrumento no se había rellenado previamente, se aplicaba en la primera visita al equipo, junto con el Registro de Casos. De los participantes que puntuaban el ERIraos, se rellenaban, en las sucesivas entrevistas clínicas la PANSS, la SOPS y el GAF y se exploraban criterios DSM-IV para los trastornos psicóticos y de personalidad esquizotípica. Al tiempo, se realizaban las exploraciones y screenings somáticos para descartar organicidad (incluídos TAC o RNM). Tras el conjunto de las exploraciones, esas personas podían cumplir criterios EMAR, criterios para PEP (primer episodio de psicosis), considerarse MAV (Menores Altamente Vulnerables) o no cumplir criterios para ninguno de estos grupos, en cuyo caso eran derivados a otros servicios especializados de la red de salud mental.

Se considera el perfil EMAR, si el sujeto cumple los requisitos de nuestro protocolo EMAR, del que luego hablaremos (incidencia en servicio, entre 2'4 y 2'7 por diez mil y año). PEP, sin cumple clínica o psicométricamente los requisitos de primer episodio psicótico en diagnóstico o tratamiento hace menos de 12 meses (incidencia en nuestro servicio, alrededor el 1'1 por diez mil) y MAV, fundamentalmente, si cumplía el requisito de acumulación de factores de riesgo (más de 20 factores de riesgo o acontecimientos vitales de riesgo en el LISMEN de su edad) y tenía menos de 12 años (incidencia en nuestro servicio, 1'2 sobre la población general).

Ese era el punto de partida de los trabajos estrictamente asistenciales del equipo, asunto que trataremos en la segunda parte de este capítulo.

RESUMEN

Introducción:

En el trabajo se resumen algunos desarrollos clave en los nuevos modelos y perspectivas de atención a las psicosis y a los estados mentales de alto riesgo de psicosis. Partiendo de las aportaciones escandinavas y austrozelandesas, nuestra experiencia es, en buena medida, una aportación a la adaptación a nuestros medios asistenciales y socioculturales de esos otros modelos y equipos que nos han precedido en este trabajo.

Métodos:

Se describen someramente los perfiles o grupos de población diana y los objetivos de la APP.

Para la definición y detección de los estados mentales de alto riesgo (EMAR) hemos tenido en cuenta las aportaciones escandinavas, las del estudio europeo EPOS y las experiencias asistenciales austrozelandesas.

Conclusiones:

La puesta en marcha de tales equipos, dispositivos y estrategias puede conseguir el adelanto en la detección y comienzo del tratamiento, tanto de los pacientes en "Primer Episodio" (PE) como de los sujetos "en Estado Mental de Alto Riesgo" (de psicosis).

Hemos detectado una incidencia en servicio de EMAR de entre 2'4 y 2'7 por diez mil habitantes / año). Del perfil PE o PEP hemos encontrado una incidencia en nuestro servicio de alrededor el 1'1 por diez mil habitantes /año. De MAV (Menores Altamente Vulnerables) hemos encontrado una incidencia en nuestro servicio, de 1'2 por diez mil en la población general (alrededor del 6 por diez mil de la población de riesgo infantil).

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Cullberg, J. Psicosis: *Una perspectiva integradora.* Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2006.Como su título indica, una perspectiva integradora de nuestros conocimientos sobre las psicosis, con gran actualización de su clínica y datos empíricos, extraídos de la práctica asistencial en los sistemas públicos de base poblacional de atención a las psicosis con mayor experiencia del mundo. Con capítulos sobre factores de riesgo y vulnerabilidad, fases y presentaciones de las psicosis y modelos de tratamiento. Johan Cullberg ha sido durante decenios uno de los directivos y supervisores de los programas nórdicos de tratamiento e investigación de los tratamientos de las psicosis en esos países.

Johannessen, J.A., Martindale, B.V., Cullberg, J. (editores). *Evolución de las psicosis: Diferentes fases, diferentes tratamientos.* Barcelona: Herder-3P; 2008. Un libro fundamental para aproximarse a la multiplicidad de enfoques actualizados sobre las psicosis, su génesis, su evolución y sus tratamientos más allá de las acartonadas perspectivas biologistas hoy imperantes en nuestros medios. Incluye estudios sobre la naturaleza de las psicosis, sobre las intervenciones específicas según las fases, sobre los diversos modelos y técnicas, y sobre la necesidad de integración de los mismos.

Edwards J, McGorry P. *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención.* Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004. El modelo australiano de detección y tratamiento precoces de las psicosis y los estados de alto riesgo. Incluye recomendaciones organizativas y prácticas sobre la organización de los servicios con tales objetivos.

Artículos recomendados

Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. Acta Psychiat Scandinavica. 2006; 113: 247-272.

Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. Acta Psychiatr Scandinavica. 2006; 113: 282-273.

Dos revisiones sistemáticas de los estudios realizados hasta el 2006 sobre los estados prodrómicos y de riesgo de psicosis, así como sobre los instrumentos psicométricos y de entrevista comúnmente utilizados.

Tizón JL. Los cuidados democráticos de las psicosis como indicador de democracia social. Atopos: Salud mental, comunidad y cultura 2007; 6: 31-48.

Una presentación de las bases científicas de los nuevos modelos de atención a las psicosis con una reflexión sobre sus relaciones con la coyuntura política y social de los países “tecnológicamente desarrollados”.

BIBLIOGRAFÍA

Para evitar duplicaciones, la bibliografía aparece en conjunto al final del siguiente capítulo.

5. 3. 2. La atención a los pacientes con estados mentales de alto riesgo (de psicosis)

Jorge Luis Tizón

II. EL EAPPP, UN EQUIPO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRADA.

Atenciones específicas de un equipo de atención precoz a la psicosis incipiente y al riesgo de psicosis.

A nuestro entender, un equipo de estas características debe realizar y ha de estar técnicamente preparado para realizar una serie de tareas hoy ya bastante definidas. Muchas de ellas, aunque no todas, cuentan con una comprobación empírica suficientemente aceptable. Sin embargo, el grado o nivel de comprobación empírica de sus cualidades como técnicas es heterogéneo y no podemos aún considerar que los diversos indicadores de su utilidad (eficacia, eficiencia, accesibilidad, seguridad, etc.) se hallen totalmente comprobados según las pruebas empíricas existentes[36-47].

Esquematizando tal vez en exceso, en nuestro caso hemos intentado que el equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis pudiera realizar las siguientes tareas asistenciales específicas como equipo integrado:

A) Detección comunitaria precoz de los tres grupos de sujetos*: Sujetos en riesgo de psicosis (SRP),* sujetos en *"Primer episodio" (PE)* –o, en otra terminología, PI, "psicosis incipiente"– *y Menores altamente vulnerables (MAV).* Es una actividad que debe realizarse en estrecha colaboración con los Equipos de APS, los equipos de urgencias y los equipos pedagógicos, sociales y de las instituciones comunitarias... Incluso este tipo de actividades debería ser evaluado para determinar la posible eficacia y eficiencia de cualquier EAPP. Indicadores para la evaluación podrían ser la incidencia en servicio durante los años anteriores a la creación del EAPP / años siguientes, las tasas de detección confirmadas con SCAN, PANSS, ERIraos y FETZ u otros instrumentos psicopatológicos, variabilidad en la procedencia de los sujetos derivados, etc. En nuestro caso, durante años llegamos a una relación de colaboración sobre el tema con los diversos tipos de equipamientos comunitarios (de salud, servicios sociales y enseñanza) más que satisfactoria mediante cinco tipos de sistemas:

a) Interconsultas periódicas con cada equipo del territorio cada 1 a 3 meses.
b) Difusión y utilización en ellas de herramientas de screning, que hemos ido adaptando de otros equipos internacionales: primero fue el FETZ y, más tarde, el ERIraos[7].
c) Una Jornada de trabajo con todos ellos una vez al año, a la que llamábamos "Jornada Local", para diferenciarla de las Jornadas Internacionales *Baetuale* sobre atención Integral a las psicosis, dirigidas a los profesionales de salud mental especializados.
d) Sistemas de formación "en servicio" tales como seminarios sobre las psicosis y los estados EMAR, los seminarios sobre "Protocolo del niño sano", los seminarios sobre "Observación Terapéutica en la infancia", etc.
e) Talleres sobre salud mental en todos los institutos y en gran parte de los colegios, tanto públicos como concertados, de la zona de referencia.

2. Visitas a domicilio, en el Centro de Atención Primaria, en las instituciones pedagógicas o en el propio Equipo, con el objetivo de establecer el vínculo terapéutico (con el paciente o probable paciente y con la familia). Un equipo

de atención precoz de los EMAR debe estar profesional y técnicamente dispuesto para ese tipo de visitas, así como técnicamente preparado para el encuadre familiar, el encuadre psicoterapéutico individual de la asistencia y el encuadre grupal. Los sistemas de evaluación de estas actividades podrían basarse en la comprobación diagnóstica mediante escalas y entrevistas estándar (ERIE, SCAN, PANSS), índices de falsos positivos/falsos negativos, indicadores de vinculación con el equipo con el fin de poder reevaluar los conceptos y metodología, índice de visitas a domicilio o en el CAP que dan lugar a un "vinculo terapéutico estable", etc.

3. Delimitación, cuanto más temprana mejor, de los grupos globales de pacientes con trastornos psicóticos o pródromos:

Según habíamos detectado en otras experiencias, tanto nacionales como internacionales, a este tipo de equipo probablemente acudirán cinco tipos de pacientes[4, 8, 9, 12, 15, 17, 26, 35]:

En primer lugar, tres grupos de pacientes con lo que la literatura internacional frecuentemente llama ("psicosis no afectivas") [a] y que nosotros, por claridad conceptual, preferimos llamar "psicosis delirante" (PPD) (Tabla 1):

Tabla 1. Psicosis delirantes o "no afectivas" (la agrupación SASPE[30]).

- ESQUIZOFRENIA
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante.
  - Erotomaníaco, Celotípico
  - de Grandiosidad, Persecutorio
  - Somático, Mixto, NE
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado

a. Pacientes "psicóticos" ya cronificados, que acuden al EAPP por error o por desvinculación con respecto a otros dispositivos de la red asistencial correspondiente. Con ellos habría que intentar realizar la vinculación con la USM y el CAP correspondientes.
b. Pacientes con psicosis cuya evolución hacia la cronificación está avanzada. Por criterios de eficiencia y de coherencia con el resto del circuito asistencial, el EAPP debería intentar la vinculación de la familia y el paciente con la Centro de Salud Mental correspondiente y, si el CSMA lo solicita, el tratamiento familiar durante un máximo de un año. Debería también asegurar la coordinación inter-equipos para intentar que se pusieran en marcha programas del tipo del tratamiento asertivo comunitario, "programas terapéuticos individualizados", etc. a cargo de los equipos de su territorio.
c. Pacientes y familias en pródromos, *trema* o inicio del primer episodio psicótico, así

[a] Lo cual no deja de significar un "contrasentido" teórico y, tal vez clínico: se vuelve así a una perspectiva teórica que califica como psicosis tanto las "psicosis delirantes" como las psicosis "maníaco-depresivas", olvidando que el tratamiento integral es enormemente diferente, incluso en sus fases iniciales –y olvidando las repercusiones de poder considerar como "psicosis" a un primer episodio depresivo, por grave que sea. A nuestro entender, la necesidad de "ampliar las muestras" (ante la dificultad de detección precoz de las psicosis delirantes) así como la falta de especialización psicoterapéutica, juegan en esa confusión un no despreciable papel.

como con un primer episodio de psicosis diagnosticado hace menos de 12 meses. En estos casos, el EAPP debería intentar aplicar el programa terapéutico "adaptado a las necesidades" del paciente y su familia en la comunidad. Estimamos la incidencia de este perfil de consultantes en nuestro servicio del 30-40 % de los individuos detectados.

Además, a nuestro entender todo EAPP debería facilitar la detección y comienzo del tratamiento de otros dos grupos de sujetos (figura 1):

d. Los "*sujetos en riesgo de psicosis*" (SRP), el grupo de "atención preferente" y que, según en qué latitudes, se ha llamado UHR (*Ultra High Risk*) o EMAR (*Estado Mental de Alto Riesgo de Psicosis*)[2, 3, 5, 9, 12, 13, 26, 35]: El grupo de individuos sometidos a importantes factores de riesgo y que muestran síntomas más o menos inespecíficos de psicosis (crisis de ansiedad, fobias sociales, consumo de sustancias sin patrón o con patrones muy irregulares, síntomas esquizotípicos y esquizoides, etc). En el caso de este grupo, las tareas de un EAPP deberían ser las de un "seguimiento terapéutico", con aplicación de protocolos "adaptados a las necesidades". Tras el tratamiento adecuado, con una limitación temporal en nuestro caso de entre 2 y 5 años como máximo, se debería proceder a realizar el alta o bien una derivación hacia los equipos de SM y APS de la red según la evolución. La dificultad del enfoque de la atención de este grupo es que aún sabemos poco de su delimitación exacta, los sistemas y medios para su detección, los índices de evolución hacia psicosis, etc.

e. Un quinto grupo de sujetos debería ser delimitado y atendido específicamente por los EAPP de vocación más preventiva: Se trata de los *"menores altamente vulnerables" (MAV)* por acumulación de factores de riesgo, o por acontecimientos vitales, síntomas y trastornos específicos: Hijos de psicóticos, niños que acumulan FR y SA en las revisiones del programa del "niño sano"[28-31], niños detectados por cuestionarios o entrevistas *ad-hoc* tipo CBCL o LISMEN, niños detectados por los diversos servicios sociales, pedagógicos y comunitarios, así como por diversas ONG's especializadas, etc.[29-34]. En este grupo, el EAPP debería asegurar que, con la participación central del Equipo de salud mental infanto-juvenil y/o de trastornos mentales graves en la infancia, se pusieran en marcha con estos sujetos los programas preventivos necesarios y previamente definidos.

La incidencia en servicio estimada, en nuestros cálculos iniciales, era de entre 10 y 30 nuevos pacientes y familias / año / 100.000 habitantes en el caso del grupo PE y de entre 30 y 50 del grupo SRP. Enseguida, nuestra experiencia práctica, en parte sesgada por disfuncionalismos de la red de SM de Barcelona-ciudad, confirmaba la realidad de alrededor de 10 nuevos PE/año, pero hubimos de hacer más exigentes los criterios para definir los EMAR o UHR, pues si aplicábamos los criterios australianos estrictos, quedaban fuera algunos EMAR como "falsos negativos" y, sin embargo, entraban demasiados "falsos positivos" en el grupo. En la tabla 2 aparecen los criterios para la definición de EMAR que hemos tenido que desarrollar para evitar esa avalancha de "falsos positivos" que aparecían si utilizamos los criterios australianos no corregidos. En la tabla 3 aparece el resto de la incidencia en servicio de los diversos perfiles de sujetos a lo largo de los cuatro primeros años de existencia de un EAPP.

Como decíamos, hemos tenido que redefinir el perfil EMAR, siguiendo los criterios UHR australianos, pero modificándolos para disminuir los "falsos positivos". Con ello, hemos detectado una incidencia en servicio de EMAR así definidos de entre 2'4 y 2'7 por diez mil habitantes / año). Definiendo el perfil PE o PEP si el trastorno cumple clínica o psicométricamente los requisitos de primer episodio psicótico y ha sido diagnos-

ticado hace menos de 12 meses, hemos encontrado una incidencia en nuestro servicio, de alrededor el 1'1 por diez mil habitantes /año. Definiendo los MAV (Menores Altamente Vulnerables), fundamentalmente, por cumplir el requisito de acumulación de factores de riesgo (más de 20 factores de riesgo o acontecimientos vitales de riesgo en el LISMEN de su edad) y tener 12 años o menos, hemos encontrado una incidencia en nuestro servicio de 1'2 sobre la población general (alrededor del 6 por diez mil de la población de riesgo).

Tabla 2. Criterios para los Estados Mentales de Alto Riesgo del EAPPP en su aplicación a la Atención Primaria a la Salud Mental (*Criterios derivados de los del EPOS y el EPICC*[13, 17]).

1. *Descenso importante del rendimiento social*. Si utilizamos la escala GAF (*Global Assessment of Functioning*) del DSM-IV, ese descenso ha de ser mayor del 30 % en un año. Pero, para considerar este ítem como positivo de EMAR, tiene que ir acompañado del 2. "*Riesgo familiar":* el sujeto ya manifestaba hace tiempo rasgos de personalidad "rara" (esquizotípica, esquizoide) y/o tiene un familiar directo con psicosis. 3. *Síntomas psicóticos atenuados (APS)***:** *delirios, desorganización conductual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad o suspicacia/perjuicios* que se manifiestan a días u horas y con una intensidad que no acaba de desbordar las capacidades de juicio de realidad del paciente. 4. *Síntomas psicóticos intermitentes breves (BLIPS):* Los síntomas son ya más claros, más graves, rompen manifiestamente el juicio de realidad, aunque no se mantienen más de una semana. 5. Resultado positivo en los *cuestionarios de cribado* para detectar estamentales de alto riesgo (EMAR), como por ejemplo, el ERIraos.
6. *Acumulación de factores de riesgo* (recogidos clínicamente), según los enumerados en el programa preventivo en salud mental del PAPPS, según el Programa del Niño Sano, o con cuestionarios "ad hoc" como el LISMEN. 7. Desvinculación de las redes asistenciales regulares mientras que la situación la conocen *dispositivos de alta especialización*, tales como servicios de urgencia hospitalarios, servicios de urgencia psiquiátricos, equipos psicopedagógicos, equipos de servicios sociales especializados, equipos de justicia y bienestar social... 8. *Familia desestructurada, "en mosaico" y/o con funciones parentales gravemente deficitarias.* 9. *Perturbaciones cognitivas* (o consecuencias de las mismas) que facilitan el abandono del trabajo o la escolaridad.
Deben coexistir al menos 4 de los 8 criterios (entre ellos, al menos 2 de los 4 primeros).

Tabla 3. Perfiles y diagnósticos del total de pacientes atendidos en el EAPPP en 4 años (2006-2010).

PERFILS	Incidència por 10.000	DIAGNOSTIC final	N (Total=242)	(%)
PEP (36)	1'1	Esquizofrènia	17	7,02%
		Tr. Esquizofreniforme	3	1,24%
		Tr. Esquizoafectiu	2	0,83%
		Tr. Delirant	2	0,83%
		Tr. Psicòtic Breu	5	2,07%
		Tr. Psicòtic No Especificat	7	2,89%
EMAR (86)	2'7	Trastorns de l'Ansietat	19	7,85%
		Trastorns de l'espectre Psicòtic	6	2,48%
		Trastorns de l'estat d'Ànim	15	6,20%
		Trastorns de la conducta i Control d'Impulsos	40	16,53%
		Altres	6	2,48%
MAV (38)	1'2	Trastorns de l'Ansietat	4	1,65%
		Trastorns de l'espectre Psicòtic	4	1,65%
		Trastorns de l'estat d'Ànim	3	1,24%
		Trastorns de la conducta i Control d'Impulsos	22	9,09%
		Altres	5	2,07%
Otros (82) (familiares directos, pacientes difíciles de derivar de entrada...)	2'3	Trastorns de l'Ansietat	16	6,61%
		Trastorns de l'espectre Psicòtic	8	3,31%
		Trastorns de l'estat d'Ànim	28	11,57%
		Trastorns de la conducta i Control d'Impulsos	14	5,79%
		Altres	16	6,61%
TOTALES			242	100%
Activos a dic/2010			113	46'69%

El desarrollo de estas actividades de "atención al perfil delimitado en el plan funcional" podría estar fundamentada en la utilización sistemática de:

1) Una capacidad diagnóstica clínica cuidadosa, lograda mediante personal especializado en este tipo de pacientes y supervisada.
2) Reuniones de evaluación de los equipos e inter-equipos.
3) El uso de escalas de evaluación y entrevistas estructuradas o semi-estructurados que ya hemos nombrado: PANSS, SCAN, ERIraos, calidad de vida, etc. y de entrevistas tipo CAARMS, SIPS-SOPS o EASE, al tiempo que los criterios EMAR propios del equipo, que incluíamos en la tabla 2[35, 26].

Para la evaluación, habría que estudiar a lo largo del tiempo las tasas de incidencia y prevalencia en servicio y en población de riesgo, vinculación y adherencia a los diversos tipos de tratamientos por cada perfil, las tasas de abandonos, los cambios conseguidos en cada cohorte con los diversos tratamientos combinados o "de-construidos", etc. Al tiempo, sería útil disponer también de las tasas de vinculación a los EAPP de cada uno de los grupos, según sus características psicopatológicas y los tratamientos utilizados, así como de las tasas posteriores de vinculación y uso del resto de los servicios de la red de salud mental (primarios, secundarios o terciarios).

Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales:

Siguiendo las enseñanzas de los servicios nórdicos, pero también nuestra propia experiencia, creemos que los equipos de detección y atención precoz de EMAR deben realizar alguna forma de lo que Alanen y colaboradores llamaron "Tratamiento adaptado a las necesidades del paciente", que nosotros hemos desarrollado como TANC (*tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad*)[48, 5]. Consiste en selección y adaptación, para cada paciente y familia concretos, de las siguientes modalidades de tratamiento, en combinaciones singularizadas (tabla 4):

Tabla 4. Técnicas terapéuticas incluidas en el Tratamiento Adaptado a las Necesidades del paciente su familia en la Comunidad (TANC).

	Actividades del *T.A.N.C. (Tratamiento Adaptado a las Necesidades del paciente y su familia en la Comunidad)*
	Psicoterapia psicoanalítica (o cognitivo-conductual, según el EAPP) si está indicada y el paciente acepta.
	Grupo psico-educativo o Taller psico-educativo de 2-3 sesiones prolongadas.
	Psicofarmacología integrada en la "Terapia combinada"
	Grupo multifamiliar
	Entrevistas familiares periódicas (cada 3-4 semanas) y a petición del Equipo o de la familia
	Dispositivo de "Atención abierta"
	Atención semiprofesional-semiprofana a cargo de enfermería, educador social, educador de calle, delegado de atención al menor, acompañante terapéutico…
	Rehabilitación cognitiva y/o Terapia de habilidades sociales para el paciente y/o Orientación sociolaboral
	Programa "Hijos de" y otros programas preventivos.
	Grupos de Ayuda Mutua

4.1. *Tratamiento psicoterapéutico "adaptado a las necesidades" (del paciente y la familia):* Seleccionando, en función del paciente y su familia y en función de la preparación del equipo, varias de las siguientes técnicas[37-49]: talleres psicoeducativos multifamiliares y/o grupo psico-educativo, psicoterapia individual y/o psicoterapia grupal de los pacientes, terapia de resolución de problemas y grupo de habilidades sociales, otras terapias cognitivo-conductuales concretas, atención psicoterapéutica familiar (psicoanalítica o sistémica) y/o grupo paralelo de familiares de pacientes y/o grupo multifamiliar, ayuda psicoterapéutica a la pareja parental en el caso de MAV, centrada en los propios padres como pacientes o bien aceptando (provisionalmente) el modelo de "atención a los padres a través del hijo"[50], etc.

4.2. *Ayudas psicosociales*: En colaboración con el trabajo, la institución escolar, los servicios sociales e instituciones sociales... En el propio equipo posiblemente habría que poner en marcha ayudas del tipo "terapia de resolución de problemas sociales" y "grupo de habilidades sociales", educadores sociales y/o acompañantes terapéuticos.

4.3. *Tratamiento psicofarmacológico* con dosificaciones prudentes que permitan realizar el resto de la terapia combinada, según los modelos expuestos primero por los autores escandinavos[2-4], más tarde, por gran parte de las guías clínicas sobre psicosis incipiente[37-48], y perfiladas por nosotros para el caso de los EMAR[49, 26]. En esquema:

4.3.1. Para los pacientes con PI, si se precisan neurolépticos, uso prudente, delimitado en el tiempo y a dosis bajas; medicación tan sólo sintomática y/o benzodiacepinas, si existen los medios humanos y técnicos para realizar las diversas formas de psicoterapia (individual, familiar y grupal) que son imprescindibles en este tipo de pacientes, asegurando una contención suficiente del paciente y su familia.

4.3.2. Para el grupo EMAR, utilización de psicofármacos tan sólo si son imprescindibles, guiados por el diagnóstico clínico y no por la sospecha de psicosis, y a dosis que permitan respetar las capacidades emocionales y cognitivas de los pacientes de forma que las diversas formas de psicoterapia puedan ser activas. Eso ha significado, en nuestro caso, que entre el 30 y el 50 por ciento de los pacientes en EMAR no recibían tratamiento psicofarmacológico continuado, según los años considerados[b].

Los sistemas de evaluación de estos tres tipos de actividades terapéuticas son mucho más conocidos y aparecen en la bibliografía internacional[11, 12, 22, 35, 37-48, 51]. Sin embargo, para asegurar la eficacia, eficiencia y efectividad de los EAPP habría que adaptar esos sistemas a nuestras realidades, tanto sociales como asistenciales. Por ejemplo, para evaluar la eficacia de las medidas psicosociales en casos no-psicóticos (SRP o EMAR) podrían utilizarse las tasas de vinculación con el CAP o USM, el GHQ y escalas psicopatológicas, escalas

---

[b] De ahí que, personalmente, haya propuesto complementar el concepto de DUP *(Duración de la psicosis no tratada)* con el más estricto de DPUP *(Duración de la Psicosis Psicosocialmente no tratada),* pues es la introducción precoz de las terapias psicológicas y psicosociales y no del tratamiento farmacológico unidimensional, lo que, en mi experiencia, marca la diferencias en la evolución de las diversas cohortes tanto de EMAR como incluso de PE. Para los primeros, recomiendo además considerar la noción de D-EMAR *(Duración del estado mental de alto riesgo)* en su estudio y adaptaciones de las terapias: mayo duración del EMAR suele significar mayor cronicidad, limitación de las evoluciones positivas y mayores dificultades terapéuticas.

de rendimiento tipo GAF y calidad de vida tipo Lancanshire o QLS, etc. En los casos de "primeros episodios" (PE) o de psicosis incipiente (PI), la eficacia y demás indicadores de calidad podrían evaluarse a través de indicadores funcionales, tales como los Índices de vinculación, índice de aceptación de los diversos tratamientos individuales, índice de aceptación de los diversos tratamientos grupales, evolución psicopatológica (GAF y Escalas de calidad de Vida, PANSS, Índices de adaptación social...), tasas de ingresos hospitalarios con comparación grupo de intervención / grupo control, dosis psicofarmacológicas y costes en este y otros capítulos…

5. Seguimiento clínico y mediante protocolos de investigación empírica de la cohorte "Grupo de intervención" (entre tres y cinco años):

Teniendo en cuenta las limitaciones económicas y organizativas de nuestro sistema sanitario, así como el ahorro en costes que puede significar una atención precoz de este tipo de pacientes, tanto la experiencia nórdica como la propia del EAPPP corrobora nuestras propuestas iniciales de duración de los tratamientos: un mínimo de 2-3 años de tratamiento integral para los estados EMAR y un mínimo de 5 años para los Primeros episodios[1-5].

Piénsese que un tratamiento integral de este tipo, aún sin ingreso u hospital de día, puede suponer entre 4 y 5 horas semanales de dedicación profesional por paciente y por familia (tabla 5), una dedicación profesional importante, aunque mucho menor que la de los servicios de internamiento y "hospital del día". Nuestra experiencia es que, por un lado, resulta una exigencia básica para un tratamiento mínimamente integral e intensivo. Pero es que, en segundo lugar, los "milagros" iniciales que prometían ciertas intervenciones precoces con números reducidos de sesiones, utilizando técnicas supuestamente "ultra-activas", ya han ido mostrando progresivamente su ineficacia y su no sostenibilidad: los resultados de muchas de estas terapias breves sobre las psicosis ¿alguien pensaba que podrían mantenerse más allá de los seis meses o de los dos años? Parece que sí, pero pronto la experiencia y las investigaciones ha venido a "despertar del sueño" a quienes así pensaban: Para desarrollar una psicosis se necesitan años o decenios de trabajo anti-integrativo (y los autores sistémicos, a menudo añadían que "al menos dos generaciones"). Terapeutas e incluso investigaciones supuestamente empíricas ha habido que prometían revertir ese "trabajo" en 20 sesiones o en seis meses de "maravillosos tratamientos": Un aserto que no era sostenible ya inicialmente, pero que ha necesitado de estudios empíricos para disminuir la desaforada idealización de algunas de las técnicas terapéuticas utilizadas en este tipo de situaciones.

Por eso un EAPP, dependa funcionalmente del servicio que dependa (Atención Primaria, Servicios Comunitarios de Salud Mental, Hospital de Día, Residencia para crisis…), deberá organizar su trabajo de forma que pueda proporcionar ese tratamiento integral e intensivo durante al menos esos 5 años y un seguimiento posterior de, como poco, varios años más, tal vez a cargo de equipos más "normalizados" de la red. Eso significa para cada EAPP una acumulación progresiva de pacientes entre los años 5 y 10 de su funcionamiento, que habrá que tener en cuenta tanto de cara al personal, como a las instalaciones y los ritmos asistenciales y laborales. En cinco años, el EAPPP había llegado a tratar a un total de 242 pacientes, todos ellos graves, incluidos los "no perfil". Aplicábamos los tipos de tratamientos que aparecen en la tabla 4. Desgraciadamente, con cierta frecuencia, para el paciente y para el EAPPP era menos arriesgado que el familiar que influía directamente en su cuadro clínico fuera tratado en nuestro equipo que comenzar su a veces difícil peregrinar de servicio y servicio en una red sanitaria tan atomizada, parcializada y sectarizada como a menudo resulta la red de salud mental española.

Tabla 5. Estimación de la dedicación horaria de "atención directa" que supondría cada paciente atendido por el EAPPP (máximos) en el caso de que su tratamiento tipo TANC incluyera todas las modalidades individuales y familiares

Tipo de terapia	*Frecuencia de las sesiones / entrevistas*	*Tiempos por semana equivalentes por paciente en horas o fracciones*
Entrevistas familiares	Quincenal	*0'5*
Psicoterapia individual	Una-Dos sesiones por semana	*1-2*
Psicoterapia grupal	Semanal, 4- 8 pacientes	*0'25*
Grupo multifamiliar	Quincenal, 4 pacientes y sus familias	*0'25*
Grupos Psicoeducativos	Semanal, 4-8 pacientes, 6 sesiones	*0'12 horas anuales*
Terapias cognitivas, de Rehabilitación y TRP	Semanal	*1*
Entrevista psiquiátrica	Quincenal	*0'5*
"Acompañante terapéutico" o similares + "Clínico referente"	2 o más contactos por semana	*2*
Tiempos TOTALES		*4'5 – 6'62 horas/ semana/paciente o familia (de asistencia directa).*

Para este apartado, el sistema de evaluación debería basarse en la comparación grupo control *versus* el grupo de intervención, por ejemplo, en los siguientes apartados: Tasa de ingresos en dispositivos hospitalarios, secundarios y terciarios, medicación, dosis, costes farmacológicos, costes de otros tratamientos, escalas de calidad de vida del paciente y sus allegados, número de episodios psicóticos agudos o subagudos (ERIE-IRAOS), tasa de transición a psicosis, GAF o nivel de funcionamiento global, días de baja, enfermedad y pensiones del resto de la familia, etc.

6. Actividades de Coordinación:
Al menos, será imprescindible una coordinación estrecha y un trabajo en red con el Centro de Atención Primaria y el Centro de Salud Mental correspondientes, el Circuito asistencial de adultos correspondiente, y los equipos de TMS (trastorno mental severo), PSI o Asertivo-Comunitario si existieran, los dispositivos de enseñanza y el Programa de *Salut i Escola*, los dispositivos de Servicios Sociales, incluídos los servicios sociales de

justicia y atención al menor... El resultado, en nuestro equipo, era de más de 50 reuniones de coordinación periódicas anuales con diversos dispositivos –sin contabilizar entre ellas las interconsultas por pacientes o familias concretas, mucho más numerosas.

Los indicadores para la evaluación en este apartado podrían provenir de índices como los siguientes: Tasa de reuniones / pacientes atendido, Índice de reuniones con planes asistenciales concretos para pacientes concretos / número de reuniones, actas documentadas de cada reunión, etc.

Además, un apartado fundamental del trabajo de estos equipos, al menos inicialmente, es la difusión de este tipo de conocimientos entre la población general, como forma prioritaria, aunque poco utilizada, de sensbilización sococultural y de prevención primaria y secundaria. Todo equipo de APP debería estar dispuesto a realizar actividades en los medios de comunicación, espacios públicos y empresas de publicidad, según el modelo australiano, finlandés, holandés o alemán[51,c].

7. Puesta en marcha con estas familias del "Programa preventivo para hijos de pacientes con diagnóstico de TMS" según criterios expuestos anteriormente[61, 31, 42, 50], un trabajo estrechamente ligado con el que ha de realizarse para la detección precoz de la acumulación de factores de riesgo en determinados niños y familias del territorio[50-61].

8. Actividades de formación y supervisión: Cuidado de los cuidantes

La formación específica y la supervisión son elementos básicos no sólo para la calidad de la asistencia, sino para asegurar disminuir en lo posible el inevitable "desgaste profesional" del personal de este tipo de equipos. En ese sentido, habría que asegurar que los EAPP, por separado o agrupados, pudieran realizar los siguientes tipos de supervisiones y actividades formativas:

1) Supervisiones de la orientación clínica global de los pacientes.
2) Supervisiones de las psicoterapias individuales.
3) Supervisiones de las terapias familiares y técnicas grupales.
4) Supervisiones de las técnicas psicoeducativas, cognitivas y de resolución de problemas.
5) Formación específica y estancias en servicios similares escandinavos, británicos, alemanes, norteamericanos o australianos, etc.

Dichas supervisiones o "grupos de reflexión", si están bien realizadas, cumplen con el doble papel de formación continuada y contención emocional de los equipos que trabajan en un campo tan conflictivo, difícil y emocionalmente desgastante. Nuestra percepción actual es que no debería trabajar de forma fija en estos servicios ninguna persona que no admitiera alguno de esos tipos de supervisión de su trabajo clínico concreto. Tal afirmación se halla en relación directa con otro tema general a discutir: Cuál debería ser la duración del compromiso laboral (y vital) con estas formas de trabajo de la atención integral a las psicosis, tan emocionalmente desgastantes: Es dudoso que deban mantenerse períodos de trabajo mayores de 5-10 años sin un desgaste personal y sin tendencia a las estereotipias profesionales-relacionales. Y ya sabemos que ese desiderátum plantea problemas para nuestros sistemas de salud (mental), tales como su rigidez y falta de posibilidades de movilidad dentro del sistema. Pero ya es hora que se planteen seriamente. Y no sólo por la particularidades de este trabajo, sino, por ejemplo, también para tener en cuenta el tema mucho más amplio del "desgaste

[c] Decimos "dispuesto a realizar actividades" en esos medios, en el bien entendido de que, en nuestra deteriorada democracia parlamentarista, esos medios casi nunca son prestados para este tipo de fines preventivos, y han quedado absorbidos por la dedicación al negocio privado cortoplacista, dudosamente democrático pues, de esa forma, no atiende a las necesidades de la población, que son las necesidades de cualquier democracia.

profesional" o *burnout* de nuestros profesionales de SM y APS.

Tal vez un objetivo a medio plazo sería avanzar hacia una formación integrada y específica, por ejemplo, según el modelo finlandés[3, 4]: un sistema de formación integrado de postgrado, interdisciplinario, sobre "Atención Integral al Paciente Psicótico". Tal programa docente, integrado en la "carrera profesional", podría pivotar en el personal docente de diversos EAPP, en profesorado universitario especializado y/o en formadores extranjeros, con el fin de constituir uno o varios grupos de formación para estos temas super-especializados.

9. Actividades docentes:
La docencia en este tipo de equipos y dispositivos posee también un doble papel: por un lado, asegurar la difusión de las experiencias y la formación en este tipo de tareas y asistencia; por otro, ayudar a disminuir el "desgaste profesional" de los miembros de los equipos.

10. Actividades de Investigación:
Los primeros equipos de estas características deben concebirse asentados directamente sobre la investigación continuada de su trabajo y desarrollo. Para ello, habrá que introducir desde el principio el personal o el apoyo especializados adecuados, a ser posible formado previamente en el ámbito de investigación comunitaria de los trastornos psicóticos.

La inclusión de la investigación como tarea indispensable de estos equipos, al menos de los iniciales, se fundamenta en la necesidad de evaluar su eficacia, eficiencia y demás indicadores de calidad, pero también como otro de los medios tanto para asegurar la eficacia y eficiencia de su trabajo, como para reducir el "desgaste profesional" del personal de dichos equipos. Se trataría de que dichos equipos realizaran investigación al menos en cinco direcciones fundamentales: 1) Investigaciones "longitudinales" del funcionamiento del equipo y el proyecto. 2) Investigaciones específicas, tales como la de evolución biológica, psicológica y social de la cohorte en tratamiento a lo largo de los años en comparación con grupos de control y la evolución de los hijos de dichos pacientes en comparación con el grupo control 3) Investigaciones sobre la realidad de la vida cotidiana de ambos grupo de pacientes de estas características en nuestras sociedades. 4) Investigaciones sobre modelos y técnicas asistenciales y 5), otras investigaciones (en nuestro caso, hemos comenzado una serie de investigaciones sobre "estilos de apego" y variaciones en los mismos en los tres perfiles de pacientes).

2. Discusión: algunos descubrimientos renovadores o inesperados

Trabajando con esa orientación a lo largo de seis años hemos llegado a recibir un gran apoyo y colaboración tanto de las familias como de gran parte de los profesionales de las redes comunitarias, sanitarias, pedagógicas y de servicios sociales. Precisamente la red con la que más problemas hemos padecido ha sido la red de salud mental. A nuestro entender, posiblemente por el biologismo y hospitalocentrismo que, en la práctica, ha dominado dicha red en Catalunya en los últimos años, y que, incluso por motivos estrictamente económicos, sólo puede conducir hacia un replanteamiento global del sistema, espoleado por la crisis social y económica mundial iniciada en el 2008.

Algunos de los resultados de nuestro trabajo han sido publicados en revistas nacionales, internacionales o como prólogos a la colección de 3P ("Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis", de la editorial Herder). Una parte de dichos trabajos figuran en la bibliografía adjunta. Otros han resultado tan sorprendentes y renovadores que aún no hemos podido integrarlos y estudiarlos con suficiente profundidad, por lo que los ofrecemos aquí simplemente como meras descripciones, con el interés de que

puedan servir como acicate para estudios o trabajos por parte de otros equipos.

Aportaciones acerca de los diversos tipos de ayuda:

En este campo, nos ha parecido un descubrimiento o una aportación de nuestro trabajo de los últimos años la importancia de la psicoterapia individual en este tipo de pacientes. Los sujetos que la han realizado con suficiente profundidad y suficientes años, en nuestra experiencia clínica tienen una evolución muy diferente al resto de pacientes con psicosis: Su deterioro, aislamiento social y desadaptaciones socio-laborales y en las relaciones sociales y afectivas son mucho menores. Está claro que la muestra pueda estar sesgada hacia pacientes más "esquizoafectivos" o con mayor *insight* ya inicialmente, pero es que, además, esa psicoterapia ha de estar realizada por terapeutas muy especializados y formados en el tipo de terapia a realizar. Sus modelos y prácticas, además, han de estar adaptados al tipo de pacientes y de encuadre de los diversos EAPP[71-80].

En igual sentido, hoy estamos convencidos de la máxima importancia de las ayudas familiares, un asunto clave en la asistencia a los pacientes en riesgo de psicosis, pero igualmente importante con los pacientes con psicosis ya diagnosticada. En el mismo sentido podríamos hablar de las técnicas grupales, pero sin que eso suponga traspasar todo el hincapié del tratamiento a las mismas, por temor, falta de formación o prejuicios con respecto a la psicoterapia individual para este tipo de pacientes. Recordemos que, tanto en la versión psicoanalítica como, más aún, en su versión cognitivo-conductual, la psicoterapia individual con este tipo de pacientes cuenta con gran número de estudios e incluso metaanálisis a su favor[11, 49, 51, 78-80], aunque a veces se omitan o se nieguen abiertamente esos datos.

En el campo de las terapias psicológicas de diverso tipo, a día de hoy creemos haber podido comprobar, al menos inicialmente, la importancia de todos los aspectos que señalábamos en la tabla 6, que realizamos ya inicialmente, para la presentación del plan funcional de nuestro equipo.

A nivel más técnico-asistencial, nuestra experiencia nos ha llevado a una revalorización de las visitas domiciliarias, bien ocasionales, bien sistemáticas, para este tipo de pacientes, a la importancia de administrar muy prudentemente la medicación en los primeros episodios (según dicen las guías internacionales sobre el tema, pero no según practican nuestros servicios nacionales), y a la posibilidad de no utilizar medicación en más de un tercio de los casos EMAR, pues no es la parte fundamental del tratamiento de tales estados.

Nos ha resultado igualmente sumamente digno de mencionar el valor añadido en el ámbito de la APP que ha significado la práctica de los así llamados "grupos psicoeducativos"[37-48] orientados por nosotros según el modelo de "grupos focales": A nuestro entender, han supuesto importantes aportaciones clínicas para el cuidado de los pacientes y sus familias (por sí mismos y como facilitadores de otras actividades psicoterapéuticas y psicosociales)[23].

Nos parece también un asunto clave hoy el trabajo de "enfermería adaptada" en este tipo de equipos, así como lo imprescindibles que resultan los "acompañantes terapéuticos", monitores o educadores sociales para realizar ese trabajo que definimos como "semi-profano" o "semi-profesional", imprescindible con este tipo de pacientes.

Cuestiones pragmáticas y organizativas

En este sentido, habríamos de incluir otro tipo de aportaciones más bien pragmáticas, como la importancia del "clínico referente", en tanto que integrador de las diversas perspectivas y tareas para cada paciente y familia, diferenciándolo del "clínico principal" (el que más frecuentemente ve al paciente) y del "psicoterapeuta", de forma que el encuadre de la psicoterapia individual quede debidamente preservado.

Tabla 6. Bases de la Terapia combinada "adaptada a las necesidades" (del paciente y la familia en la comunidad)[5, 49]

ALGUNAS ELEMENTOS TÉCNICOS BÁSICOS del Tratamiento adaptado a las Necesidades del Paciente y su Familia en la Comunidad en un EAPP.
I. ES IMPRESCINDIBLE el tratamiento o ayuda psicológica al GRUPO FAMILIAR (y microsocial) o, al menos, la realización de entrevistas familiares periódicas "higienizadoras" y "de contención". II. Es preciso plantearse desde el principio la posibilidad de TÉCNICAS GRUPALES, tanto con la familia y la familia extensa como con el grupo microsocial y elementos de la "red social". III. Explorar, valorar e integrar las ayudas a través de la RED SOCIAL y para la reconstitución (adaptada) de tal red y de los "niveles extrapersonales para la contención" (49,50) IV. Hay que poner en común desde el principio el apoyo de un psiquiatra, el lugar del eventual ingreso, y quién y cuándo dará la indicación de ingresar. V. El uso de PSICOFÁRMACOS ha de realizarse priorizando los tratamientos psicológicos (por lo tanto, de forma muy diferente a la habitual), en especial en los primeros "episodios".
VI. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL (de diversos tipos y con una adaptación del tipo de tratamiento al paciente concreto). VII. Hay que explorar y realizar el tratamiento o la rehabilitación de los déficits neurocognitivos, relacionales y sociales concretos del paciente. VIII. Los terapeutas necesitan ESPACIOS DE ELABORACIÓN sistemáticos y periódicos (para la contención de sus propias ansiedades).

También habría que destacar la gran importancia que adquiere el poseer una recepción del servicio adecuadamente formada y sensibilizada. Ello conlleva las discusiones subsiguientes con la órganos gerenciales y sindicales en el caso de servicios públicos como el nuestro (discusiones que son inevitables si queremos exigir la adecuada selección y formación del personal de los EAPP).

Querríamos al menos mencionar aquí también las frecuentes sorpresas que nos hemos llevado al poder valorar la importancia de lo que nosotros llamamos "quinto y sextos niveles para la contención" y disponer medios para trabajarlos: nos referimos a la red social (profana) y el trabajo[49-50]. Las relaciones laborales y la estructuración que proporciona un trabajo adaptado a la situación del paciente (y adaptado a su evolución no necesariamente significa "protegido") es el "medicamento principal" de la psicosis. Ello no hace sino sacar a la luz el gravísimo hándicap que ya aquejaba a nuestro "estado de medioestar" en este ámbito. El ataque y derribo sistemático del mismo por parte de los especuladores transnacionales no hará sino empeorar el futuro, contribuyendo de forma decidida a la cronificación de estos pacientes, al arrasar con sus ya escasas posibilidades de integración laboral.

Pero incluso en países mejor dotados en este ámbito, todo ello no hace sino realzar la importancia del "trabajo en red" y, por lo tanto, el tener muy en cuenta el conjunto de disposiciones que cuidan ese tipo de trabajo, de las que hablábamos más arriba. El trabajo "en red" y, más en concreto, acercándose lo más posible a la "Unidad Fun-

cional" en los casos más complejos[81, 82], es imprescindible para poder aplicar el TANC.

En este campo, desearía destacar aquí la importancia para todos los EAPP de supervisar la relación paciente-familia-terapeutas como un triángulo relacional básico. Pero sin olvidar que, tanto para el trabajo en grupos, como para el resto del TANC (*tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad*), hay que cuidar especialmente la acumulación de casos en cada terapeuta y en los "clínicos referentes": Al cabo de cinco años estábamos trabajando con una acumulación de casos entre dos y tres veces mayor que los equipos australianos o escandinavos y con la convicción de estar cerca de los límites máximos para realizar tratamientos mínimamente integrales (en nuestro caso, cada clínico referente" podía estar centralizando la información de 5 a 10 pacientes con psicosis incipiente y más de 20 entre EMAR y MAV). Y para realizar bien este tipo de trabajo, con un mínimo de eficacia y efectividad, se necesita no sólo formación, actitud personal y supervisión, sino también tiempo suficiente para reflexionar, para contactar y reconectar, para inter-consultas, para pensar con y sobre el paciente y su familia...

En el mismo ámbito pragmático hemos de destacar la sorpresa que para nosotros ha significado el uso sistemático de pruebas psicométricas y exploraciones protocolizadas. Al ser el EAPPP un servicio piloto para el ICS, teníamos que cumplir con todos los requisitos de pruebas complementarias y protocolización de las mismas exigidas en la bibliografía y las guías internacionales[37-48], tanto de tipo biológico, como psicológico y psicosocial. Eso podía llevar a una complejidad importante del proceso exploratorio, puesta de relieve, por ejemplo, en la tabla 7. Es natural que poseyéramos ciertos temores asistenciales: ¿Qué podría suponer "someter" a tanta prueba e investigación a los consultantes y sus familias? ¿Hasta qué punto ello puede hacerles revivir de sus ansiedades persecutorias o empeorárselas? Eso, unido a los temores propios de toda entrevista en salud mental: causar molestias y sufrimientos adicionales o no adecuados para el momento de la evolución, invadir intimidades y vidas privadas, aumentar los conflictos paranoides ya por definición sobredimensionados… Afortunadamente, podemos decir que el uso de tales pruebas, administradas de forma adecuada, con una actitud profesional pero empática, explicadas previa y posteriormente, no ha conllevado ningún problema para los pacientes y sus familias, sino antes al contrario. Sentían que estaban bien explorados y, por lo tanto, bien cuidados, que nos preocupábamos de ellos globalmente, no parcializadamente, y que, incluso como nos decía un joven en psicosis incipiente, *"esos test que me pasa me ayudan a pensar en mí mismo, a tener una idea de cosas de mi vida que nunca antes había pensado"* (en una clara alusión a cómo determinadas pruebas psicológicas como el LISMEN, bien utilizadas y administradas, pueden suponer incluso una aportación a la reintegración del self, tan necesaria en este tipo de pacientes).

En ocasiones, las personas citadas expresamente para responder a un cuestionario o escala, pueden acudir al servicio aunque ya lleven un tiempo desvinculadas, agradeciendo explícitamente el que exista ese interés por ellos. En definitiva que, como en otros aspectos de este tipo de trabajo, la perspectiva científica y técnica del mismo no está reñida, sino que se halla en la base de una atención integral, es decir, de un sistema de cuidados que tenga en cuenta los ámbitos biológicos, sociales y psicológicos de los pacientes y sus familias, pero con especial dedicación al mundo interno de unos y otros[3, 49, 79, 80].

3. APROXIMACIÓN A LA EFECTIVIDAD (EFICACIA EN CONDICIONES REALES) Y A LOS COSTES

En definitiva: Tanto los trabajos internacionales más avanzados como el nuestro propio muestran que es posible la detec-

Tabla 7. Manejo de las Bases de datos del EAPPP

Descripción	Quién rellena los documentos	Límites temporales Clínico/Secretaría		En caso de problemas la decisión es de
Registro de casos	Clínico Pral	3ª visita	En la semana	Clínico Ref
Ficha de Estadística Asistencial	Clínicos	En el día	En la semana	Clínicos
EMAR	Clínico Referente	En 4ª visita	Esa tarde	Referente
GAF	Clínicos	Por visita	En la semana	Ref
PANSS	Clínico Principal	2 por año	Junio/dic	Ref
ERIraos	Clínico Pral	1ª visita	Esa tarde	Ref
GHQ	Pte . y fam	En el día	En la semana	Ref
EADG	Clínico Referente	1v/año	En la semana	Ref
LISMEN	Clínico Referente	Previa al TANC	Mayo, junio, oct,dic	Ref
SIPS/SOPS	Enfermería o Clínico Ref	Previa al TANC	Esa tarde	Ref
QoL	TS	1v/año	Junio/dic	TS
Kidscreen	TS	1v/año	Junio/dic	TS
Revisión de las Bases de datos		Secretaría	Revisión semanal	Director

ción y tratamiento de pacientes en riesgo de psicosis, definidos según los criterios internacionales. Estos pacientes, en su mayoría, aceptan el tratamiento y evolucionan favorablemente. Un porcentaje evolucionan hacia la psicosis clínica (4 de 42 en nuestro estudio de dos años[52], y alrededor del 30 % en otros estudios internacionales). Es decir, que la mayoría de los EMAR detectados como tales no evolucionan hacia psicosis, al menos los que están recibiendo un tratamiento tipo TANC. Además, en el momento actual estamos en condiciones de afirmar que la mayoría de los que detectamos mejoran de forma importante a nivel clínico y psicométrico[26], aunque no se pueda asegurar qué porcentaje de los detectados iban a evolucionar hacia la psicosis.

En cuanto a los costes, es decir, a la eficiencia y efectividad de ese tipo de servicios, ha sido estudiada en profundidad y sigue siendo estudiada por ejemplo por el *London School of Economics* en colaboración con el *London Institut of Mental Health, y* con resultados contundentes con respecto a la necesidad de este tipo de servicios[83-85,19-21]. Como ilustración, en un estudio realizado en el Reino Unido en 2006,

Mangalore, Knapp et al.[21] cifraron el coste directo e indirecto por cada paciente con psicosis/año en 54.596 libras esterlinas (65.164 Euros). Teniendo en cuenta que el coste del primer servicio integral español, el EAPPP del ICS de Barcelona, era en ese mismo año de 380.000 Euros, en capítulo I y Capítulo II (para 100.000 habitantes), eso significa un monto económico similar a las siguientes situaciones:

1) Evitar la "carrera esquizofrénica" de entre 6 y 12 pacientes cada 10 años. Los pacientes atendidos por el EAPP también seguirán consumiendo recursos, aunque mucho menores: Por eso consideramos, prudentemente, pensar que los costes pueden equilibrarse con 12 y no seis pacientes, que sería la equivalencia directa, y no contando año a año, sino en períodos de 10 años de esos pacientes (en el bien entendido que hemos atendido a alguna paciente y familia cuyo consumo de urgencias y fuerzas de orden público era ya mayor que todo nuestro presupuesto anual; y a más de uno que consumía en recursos terciarios buena parte de nuestro presupuesto anual). Además, también los costes del EAPPP para los pacientes con psicosis son mucho menores que la media en Catalunya, sobre todo a costa de ingresos y medicaciones, e incluso menores que los estudiados en UK.
2) En el mismo sentido, y coincidiendo con los estudios británicos y australianos, es evidente que ese presupuesto de un EAPP, según nuestros estudios (EAPPP: Memorias 2009 y 2010) puede quedar amortizado aproximadamente con la evitación de entre 120 y 480 días de ingreso /año (entre 12 y 48 pacientes con ingresos de diez días).
3) O con el tratamiento integral de entre 39 y 80 pacientes que gasten en fármacos la mitad de lo habitual en nuestros medios (en nuestra muestra los pacientes EMAR consumen la tercera del gasto en fármacos que pacientes supuestamente equivalentes tratados "as usual", según hemos podido recoger anamnésticamente)[85].
4) O evitando que estén de baja prolongada o invalidez entre 8 y 21 pacientes al año.

Pero, a pesar de que esos datos hablan claramente de la eficiencia de tales programas; a pesar de que la mera existencia y desarrollo de los mismos y, sobre todo, de sus equivalentes en otras latitudes, hablen suficientemente de su eficacia y efectividad, como profesionales y como ciudadanos no hemos de detenernos en ese tipo de argumentos. El otro fundamento y objetivo de dichos programas ha de ser conseguir una atención más próxima y humana a esos pacientes y sus familias, una atención basada en las nuevas técnicas ya conocidas y nuevas formas de integrarlas, una atención más vivencialmente democrática (por la oportunidad y accesibilidad para ser atendidos integralmente por dispositivos tipo EAPP, *Open Dialogue* y equivalentes[5, 49, 79, 80]), y una atención más asistencial y socialmente democrática, al poder optar entre la variedad de tratamientos hoy existentes y no por una reducción unidimensional de los mismos[24]. Y a propósito de esa "democratización de los recursos asistenciales" quiero recordar aquí que produce beneficios no sólo para los sujetos cuidados, sino también para los sujetos cuidantes y la sociedad y cultura globales[24].

Pero para todo ello se necesita disponer y mantener activos y proactivos esos programas intensivos y "de proximidad" para la detección y atención precoz de los sujetos en riesgo, "adaptados a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad" y fundamentados en medidas, programas y cuidados psicosociales, así como en el "cuidado de los cuidantes". Todo ello implica una alta "composición orgánica del capital", una inversión fundamental en el personal cuidante: en su selección, preparación, formación, supervisión, "cuidados de los cuidantes", etc... Un conjunto de medidas básicas que se halla en abierta contradicción con la *medicina-negocio-privado-y-rápido* que parece

que algunos quieren desarrollar aún más en un futuro próximo como parte fundamental de la contra-reforma antidemocrática que se nos echa encima…

RESUMEN DE LA PARTE II

Objetivos:

Utilizando la experiencia de un equipo concreto de Atención precoz a las psicosis (el EAPPP de Barcelona) se intentan comunicar sistemas de trabajo útiles para cualquier equipo que trabaje en el ámbito de la APP.

Métodos:

Se describen los perfiles o poblaciones-diana a los que dirigir los esfuerzos, tanto en la detección como en el tratamiento integral.

Se describen los elementos de nuestro modelo de tratamiento, comunitario con marco de referencia psicoanalítico, el "Tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia, en la comunidad" (TANC), que recoge varias de las aportaciones nórdicas iniciales.

Para la definición y detección de los estados mentales de alto riesgo hemos tenido en cuenta dichas aportaciones, las del estudio europeo EPOS y las investigaciones austrozelandesas.

Conclusiones:

Disponiendo de equipos integrados e integradores, es posible realizar una labor de detección previa de pacientes en riesgo de psicosis, según los criterios internacionales. Estos pacientes, en su mayoría, aceptan el tratamiento y evolucionan favorablemente. Un porcentaje de entre el 10 y el 30 por ciento, según las muestras, evolucionan hacia la psicosis clínica, pero la mayoría no lo hacen. En el momento actual estamos en condiciones de afirmar que la mayoría de los que detectamos mejoran de forma importante, pero no se puede asegurar qué porcentaje de los detectados iban a evolucionar hacia la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Cullberg, J. *Psicosis: Una perspectiva integradora.* Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2006. Como su título indica, una perspectiva integradora de nuestros conocimientos sobre las psicosis, con gran actualización de su clínica y datos empíricos, extraídos de la práctica asistencial en los sistemas públicos de base poblacional de atención a las psicosis con mayor experiencia del mundo. Con capítulos sobre factores de riesgo y vulnerabilidad, fases y presentaciones de las psicosis y modelos de tratamiento. Johan Cullberg ha sido durante decenios uno de los directivos y supervisores de los programas nórdicos de tratamiento e investigación de los tratamientos de las psicosis en esos países.

Martindale, B.V., Bateman, A., Crowe, M., & Margison, F. *Las psicosis: Efectividad de los tratamientos psicológicos.* Barcelona: Herder-3P; 2009. Un libro fundamental, tanto para el psicoterapeuta de pacientes con psicosis, como para el profesional "descreído" o "desinformado" que no conoce la importancia y formas de aplicación de las diversas terapias psicológicas en los pacientes con psicosis y sus familias. Incluye varios estudios empíricos sobre diversas técnicas psicoterapéuticas, y sobre los diversos modelos integrados de tratamiento en Suecia, Noruega, Finlandia y Australia.

Morrison, A.P., Renton, J.C., French, P., y Bentall, R.P. ¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces. Recursos para la terapia cognitiva de la psicosis. Barcelona: Herder-3P; 2011. Un provocativo libro que intenta mostrar cómo los pacientes con psicosis pueden colaborar en sus auto-cuidados y sus tratamientos y ser elementos fundamentales de los mismos. Los autores parten para ello de un enfoque cognitivo-conductual, pero no según el modelo libresco habitual en nuestros medios, sino de uno muy

asentado en la clínica y la experiencia subjetiva de los sujetos. Presentan una serie de propuestas y sugerencias para la participación de los pacientes en su auto-cuidado y en la comprensión del mismo.

Tizón, J.L. *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis.* Barcelona: Herder-3P; 2007. Una perspectiva psicoanalítica sobre el mismo tema: los pacientes con psicosis pueden colaborar en su tratamiento y ser elementos fundamentales del mismo. En este caso, si se atiendo a su mundo interno. El autor resume su perspectiva de los procesos de duelo, la aplica en el caso de la psicosis, y entiende los procesos elaborativos y de duelo como "vías regias" para el contacto y el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con psicosis. Para ello, la consideración de los pacientes como sujetos, mejor o peor integrados, pero sujetos al fin, con un mundo interno y unos procesos psicológicos dignos de atención, es el punto de partida fundamental. Se presentan también las bases de la psicoterapia psicoanalítica con este tipo de pacientes.

Artículos recomendados:

Aaltonen, J. Seikkula, J., Lehtinen K. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. Psychosis. 2011; 3,3: 179-192.

Seikkula J., Alkare, B.,Aaltonen, J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis. 2011;3,3: 192-205.

Dos trabajos empíricos sobre el impacto del modelo de tratamiento integral de las psicosis que ha continuado al *Need Adapted Treatment* nórdico.

Read, J., Haslam, N., Sayce,L., Davies, E. Prejudice and Schizophrenia: A review of the "mental illness is an illness like any other" approach. Acta Psychiatrica Sacandinavica. 2006; 114: 303-318.

Un estudio intercultural actualizado e ideológicamente radical sobre el estimga de la psicosis y de cada uno de los modelos de psicosis. Compara la estigmatización producida por los modelos populares e incluso religiosos con la estigmatización producida por los modelos biomédicos.

Tizón, J.L. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e investigación pueden aunarse. Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría. 2009,103(29): 35-62.

Una esquematización de los puntos de partida, organización, modelos de detección y modelos de tratamiento del EAPPP, el primer equipo integrado de detección y atención precoz a las psicosis que ha existido en la península ibérica, teniendo en cuenta los antecedentes internacionales y nacionales (el Programa P3 de Cantabria, por ejemplo).

BIBLIOGRAFÍA

(1) Tizón, J.L. La locura, compañera repudiada. Barcelona: La Gaya Ciencia, 1978.
(2) Johannessen JO, Martindale B. y J. Cullberg. Psicosis en evolución: Diferentes estadíos, diferentes tratamientos. Barcelona: Herder; 2008.
(3) Cullberg J. Psychosis. London: Routledge-ISPS; 2006 (Traducción al castellano: Psicosis: Una perspectiva integradora. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2006).
(4) Alanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac; 1999 (traducción castellana: Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2003).
(5) Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e investigación pueden aunarse. Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría 2009,103(29): 35-62.
(6) Tizón, JL. Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Archivos de Psiquiatria 2006;69(2):81-84.
(7) Häfner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. World Psychiatry. 2006; 5(3): 130-8.
(8) Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, Räkköläinen V. The Finish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F , editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. p.235-266. (Traducción castellana: Las Psicosis: Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Herder, 2009).
(9) Birchwood M. The critical period for early intervention. En M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson Editors. Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. Chichester, UK: Wiley; 2000. p.28-63.

(10) Birchwood M, Spencer E. y McGovern D. Schizophrenia: early warning signs. Advances in Psychiatric Treatment, 6. 2000. p.93-101.
(11) Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. (Traducción castellana: Las Psicosis: Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Herder, 2009).
(12) Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004.
(13) Klosterkötter V, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schulze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the inicial prodromal phase. Archives of General Psychiatry. 2001; 58:158-64.
(14) Jobe TH, Harrow M. Long-Term Outcome of Patients With Schizophrenia: A Review. Can J Psychiat. 2005; 50,4:892-900.
(15) Jones P, Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 1998; 21 (1): 1-25.
(16) Marcelis M, Navarro Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychol Med. 1998; 28(4):871-9.
(17) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S y Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin. 1996; 22(2):305-326.
(18) Conrad, K. (1958). La esquizofrenia incipiente. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología 1997.
(19) Cabasés JM, Villabí JR, Aibar C. Editores. Informe SESPAS 2000: Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. Valencia: Generalitat Valenciana- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. 2002.
(20) Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. Acta Psychiatr Scan 2000; 102: 158-64.
(21) Mangalore R, Knapp M. Cost of Schizophrenia in England. PSSRU Discussion Paper. London: PSSRU, 2376; 2006.
(22) McGorry P. Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. En Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. p 266-292. (Traducción castellana: Las Psicosis: Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Herder, 2009).
(23) Bloch Thorsen G-R, Grönnestad T. y Óxnevad A.L. Trabajo familiar y multifamiliar con psicosis. Barcelona: Herder-3P, 2010.
(24) Tizón JL. Los cuidados democráticos de las psicosis como indicador de democracia social. Atopos: Salud mental, comunidad y cultura 2007; 6: 31-48.
(25) Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F , editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. p.235-266. (Traducción castellana: Las Psicosis: Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Herder, 2009).
(26) Quijada Y, Tizón JL, Artigue J, Parra B. At-Risk Mental State (ARMS) detection in a Community Service Center for Early Attention to Psychosis in Barcelona. Early Intervention in Psychiatry. 2010; 4: 257-262.
(27) Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M et al. Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente. 2004; (4):51-7.
(28) Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, Pareja F, Gomá M, Marzari B. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. Clínica y Salud. 2008;19(1): 27-58.
(29) Tizón JL. Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. FMC (Formación Médica Continuada, Barcelona). 2005; 12(4):220-236.
(30) Tizón JL, Artigue J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Pareja F, Sorribes M, Pérez C, Parés A. La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. Atención Primaria 2004; 34(9): 493-498
(31) Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Catalá L, Sorribes M, Pareja F, Perez C. Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. Archivos de Psiquiatría 2006; 691): 59-80.
(32) Kagan J, Zentner M. Early childhood predictors of adult psychopathology. Harv Rev Psychiatry. 1996; 3(6): 341-0.
(33) WHO-OMS. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 de enero del 2005): "Facing the Challenges, Building solutions". WHO-OMS: Geneva 2005.
(34) WHO-OMS. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva: World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).

(35) Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. Acta Pscyhiat Scan 2006; 113: 247-272.
(36) Woods SW, Ziedonis DM, Sernyak MJ, Díaz E, Rosenheck RA. Characteristics of Participants and Nonparticipants in medication Trials for Treatment of Schizophrenia. Psychiatric Services 2000; 51(1): 79-84.
(37) Johannessen JA, Larsen TK, McGlashan T, Vaglum P. Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-centre study in Scandinavia. En Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. p. 210-235.
(38) Johannessen JA.The development of early intervention services. En Read J, Mosher L, Bentall R editors. Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia.London: UK Brunner-Routledge; 2004.
(39) Bertolote J y McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement, British Journal of Psychiatry. 2005;187(48):116-119.
(40) Fòrum Salut Mental. Proposta de desenvolupament d'un model d'atenció als trastorns psicòtics incipients. Document de treball. Barcelona: Fòrum de Salut Mental; 2006.
(41) International Early Psychosis Association Writing Group International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry.2005; 187(48):120-124.
(42) Lalucat Ll y Tizón JL (coordinadors). Programa d'atenció específica al trastorn psicòtic incipient del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Servei Catalá de la Salut; 2006.
(43) Marshall M y Lockwood A. Early intervention for psychosis (review). The Cochrane Library 3. London: Wiley, 2003.
(44) McGorry PD, Jackson HJ editors.The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge: Cambridge V.P; 1999.
(45) McGorry PD. Royal Australiand and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal. 2005; 39:1-30.
(46) NICE. Schizophrenia. Care interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline 1. London: NICE; 2002.
(47) Malla AK, Norman RMG, Joober Ph. First-Episode Psychosis, Early Intervention, and Outcome: Have we learned? Can J Psychiatry. 2005;50:881-91.
(48) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre Atención Temprana a las Psicosis. Madrid: AEN, cuadernos técnicos (10); 2009.
(49) Tizón JL. Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis. Barcelona: Herder Ed.;2007
(50) Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. 2a ed. Barcelona: Herder; 2000.
(51) Read J, Mosher L, Bentall R. editors. Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia. London,UK: Brunner-Routledge; 2004 (Traducción Española: Modelos de Locura. Barcelona: Herder 2006).
(52) Tizón JL, Artigue J, Quijada Y, Oriol A, Parra B. A psychological and communitarian approach to early psychoses: A service description with some initial findings. Psychosis. 2011;3, 2: 126-132.
(53) Isohanni I, Järvelin MR, Nieminen P, Jones P, Rantakallio P, Jokerlaine J, Isohanni M. School performance as a predictor of psychiatric hospitalization in adult life. A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Psychol Med. 1998; 28 (4):967-4.
(54) Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL, Isohanni M, Sipila P. Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 north Finland general population birth cohort. Am J Psychiatry. 1998;155 (3):355-64.
(55) Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. Schizophr Bull. 1996; 22(2):223-40.
(56) Olin SC, Mednick SA, Cannon T, Jacobsen B, Parnas J, Schulsinger F, Schulsinger H. School teacher ratings predictive of psichiatric autcome 25 years later. Br J Psichiatry Suppl. 1998; 172 (33):7-13.
(57) Konnecke R, Hafner H, Maurer K, Loffler W, Van der Heiden W. Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre- and peri-natal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women. Schizophr Res. 2000; 44: 81-3.
(58) United States Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
(59) Van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray RM. Risk factors onset and persistence of psychosis. Soc. PsychiatryPsychiatr Epidemiol. 1998; 33(2): 596-5.

(60) Ellison Z, Van Os J, Murray R. Special feature: childhood personality characteristics of schizophrenia: manifestations of, or risk factors for, the disorder?, J Personality Disord. 1998; 12(3): 247-61.
(61) Tizón JL. Introducción: Prevención de los trastornos de la salud mental. En: PAPPS y SEMFYC, editores. Curso a distancia de prevención en atención primaria. Barcelona: SEMFyC Y PAPPS. 1997, 1999, 2003; p. 5-31.
(62.) Tizón JL .¿Se puede pensar todavía en una "sociogénesis" y en una "psicogénesis" de la psicosis?. Archivos de Psiquiatría. 2004; 67(1): 67-72.
(63) Guedeney A y Fermanian J. A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawl Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. Infant Ment Health J 2001;22(5):559-575.
(64) Guedeney A, Charron J, Delour M y Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB). Psychiatr Enfant. 2001;44:211-231.
(65) Zabala I y Manzano J. Psicopatologia durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. Informaciones Psiquiátricas 1993; 134(4): 381-387.
(66) Manzano J editor. Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne; 2001.
(67) Harrow M y Jobe TH. Longitudinal Studies of Outcome and Recovery in Schizophrenia and Early Intervention: Can They Make a Difference? Can J Psychiatry. 2005; 50(14):1-4.
(68) Larsen TK, Johannessen JO, McGlashan T, Horneland M, Mardal S y Vaglum, P. Can duration of untreated illness be reduced? En M. Birchwood, K. Fowler y C. Jackson Editors. Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions Chichester, UK: Wiley;2000. p. 143-165.
(69) Larsen, T. K., McGlashan, T., Johannessen, J.O., Friis, S., Guldberg, C., Haahr, U., Horneland, M., Melle, I., Moe, L., Opjordsmoen, S., Simonsen, E. y Vaglum, P. Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. American Journal of Psychiatry. 2001; 158:1917-1919.
(70) Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. Acta Pscyhiat Sacan 2006; 113: 273-282.
(71) Cullberg J, Therén G, Äbb S, Mesterton A, Svedberg B. Integrating intensive psychosocial and low-dose neuroleptic treatment: a three-year follow-up. En Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F editors. Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskel-ISPS; 2000. p.200-210.
(72) Jackson M. Weathering the storms: Psychotherapy for psychosis. London: Karnac Books; 2001.
(73) Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. Family intervention for schizophrenia. London: John Wiley & Sons, Ltd.; The Cochrane Collaboration. Publicado on-line el 28 Jul 2011. DOI: 10.1002/14651858. CD000088.pub3.
(74) Peterson L, Jeppese P, Thorup A, Maj-Britt A, Øhlenschlæger J, Østergaard T, Krarup G, Jörgensen P, Nordentoft M. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005; 331:602 .
(75) Gleeson JFM, McGorry PD Editors. Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook Chichester, UK: Wiley; 2004. p.1-22.
(76) Tizón JL. Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos , mezclamos y confundimos o bien deconstruimos y combinamos?. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.2004; 14(90):97-131.
(77) Jackson, HJ, McGorry PM, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Harrigan S, Dudgeon P, Francey S, Maude D, Cocks J, Killackey E. y PowerP. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four year follow-up readmission data. Pschological Medicine. 2005; 35: 1-12.
(78) Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel M, Oehlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, Hemmingsen R, Jorgensen P y Nordentoft M. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. OPUS trial. British Journal of Psychiatry. 2005; 187 (48):85-90.
(79) Aaltonen, J. Seikkula, J., Lehtinen K. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. Psychosis. 2011; 3,3: 179-192.
(80) Seikkula J., Alkare, B.,Aaltonen, J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psyuchosis outcomes in advanced community care. Psychosis. 2011;3,3: 192-205.
(81) Tizón JL, Artigue J, Goma M, Parra B, Marzari B. La observación de bebés en una Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la Primera Infancia (UFAPI). Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2004;37/38:85-112.
(82) Lines E y Mulder S. What can communities do? A community action guide to early psychosis intervention strategies. Toronto: Canadian Mental Health Association; 2005.

(83) Saldivia Borquez S, Torres Gonzalez F, Cabases Hita JM; PSICOST Group. Estimation of mental health care cost units for patients with schizophrenia. Actas Esp Psiquiatr. 2005 Sep-Oct; 33(5):280-5.
(84) Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. Acta Psychiatr Scan 2000; 102: 158-64.
(85) Bola, J.R., Kao, T.K., Soydan, H. Antipsychotic Medication for Early- Episode Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2012; 38 (1): 23–25. doi:10.1093/schbul/sbr167.

5.4.1. La atención al primer episodio psicótico (1). Detección temprana

Oscar Vallina, Serafín Lemos, Purificación Fernández

1. INTRODUCCIÓN

Los primeros episodios de psicosis aparecen en los servicios de salud mental habitualmente en forma de ingreso traumático involuntario que requiere altas dosis de medicación para su tratamiento y la utilización de más medidas de contención de las que nos gustaría tener que aplicar. Este contacto inicial con la atención especializada en salud mental se relacionará posteriormente con dificultades de adherencia a los cuidados propuestos al alta, abandonos y reingresos frecuentes. Se esperará, además, con demasiada frecuencia, a que el caso evolucione para entrar en un sistema de gestión de casos y sólo entonces iniciar intervenciones intensivas. Se hace evidente que nuestra actual forma de atender a las personas con un primer episodio de psicosis o en los primeros años de esta, dificulta tanto su detección precoz como su posterior tratamiento y recuperación. Ofrecemos una asistencia fragmentada, escasa y tardía[1, a]. Pues bien, a pesar de este paisaje, en España aún son escandalosamente escasos los programas específicos de abordaje a esta fase inicial de la psicosis[2].

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

El desarrollo de un primer episodio de psicosis es un momento tremendamente turbulento que se suele acompañar de una elevada dosis de sufrimiento psicológico, tanto para quien lo padece como para su familiares o seres queridos. En términos personales, supone una ruptura biográfica que paraliza temporalmente, durante la fase aguda del primer brote, la ruta vital diseñada hasta entonces, y que posteriormente, en la fase postpsicótica y de remisión o reducción de esa primera crisis, va a precisar de importantes reajustes en los parámetros esenciales para el desarrollo de cualquier ser humano. Las pérdidas que experimenta una persona tras su primera psicosis son tanto internas como externas.

Las pérdidas internas suponen una disminución o desaparición de la confianza en uno mismo, de la seguridad y de una profunda crisis en la identidad personal. Estas pérdidas proceden, por un lado, de las consecuencias traumáticas de la psicosis relacionadas con el tratamiento recibido en su fase aguda y durante su periodo de hospitalización junto con la incertidumbre y ansiedad ante la nueva situación y, por otro lado, vienen de la presencia prolongada de la sintomatología psicótica que junto con los efectos secundarios del tratamiento farmacológico conducen a importantes limitaciones en las funciones cognitivas básicas, a profundos sentimientos de incapacidad, de pérdida de control sobre la mente y sobre el futuro, y de vida vacía y sin sentido. Las pérdidas externas suponen la pérdida de la autonomía y de rumbo en la vida. Se refieren a cómo de manera gradual se van erosionando o perdiendo las redes sociales, de amistad, a cómo la constatación cotidiana de las limitaciones funcionales secundarias al episodio psicótico van aumentando la dependencia del paciente de su familia y disminuyendo su capacidad de desenvolvimiento autónomo y a la pérdida de estudios o empleo por su incapacidad cognitiva, física, emocional o relacional para mantenerlos. La conjunción de ambas conduce al habitual aislamiento observado en la mayoría

---

a Edwards y McGorry, 2004 (ver primera referencia de bibliografía comentada).

de estos pacientes, y a las formas de dolor manifestadas en estos primeros momentos de la enfermedad en un variado y a menudo solapado repertorio de manifestaciones emocionales y conductuales de shock, negación, duelo, desesperanza, ira, culpa, vergüenza, etc.

Mauritz y Van Meijel[3] desarrollan un modelo que, basado en el estudio fenomenológico de la respuesta al primer episodio psicótico, explica perfectamente esta combinación de relaciones entre pérdidas internas o "sensación de vivir en un mundo diferente" y pérdidas externas o " sensación de no pertenencia", y cómo estas perdidas conducen a expresiones de dolor, y hacia la necesaria aceptación y reconciliación personal con uno mismo, para superar el inicio de la enfermedad y para orientar la imprescindible recuperación posterior (ver figura 1). Es importante distinguir entre síntomas, adaptación a las limitaciones y reacciones emocionales de dolor o duelo, ya que se suelen dar a la vez y pueden confundir el diseño de los tratamientos adecuados a estos momentos.

Lamentablemente, las formas de tratamiento disponibles en los servicios habituales de salud mental no ayudan como se esperaría de ellos en todo este proceso. En un estudio reciente realizado en los servicios habituales de salud mental del Reino Unido, se observó que al cabo de un año de tratamiento, el 80% de los pacientes había abandonado sus estudios o el trabajo que venia realizando; entre el 1-2% se habían suicidado; El 50% no había recibido ayuda especializada; de estos, un tercio había intentado recibirla y no recibió respuesta adecuada de los servicios. De aquellos pacientes que sí recibieron ayuda el 80% precisó ingreso hospitalario, el 50% precisó de intervención policial, el 45% sufrió de estrés postraumático parcialmente asociado a las experiencias vividas durante el tratamiento, el 60% se perdieron durante el seguimiento y solamente un 10% de todos ellos recibió tratamiento psicológico[4]. Resultados similares se encontraron en Australia en un estudio con 661 primeros episodios psicóticos[5], donde además se apreciaba una severa carga sintomatológica desde el inicio de la enfermedad y un elevado índice de comorbilidad en el 70% de los casos. Parece evidente que nuestros actuales servicios de salud mental comunitarios, seriamente limitados por su escasez de dotación y recursos y desbordados por la creciente demanda asistencial, parecen incapaces de volcarse en la prevención, la detección temprana o el seguimiento asertivo de las personas en el inicio de su psicosis.

3. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

La intervención temprana en psicosis surge como el ultimo intento, hasta estos momentos, de corregir este estado de cosas. Nace como un modelo de atención que se dirige a promover la recuperación de la psicosis por medio de la prevención, la detección temprana y los tratamientos más efectivos para los inicios de la enfermedad en personas con edades comprendidas entre los 14 y 35 años, que presentan por primera vez síntomas psicóticos, o que están dentro de los tres primeros años de la enfermedad (en la actualidad el periodo de tratamiento inicial ha pasado de los 3 a los 5 primeros años). La detección temprana y la utilización de tratamientos específicos para cada fase la distinguen de los servicios de cuidados habituales, pudiendo estos dos elementos añadirse a los servicios estándar habituales o proporcionarse desde un servicio especializado de intervención temprana[6]. Los servicios o programas que desarrollan esta forma de asistencia se dotan de una serie de líneas estratégicas con unos componentes esenciales para poder aplicarla de manera efectiva (ver tabla 1). Estos elementos se recogen en la declaración de consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Psicosis Temprana (IEPA), en la que se incluye la necesidad de contar con un sistema de detec-

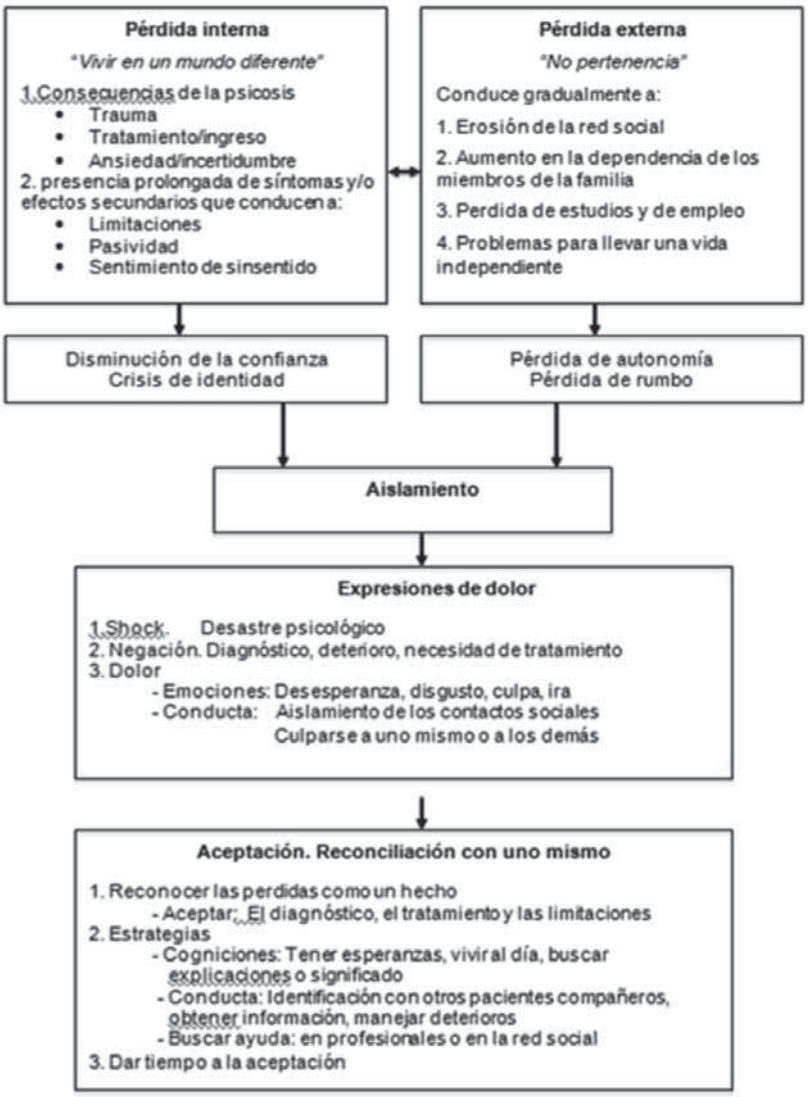


Figura 1. *Esquema teórico de relaciones entre perdidas, dolor y aceptación* [3]

ción y evaluación temprana; tratamientos farmacológicos y psicosociales; atención particular a la comorbilidad y a fase aguda; integración en los cuidados de aspectos vitales básicos; educación y empleo; coordinación de cuidados y colaboración con el resto de instituciones o dispositivos comunitarios del área de salud donde se aplique y un estilo adaptado a las fases y al tipo de población que atiende, fundamentalmente juvenil[7].

4. DETECCIÓN TEMPRANA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

El eje que sujeta la necesidad de intervención temprana en psicosis es la observación de una periodo de tiempo demasiado prolongado entre el inicio de la sintomatología psicótica y el comienzo de su tratamiento conocido como duración de la psicosis sin tratar (DUP). Este periodo oscila entre los seis meses y los dos años de media, ha resultado ser un factor determinante para la evolución posterior de la enfermedad y sus posibilidades de recuperación y se ha convertido en el objetivo central de todos los servicios y programas a pesar de sus limitaciones conceptuales y controversias[8].

4.1. Causas del retraso en la detección y tratamiento temprano de la psicosis

El estudio de la duración de la psicosis sin tratar ha centrado multitud de esfuerzos en la última década para intentar comprender las razones de este retraso. Brunet y Birchwood[9] proponen una concepto multi-

dimensional de la DUP que incluye la integración de tres fuentes básicas de demora: demora en la búsqueda de ayuda por el propio paciente, demora en la derivación entre servicios y demora en los servicios de salud mental. Basándonos en esta clasificación y en los resultados obtenido en los estudios cualitativos con pacientes y familiares[10] podríamos reconocer cinco clases obstáculos al tratamiento temprano de la psicosis que darían cuenta del porque de la DUP:

1 La demora en la identificación de las experiencias psicóticas como tales en las personas que las experimentan y por tanto la no percepción de necesidad de ayuda. Suele producirse por las características propias de la sintomatología como su inicio lento e insidioso y por las características fenomenológicas de las experiencias referenciales, alucinatorias o paranoides que dificultan su atribución interna. La utilización de estilos atributivos que niegan la relación entre las alteraciones que la persona va notando y el malestar secundario asociado a enfermedad mental es la otra fuente básica de retraso en este primer momento.

2. La demora en la búsqueda de ayuda por la persona afectada o por sus familiares. Se relaciona con la intermitencia de las experiencias que facilita la idea de accidentalidad de las mismas y minimiza su relevancia fomentando comportamientos de espera para su resolución; con el miedo a padecer una grave enfermedad y a la confirmación diagnóstica de esta que promueve actitudes de ocultación sintomática; con la visión negativa y estigmatizante de los servicios de salud mental y de sus profesionales y con creencias culturales o pensamiento mágico que no ven a los sistemas sanitarios convencionales como los más indicados para tratar este tipo de problemas.

3. La demora en la identificación de la psicosis por parte de los médicos de atención primaria. Vinculada a la escasa incidencia de la psicosis y los pocos casos que se suelen atender por cada médico, a limitaciones formativas, al poco tiempo disponible para cada paciente, a la confusión con características evolutivas de los jóvenes o con el habitual consumo de drogas y en ocasiones a la ocultación por parte de los pacientes de la sintomatología que apunta hacia presencia de psicosis.

4. La demora en las derivaciones desde los distintos entornos comunitarios hacia los servicios de salud mental, especialmente desde atención primaria. Las listas de espera y los problemas de coordinación entre niveles sanitarios dificultan el acceso rápido.

5 La demora desde los propios servicios de salud mental en el inicio de un tratamiento adecuado una vez que la persona se encuentra dentro estos. Explicada por la sobrecarga que padecen todos los equipos, por creencias de los profesionales contrarias a la intervención precoz o por la falta de preparación de unos servicios no previstos para estrategias preventivas y de intervención precoz.

4.2. Intervenciones para una detección e inicio temprano del tratamiento

Las iniciativas para mejorar los procesos implicados en la detección pronta y adecuada de las personas con psicosis han utilizado dos tipos de estrategias distintas: unifocales y multifocales. Las estrategias unifocales se centran en mejorar la detección y derivación por los médicos de familia a los servicios especializados de atención a la psicosis, puesto que estos son la puerta de entrada al sistema de salud y a la atención especializada. Para ello, pretender mejorar el conocimiento que tienen sobre la psicosis, las habilidades necesarias para su reconocimiento precoz y sus actitudes hacia los primeros episodios psicóticos. Los estudios realizados con estas estrategias han conseguido reducir la demora en el acceso desde atención primaria hasta los servicios especializados pero no la DUP[11].

Las estrategias multifocales combinan campañas multimedia dirigidas a la población general, para promover la identificación temprana del trastorno y la búsqueda rápida de ayuda con el trabajo específico realizado con grupos profesionales concretos (especialmente médicos y profesores) para mejorar su capacidad de identificación y derivación a los servicios especializados de salud mental de estos casos iniciales de psicosis. Estas estrategias presentan resultados contradictorios en la reducción de la DUP, donde sólo la consiguieron reducir aquellas iniciativas con campañas informativas intensivas y prolongadas[12] y consiguen un descenso de la severidad sintomática presentada por estos pacientes en su primer contacto con los servicios, reducen el acceso a los servicios desde dispositivos policiales o de emergencia sanitaria, y consiguen mejorar los índices de derivación a los servicios especializados desde atención primaria[13]. Estos resultados nos muestran que necesitamos iniciativas generales multifoco que incluyan: (1) Campañas informativas de alta intensidad dirigidas a promover conductas de identificación, de búsqueda de ayuda y de cambio de actitud hacia la psicosis en la población general, ya que la DUP parece concentrarse mayoritariamente en los momentos anteriores al contacto con los servicios de salud; (2) Medidas de formación para los servicios de salud, que incluya la creación de protocolos claros de identificación y manejo del primer episodio psicótico tanto en atención primaria como en los servicios de salud mental.

4.3. *Intervención temprana en el primer episodio psicótico*

La intervención que proponemos sigue las directrices nacionales e internacionales existentes[14, 15, 7]. Es una intervención integral, adaptada al primer episodio de psicosis y al periodo critico posterior que le sigue y para realizarse desde un entorno asistencial ambulatorio y comunitario. Incluye un programa para la detección precoz desde atención primaria; Tratamiento farmacológico preferentemente con neurolépticos atípicos a la mínima dosis eficaz; Intervención psicoterapéutica de orientación cognitivo conductual para la adaptación y recuperación de la psicosis y para el tratamiento de la sintomatología negativa y positiva e Intervención familiar[16, 17]. Esta intervención se llevará a cabo por equipos especializados que se podrían organizar en dos modalidades diferentes. En áreas de salud pequeñas y con una red de servicios de salud mental básica o no muy compleja, estos equipos interdisciplinarios podrían ser un híbrido formado por profesionales de los distintos recursos asistenciales del área, organizados e integrados funcionalmente como equipo de intervención temprana de la zona y asumiendo la asistencia integral a estos pacientes durante los tres a cinco primeros años de su psicosis desde el dispositivo correspondiente que necesitase el paciente en cada caso (centro de salud mental, centro de día, centro de rehabilitación). En grandes áreas de salud o con redes de salud mental muy complejas, y donde la coordinación entre dispositivos es más complicada, quizás la mejor opción sean equipos y dispositivos específicos de intervención temprana que asuman todos los cuidados durante esta etapa inicial[14].

4.3.1. Detección temprana desde Atención Primaria de Salud

Por las características de nuestro sistema nacional de salud, los médicos de atención primaria son la puerta de entrada al sistema sanitario y principal fuente de derivación de pacientes con psicosis a los servicios especializados de salud mental. Por ello, tienen que ser un elemento preferente en cualquier estrategia de atención precoz a la psicosis. El propósito de esta actuación es mejorar las habilidades de detección, captación y derivación de los primeros episodios psicóticos por los médicos de atención primaria. Consta de tres tipos de actuaciones: un taller educativo, entrega de material informativo y mejora del itinerario asistencial desde los equipos de

atención primaria hasta los servicios especializados de salud mental. El programa se desarrolla a lo largo de seis sesiones durante un periodo de un año. Los dos primeros meses una sesión mensual, los cuatro meses siguientes dos sesiones bimensuales y en los seis últimos meses dos sesiones trimestrales. A continuación detallamos los contenidos generales de esta intervención:

Taller educativo. Se realiza con los médicos del centro de salud e incluye los siguientes contenidos:

- Información básica sobre la psicosis
- Descripción de las distintas formas de presentación inicial de la enfermedad
- Descripción del programa de tratamiento que se aplica desde salud mental
- Acceso a pacientes ambivalentes o que no aceptan tratamiento
- Primeros auxilios en psicosis
- Criterios de derivación ambulatoria y hospitalaria
- Información inicial al paciente y a su familia

Tabla1. *Líneas estratégicas y acciones necesarias para la atención temprana en psicosis*[7]

Línea estratégica	Actuaciones
1. Proporcionar tratamiento en atención primaria: Detección temprana y acceso a servicios de salud mental comunitarios integrales	Desarrollar estrategias parar reducir la DUP Evaluar las vías habituales de cuidados integrados basándose en las directrices de derivación entre atención primaria, servicios especializados y otras agencias de interés Desarrollar canales especiales de acceso a estos pacientes
2. Disponer de intervenciones psicosociales y farmacológicas	Ofrecer neurolépticos atípicos a dosis bajas como tratamiento de elección Disponer como tratamientos habituales de: Terapia cognitiva; Intervención familiar; Recuperación laboral; Prevención de recaídas; Reducción de daño de abuso de sustancias; Atención continuada
3. Proporcionar atención comunitaria: procurar un servicio lo menos coercitivo y restrictivo posible	Desarrollar estrategias para minimizar el uso de tratamientos involuntarios: Tratamiento en domicilio y comunitario; Alternativas residenciales; Desarrollar programas de día para jóvenes; Opciones residenciales para promover la vida independiente de los jóvenes; Estrategias reducción riesgo de suicidio
4. Educación comunitaria: concienciar sobre la importancia y oportunidades de la detección y el tratamiento temprano	Campañas públicas para concienciar sobre reconocimiento y tratamiento de la psicosis temprana Educación a todos los jóvenes sobre psicosis Entrenamiento en concienciar sobre psicosis a profesores, policía, trabajadores sociales, sistema de justicia y otras agencias relevantes

5. Implicar a la comunidad, familias y consumidores	Familiares y apoyos clave recibirán servicios eficaces y acceso a apoyo adecuados a sus necesidades. Los servicios serán efectivos si se da: Enganche temprano de las familias y amigos Las familias se sienten valoradas como colaboradores en los cuidados
6. Establecer programas, legislación y políticas nacionales	Representación de consumidores y familias en desarrollo de servicios, formación y políticas Intervención temprana como prioridad nacional de inversiones en recursos Compromiso específico en gastos sanitarios con los servicios para los jóvenes con psicosis y sus familias
7. Desarrollar recursos humanos	Especialistas en salud mental desarrollan conocimientos y habilidades avanzadas sobre detección temprana, atención y tratamiento de psicosis en jóvenes. Estos conocimientos se incluyen de rutina en el plan formativo de todos los especialistas y médicos generales Formación de otros profesionales comunitarios
8. Vínculos con otros sectores: facilitar la recuperación	Desarrollar programas integrados para apoyar el acceso al trabajo, educación y ocio. Demostrar la efectividad por: Satisfacción del paciente; Tasas de empleo; Logros educativos; Acceso a alojamiento Programas integrados a través de unificar servicios de toxicomanías y psicosis
9. Monitorizar la salud mental comunitaria: indicadores relevantes de psicosis temprana	Desarrollar sistemas avanzados de monitorización en psicosis temprana que puedan medir: DUP, resultados de recuperación positivos, morbilidad social y de salud, Mortalidad, costes y carga, Monitorizar la eficacia y el coste-eficacia de los programas de prevención y tratamiento de psicosis
10. Apoyar más investigación	Sobre: Causas de la psicosis; Prevención de la psicosis; Nuevas intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas; Modelos de administración de servicios: rurales, urbanos, rurales dispersos; Prevalencia y necesidades de niños y adolescentes(hasta 16 años) con psicosis

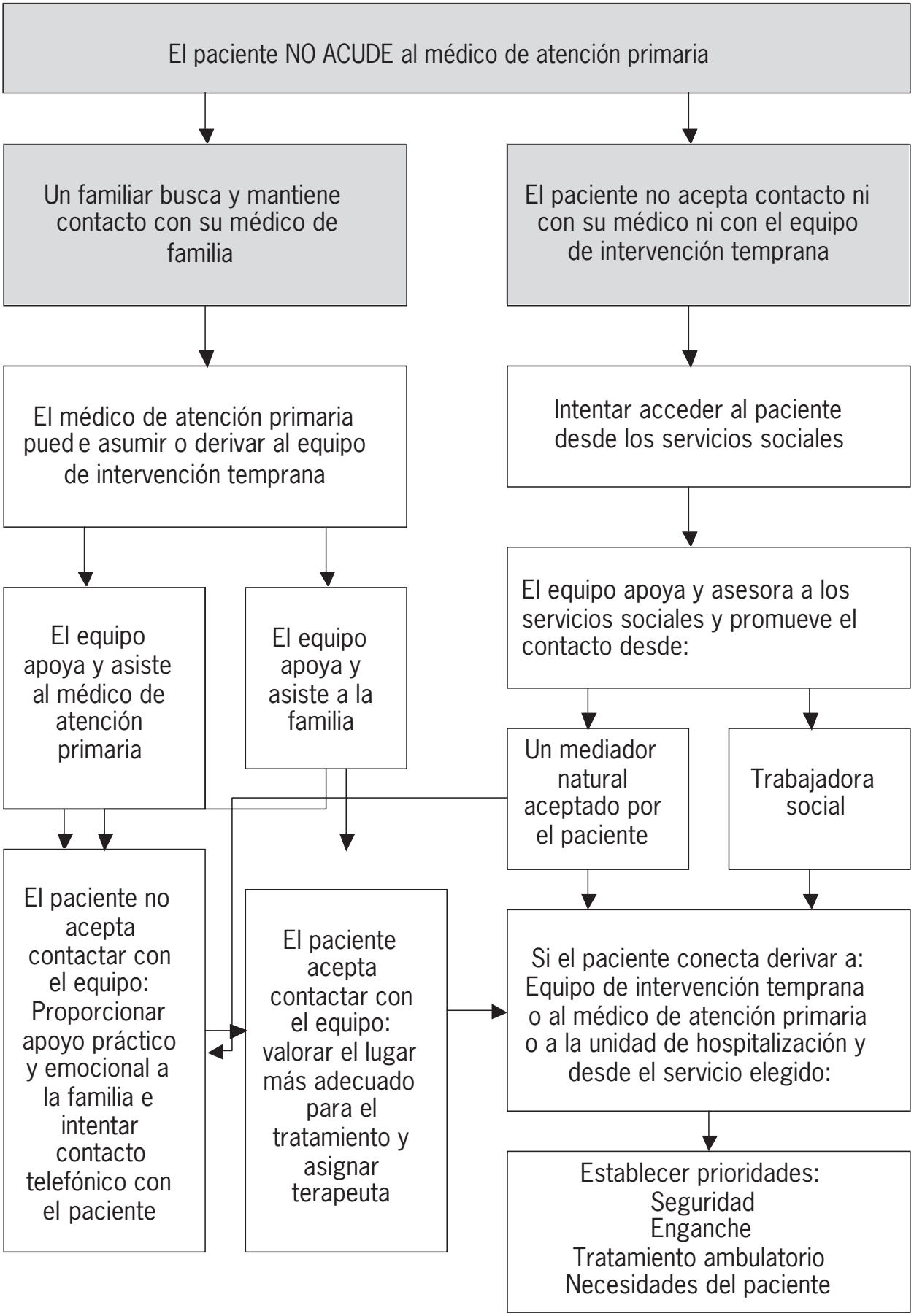


Figura 2. Protocolo para el acceso a pacientes con psicosis que rechazan el contacto con los servicios de salud

- Actuación ante ideación y riesgo suicida
- Estudio de casos clínicos del área.

Materiales informativos. Se entregan tres documentos:

- Una guía informativa sobre psicosis para médicos de atención primaria
- Una hoja con el perfil de derivación de los pacientes
- Lista de síntomas y forma de exploración

Itinerario asistencial. Se auditan las vías de acceso a salud mental y se trabaja en torno a varias medidas para optimizar las vías de acceso al programa:

- Acceso directo e inmediato al centro (24-48 horas),
- Profesionales de referencia para la derivación directa (sin lista de espera)
- Devolución de información sobre el caso tras la recepción y valoración del paciente
- Reuniones individuales o grupales para el seguimiento de casos

Un apartado particularmente relevante debe ser el acceso a los pacientes difíciles que por su ambivalencia o estado clínico no aceptan la intervención desde los dispositivos sanitarios. El diseño y aplicación de protocolos como el que aquí presentamos (ver figura 2) dentro de una actitud asistencial de búsqueda proactiva y acceso comunitario a estas personas, tanto desde atención primaría como desde los equipos de intervención temprana, puede ser una valida alternativa. Se trata, básicamente, de establecer una red de contacto regular próxima al paciente sostenida desde el médico de atención primaria, la familia, salud mental y servicios sociales que rotando su presencia según las disponibilidad del paciente permitan atraer a este hacia los cuidados sanitarios regulares aplicados desde el mejor escenario asistencial disponible y adaptado a su circunstancia personal y clínica.

RESUMEN

La intervención temprana en psicosis es la ultima aportación de la comunidad científica y profesional para intentar mejorar la compleja recuperación de los trastornos psicóticos. El primer episodio psicótico y el periodo critico posterior que le sigue están resultando ser una excelente oportunidad para potenciar los efectos beneficiosos de una serie de intervenciones combinadas que consigue mejorar el curso de la enfermedad. A lo largo de este capitulo se exponen las características de este nuevo modelo de asistencia a las fases iniciales de la psicosis y se presenta una propuesta de tratamiento integrado comunitario acorde con las directrices actuales para la detección e intervención temprana en psicosis.

La bibliografía comentada y la utilizada en el texto aparecen al final del siguiente capítulo

5.4.2. La atención al primer episodio psicótico (2). Intervención temprana

Oscar Vallina, Serafín Lemos, Purificación Fernández

1. INTERVENCIÓN PARA LA ADAPTACIÓN INICIAL A LA PSICOSIS

La adaptación y recuperación a un primer episodio psicótico es un proceso complejo, difícil y no lineal que puede llevar de 3 a 5 años y no suficientemente conocido. En un esfuerzo por entender esta etapa, Moller y Zausniewski[18] proponen un modelo basado en la fenomenología del ajuste postpsicótico. Esta adaptación se ordenaría alrededor de cuatro elementos estructurales: (1) *Disonancia cognitiva*. En esta fase las personas toman conciencia de que no están funcionando en su vida cotidiana como lo hace la gente que les rodea y ven que sus esfuerzos no consiguen cambiar esto, con lo que se produce una lucha entre autoconcepto y los efectos limitadores procedentes de la psicosis. Suelen participar pasivamente de su tratamiento y su sintomatología aún no está suficientemente estabilizada o remitida. Dura varios meses y se caracteriza por un aislamiento voluntario protector dentro del hogar en el que se intenta asimilar lo que ha ocurrido e intentar discernir síntomas internos de realidad externa. Es un momento con una alta y absorvente carga introspectiva. (2) *Insight*. Supone asimilar el origen y progresión de los síntomas e internalizar y verbalizar sus consecuencias. El trabajo aquí se centra en separar el yo de la enfermedad, en pensar menos negativamente y proteger la autoestima. Esta etapa suele durar de 6 a18 meses tras el primer episodio. Los avances van encaminados a conseguir un adecuado chequeo de la realidad, saber afrontar su realidad actual, ganar control sobre los síntomas que permanezcan y restablecer la capacidad de comunicarse para intentar "parecer lo más normal" a los demás. (3) *Constancia cognitiva*. Aquí emerge la socialización, las conversaciones normalizadas, el establecimiento de rutinas sanas y la sensación de control y autonomía. Se produce una distancia de los síntomas, se acepta el diagnostico y el tratamiento, se restablece un sentido de identidad, desaparece el estigma por necesitar tratamiento farmacológico, se piensa bien de nuevo y se produce una sensación de paz. Se consigue entre el primer y tercer año. (4) *Ordinariedad*. Implicación regular y consistente en actividades normales de la vida cotidiana, se centra en la búsqueda o mantenimiento de estudio o trabajo y en evitar recaídas. Supone volver a encontrar su sitio en el mundo y sentirse en un plano de igualdad con la gente que le rodea.

La intervención en esta etapa supone la integración de dos formas de terapia cognitiva: La terapia cognitiva interpersonal para la recuperación y prevención de recaídas en psicosis[a] y la terapia de orientación cognitiva para la adaptación a la psicosis temprana[19]. Tiene como propósito principal la reducción del impacto psicológico de un primer episodio psicótico, ayudando al paciente a preservar un sentido del yo (identidad) satisfactorio y a mantener una sensación de previsibilidad y control sobre la experiencia de la psicosis. Entre sus objetivos están: (1) La evaluación y comprensión del modelo explicativo que ha desarrollado el paciente de su trastorno, así como su actitud general ante la psicosis; (2) Establecer una relación de compromiso basada en la

---

[a] Ver Gumley, A. & Schwannauer, M. Volver a la normalidad después de un trastorno psicotico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaidas. Bilbao: Declee de Brouwer. 2008, en las referencias bibliográficas comentadas.

colaboración terapéutica; (3) Promover un estilo de recuperación de la psicosis integrador y adaptativo; (4) Prevenir o gestionar los problemas secundarios que se pueden desarrollar tras un episodio de psicosis. Se organiza en torno a cuatro componentes: evaluación, compromiso, adaptación y morbilidad secundaria, que se desarrollan a lo largo de cuatro fases: fase de evaluación, que incluye la realización de la evaluación y el establecimiento de la alianza terapéutica; fase inicial, centrada en la colaboración y en la morbilidad primaria y la adaptación; fase intermedia, dirigida hacia la adaptación y la morbilidad secundaria; fase de finalización, destinada a la consolidación de los nuevos estilos adaptativos de comprensión de la psicosis y de las nuevas estrategias de afrontamiento. Estas fases no siguen necesariamente este orden y el terapeuta tendrá que adaptar tanto el orden de las mismas como su contenido y ritmo a cada paciente.

La adaptación a la psicosis y reorganización del yo es el núcleo de la terapia. La psicosis como experiencia vital va acompañada de desorganización, confusión, miedo, sorpresa, incertidumbre e inseguridad. La intervención psicológica pretende dotar al paciente de significado para sus experiencias psicóticas y de control sobre ellas a la vez que abordará una serie de temas clave en la recuperación y mantenimiento de la mejoría como el malestar emocional, la confianza interpersonal y la intimidad, los sentimientos de vergüenza, humillación y atrapamiento por la psicosis, el sentido de esperanza y optimismo sobre su recuperación, y la percepción de la vulnerabilidad personal. Se emplean tres estrategias terapéuticas: infundir esperanza, trabajar con la identidad y desarrollar habilidades de afrontamiento a lo largo de cuatro tiempos:

Etapa 1: Se trata de instalar la esperanza en el mantenimiento o recuperación de algunas metas intentando mejorar su autoeficacia y creencias de influencia y control sobre el curso y resultado de la enfermedad. Un recurso útil es la comunicación al paciente de otras experiencias personales de éxito en su recuperación. La psicoeducación dirigida hacia el cambio de atribuciones negativas sobre uno mismo, sobre la enfermedad y sobre el futuro, se inicia aquí de manera individual y ajustada a las necesidades personales.

Etapa 2: Se inicia del trabajo cognitivo intenso a través de la psicoeducación y del abordaje en profundidad de las distorsiones cognitivas, y reestructuración cognitiva de aquellos esquemas o creencias sobre la psicosis, el yo o la sintomatología que bloquea el acceso a las metas personales y menoscaba la capacidad de tratar con su enfermedad.

Etapa 3. Supone el paso a la acción de las estrategias cognitivas trabajadas en la etapa anterior a través de tareas graduadas programadas encaminadas a encauzar nuevamente el desarrollo personal: recuperación o mantenimiento de amistades, normalización de la convivencia familiar, recuperación de las metas académicas o laborales, etc.

Etapa 4. Revisión de los progresos, balance de los desarrollos alcanzados destacando los logros obtenidos como evidencias de avance y recuperación personal, resaltando la autoeficacia y la capacidad de dirección sobre la propia vida.

Otra diana importante será la morbilidad secundaria. Surge como un fallo en la adaptación de la persona a su condición primaria. Suele abordar la depresión secundaria a las pérdidas sufridas, el consumo de drogas, la ansiedad ante el retorno a los distintos escenarios sociales y los síntomas postraumáticos. La experiencia de la psicosis como acontecimiento vital traumático es una de las principales comorbilidades observada hasta en el 66% de los casos en los primeros episodios psicóticos y de las que más angustia producen[20]. Esta se puede producir por la sintomatología (voces percibidas como muy poderosas, delirios de persecución, la experiencia subjetiva de los síntomas primarios o negativos), por las

experiencias vividas durante el tratamiento de su crisis (ingreso involuntario, contención mecánica, efectos secundarios de la medicación) o por la percepción de la enfermedad como un suceso amenazante por lo que conlleva de pérdida de metas, roles y estatus social y como fuente de vergüenza por sus connotaciones socialmente estigmatizantes y ligadas al nuevo estatus de paciente mental. La siguiente escena clínica sirve para ilustrar esta respuesta traumática ante las experiencias vividas durante el tratamiento, ante el impacto de la sintomatología, y ante la angustia de padecer una grave enfermedad mental tras un primer episodio psicótico:

P. Esta ha sido la experiencia peor y más fuerte que he tenido

T. ¿A cuál te refieres?

P. A cuando me cogieron. Entraron en mi habitación unos médicos y dijeron "nos vamos", y yo que no, y ellos que sí, hasta que me agarraron, me tumbaron y me llevaron a la ambulancia y allí me dijeron que me iban a llevar a un centro donde me dejarían para siempre. Me lo dijeron antes de darme la vacuna. Luego desperté en el hospital y estaba amarrado y me dolía todo el cuerpo.

T. ¿Cómo te sentías?

P. Rabioso, mi primer sentimiento fue de rabia

T. ¿Contra quien sentías rabia?

P. Contra todo el mundo. Pensaba que me iban a dejar atado ahí para siempre

T. ¿Cuantos días estuviste así?

P. Uno, al día siguiente en el hospital ya recapacité, vinieron mis padres y me dijeron que no me iba a quedar para siempre y el psiquiatra también me dijo que me iría pronto. Me di cuenta de que tenia que aprovechar la vida, que mi familia me apoyaba.

T. ¿Eso te ayudó a reducir la rabia que sentías?

P. Bastante

T. ¿Y ahora que piensas de aquel ingreso?

P. Que no había otra manera de hacerlo. Es que había perdido totalmente los papeles, pero entonces pensaba que todos estaban compinchados en mi contra por alguna razón desconocida

T. ¿Cuáles son los peores recuerdos de tu estancia en el hospital?

P. El estar allí sin poder salir, el cómo perdí la cabeza y lo que me costaba hacer las cosas, la trabada mental que tenia, no podía leer, no se me quedaba nada, no podía dibujar, que me encanta y me dejaban hacer gimnasia, pero mi cuerpo no respondía. Después, cuando empecé a pensar que podía tener una enfermedad mental me asusté mucho. Era muy fuerte pensar en cómo había perdido la cabeza de esa manera y además creía que me podía quedar así para siempre o que se podría repetir

T. ¿No pensabas que pudieses mejorar?

P. No, entonces no. Ahora sí, ahora cuando me vienen esos pensamientos veo lo que he mejorado y eso me alegra

Estas respuestas traumáticas, además del sufrimiento que producen en sí mismas, parecen tener una clara relación con las respuestas personales de vergüenza, depresión y apoyo social percibido. Son importantes por la interferencia y demora que generan en el proceso de recuperación posterior, y plantean la necesidad de aplicar un tratamiento psicológico de las mismas tras el episodio psicótico tanto en el paciente como en su familia, con el fin de ayudarles a integrar y procesar emocionalmente las experiencias traumáticas vividas durante ese primer momento de la enfermedad[21, 22].

2. TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA POSITIVA

El tratamiento sistemático de la psicosis persistente STOPP[23] está pensado para su aplicación en aquellas personas que tras su primer episodio psicótico continúan manteniendo síntomas positivos en las siguientes fases de recuperación y puede usarse también durante la fase aguda de la enfermedad. Los objetivos de esta terapia son: (1) Reducir la frecuencia y la intensidad de los síntomas positivos; (2) Reducir el malestar asociado a los síntomas psicóticos y mini-

mizar su impacto en el funcionamiento; (3) Incrementar la capacidad para hacer frente a las experiencias psicóticas y (4) Ayudar a los pacientes a comprender la psicosis para reducir las posibilidades de recaída y de deterioro social. La terapia se desarrolla a lo largo de cuatro fases:

Fase 1. *Desarrollo de una relación de trabajo basada en la colaboración*. A lo largo de esta etapa el paciente y el terapeuta trabajan juntos para establecer una relación terapéutica sólida y clara, a través de una serie de acciones como el desarrollo de una formulación psicológica compartida de las preocupaciones del paciente y con la creación de una agenda de trabajo compartida que incluya: las preocupaciones actuales del paciente, la etiología de la enfermedad y la respuesta al tratamiento; las circunstancias en las que se presentan los síntomas; el modelo explicativo del paciente sobre sus síntomas y sobre la experiencia de la psicosis en sí misma; la identidad y el estado evolutivo; las creencias sobre si mismo y sobre la enfermedad y la personalidad y los aspectos relacionales.

Fase 2. *Exploración y afrontamiento de la psicosis*. Se realiza a través de la discusión de la respuesta subjetiva del paciente ante los síntomas psicóticos; por el incremento del nivel de conocimiento del paciente sobre la psicosis; por la consideración y utilización de estrategias para manejar y tratar los síntomas; y por la identificación y aprendizaje para tolerar los estados emocionales que aparecen en la discusión y manejo de los fenómenos psicóticos. El éxito terapéutico en esta fase viene determinado por el grado en que los pacientes pueden hablar de su experiencia psicótica cada vez con mayor detalle y con menos malestar y por el uso efectivo de estrategias para disminuir la frecuencia o intensidad de los fenómenos psicóticos. El terapeuta ayuda al paciente afrontamiento de la psicosis utilizando una serie de procedimientos como: la psicoeducación, la exploración de estrategias de afrontamiento presentes y pasadas introduciendo a su vez estrategias de afrontamiento alternativas como la reducción de la tensión, la distracción y la focalización, fomentando la persistencia en los objetivos vitales y utilizando el diálogo socrático y las pruebas de realidad como herramientas nucleares para el debate de los contenidos delirantes y las creencias construidas sobre las experiencias psicóticas. La escena clínica siguiente nos ilustra la aplicación del debate socrático al contenido delirante de un paciente mantenido meses después de haber pasado su primera crisis psicótica:

El paciente acaba de contar cuándo y cómo empezó su delirio: Tras un atentado de ETA, en su universidad se hizo una manifestación en contra. El fue el único que no bajó de su clase a manifestarse porque piensa que manifestarse es una forma de darles crédito. Cuando volvió el profesor lo vio a él solo en la clase y desde entonces cree que piensan que él pertenece a ETA y lo vigilan

T. ¿Me dices que si no vas a las manifestaciones anti-ETA eres un proetarra?

P. La gente piensa eso

T. ¿Cuánta gente va a esas manifestaciones?

P. Toda la clase

T. ¿Y las que organizan en la ciudad?

P. 200-300 personas frente al ayuntamiento

T. ¿Sabes cuántos habitantes tiene Torrelavega?

P. 60000

T. ¿Entonces quieres decir que hay 59700 proetarras en Torrelavega?

P. Pero lo mío es diferente porque el profesor me vio sólo en clase al subir y creo que me denunció a la Guardia Civil

T.¿Y qué pasó con tu denuncia?

P. La Guardia Civil puede que montara un operativo de espionaje secreto

T.¿Y que tiene eso que ver con tus vecinos?

P. El hermano de mi vecina es profesor en la facultad y su marido un ex alto cargo del Gobierno. Ese es el enlace.

T. Bueno, pero entonces tengo una duda ¿por qué se difunde por ahí si es secreto de las Fuerzas del Estado?

P. Ya, eso no lo entiendo bien
T. Oye, ¿y siendo un personaje famoso no te han interrogado?
P. No, las escuchas se difunden por todo el vecindario
T. ¿Cómo lo sabes?
P. Me lo dicen por la calle
T. ¿Y eso que escuchas por la calle no podrían ser voces como las que escuchabas en tu casa, cuando decías oír a tus vecinos amenazarte y conspirar contra ti? Es que dices que llevas 4 años con esta teoría de la persecución sobre ti y sigues en la misma situación: no has salido a la luz pública, no te han detenido,… no sé no lo acabo de ver…
P. ¡Claro, porque no pueden encontrar nada contra mí, porque no soy etarra!
T. Y entonces, ¿para qué te iban a espiar?
P. En eso estoy
T. ¿Y nunca te has planteado la posibilidad de que todo esto sea una teoría que tus hayas desarrollado y que pueda estar equivocada?
P. (se queda en silencio durante un rato mirando al terapeuta con curiosidad)
T. O sea, que dos viejecitos pueden haber montado un dispositivo de espionaje en tu barrio, ¿Crees que las Fuerzas de Seguridad dejarían un asunto así en manos de dos jubilados de tu barrio?, ¿Tú te imaginas defendiendo esto ante un juez?
P. (Sonriendo) No, eso no.

Fase 3. *Fortalecimiento de la capacidad de relacionarse con los otros*. Se pretende aumentar la sensación de integración del paciente a través de la exploración de diferentes aspectos del sí mismo, de la facilitación de oportunidades para reflexionar sobre sí mismo y poniendo atención a las creencias psicóticas que tenga sobre los demás. Es un proceso en el que se busca el establecimiento de relaciones entre su sintomatología, sus creencias negativas sobre sí mismo y sobre los demás y sus dificultades personales, y donde se incorpora el entrenamiento en habilidades sociales en aquellos casos en los que se aprecie una evidente falta de habilidades para su desarrollo social. El éxito terapéutico en esta fase viene determinado por el incremento de la capacidad de identificar y poner en duda las creencias erróneas, por la capacidad de explicar por qué surgió su psicosis y de entender los motivos que producen sus síntomas, por el conocimiento de sus puntos fuertes personales y la disposición a emprender nuevos desafíos en la vida.

Fase 4.*Cierre y progreso*. Aquí se trataran las áreas relacionadas con el manejo de situaciones vinculadas a la pérdida y la decepción, con la planificación de futuro y con la derivación a otros dispositivos si fuesen necesarios. Además de la remisión o mejoría en la intensidad, interferencia y preocupación de la sintomatología psicótica y en la intensidad de las respuestas emocionales disfuncionales, el cierre final satisfactorio de la terapia vendría dado por la discusión con el paciente sobre sus experiencias con la terapia, por la identificación de sus recursos de apoyo y por la identificación de nuevas áreas para próximos desarrollos personales.

3. TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS

La aproximación psicológica a la sintomatología negativa se concentra en intentar minimizar la contribución de los factores sociales y psicológicos que puedan estar relacionados con su mantenimiento[23]. Esos factores pueden incluir los intentos realizados por el paciente para protegerse a sí mismo de futuras situaciones estresantes utilizando el aislamiento social; la inhibición de respuestas emocionales para escapar del dolor emocional y del trauma en una búsqueda de una especie de “anestesia emocional”; los esfuerzos mentales para intentar “apagar la mente” o bloquear los pensamientos relacionados con sus experiencias psicóticas; las respuestas físicas y emocionales gastadas por la presencia regular de los síntomas psicóticos que acaban conduciendo a sensaciones de debilidad y vacío y la desmoralización

asociada con la vergüenza, culpa o estigma por la repercusión personal y social de las experiencia psicóticas vividas, o por su incapacidad para deshacerse de ella. Ante todas estas circunstancias, los componentes claves para una intervención sobre la sintomatología negativa persistente incluye:

- Adaptar las técnicas de entrevista y consejo para adaptarse a las respuestas habitualmente más enlentecidas, así como a los diversos deterioros cognitivos presentes (ej. utilizar recursos que faciliten la memorización como tomar notas o grabar las consultas para revisarlas cuando lo necesite).
- Proporcionar al paciente y a su familia formulaciones realistas de su situación actual y un marco para la recuperación que genere esperanza y un optimismo realista.
- "Elicitar" y desafiar las visiones estigmatizantes sobre la enfermedad mental
- Animar debates que faciliten la separación del yo de la enfermedad
- Potenciar el conocimiento del yo y de los diferentes aspectos de la identidad, a la vez que se reafirman las cualidades personales positivas y se pone especial atención en una visión equilibrada del éxito y fracaso personal.
- Aumentar gradualmente la exposición a aquellas situaciones generadoras de ansiedad sin que se sobrepase la capacidad de resistencia en esos momentos del paciente y sin que conlleve un elevado coste emocional.
- Animar el establecimiento de una estructura y rutina en sus actividades diarias
- Animar el aumento gradual de la estimulación social y emocional desde unas metas realistas y con unas expectativas de logro tangibles.
- Desafiar las creencias y afirmaciones derrotistas
- Tratar activamente los síndromes coexistentes como el trauma postsicótico y la depresión secundaria a las vivencias de perdida o la ansiedad social.

4. INTERVENCIÓN FAMILIAR

Las necesidades terapéuticas de las familias cuando conectan por primera vez con el servicio de salud mental suelen ser muy variadas y precisan de intervenciones muy flexibles y adaptadas a las distintas etapas por las que se va a pasar tras el inicio de una psicosis en uno de sus familiares. Las familias tienden a solicitar información sobre la enfermedad, el tratamiento, la evolución, su papel, etc. a la vez que necesitan contar su historia sobre la experiencia que están viviendo con la psicosis: los problemas para iniciar el tratamiento, sus miedos, su desconcierto, sus emociones de dolor, pérdida, rabia, etc. Muchos solicitan también ayuda para solucionar los problemas que plantea la nueva situación: costes, reorganización familiar, trabajo, cuidados, etc. Pero cada familia tiene su estilo propio de demanda y necesidades terapéuticas. Así, por ejemplo, algunas enganchan mejor con intervenciones psicoeducativas y otras prefieren centrarse en las interacciones familiares. En algunas circunstancias las familias pueden necesitar intervenciones terapéuticas mas complejas. Esto ocurre en aquellos casos donde ya existían problemas en las relaciones familiares anteriores al inicio de la psicosis o se habían producido situaciones de trauma o abuso en el paciente. El impacto traumático del inicio de la psicosis y las reacciones emocionales que se producen en la familia de culpa, negación, ira o desesperanza son otra de esas circunstancias especiales a considerar[24].

Las intervenciones familiares, por su parte, tienen ya una larga historia y han demostrado su utilidad para la mejora del curso de la psicosis y para la mejora en la calidad de vida de las familias y en la propia salud mental de sus miembros. Pese a la variedad de modelos y terapias existente en la actualidad, Lobban y Barrowclough[25] encuentran una serie de elementos comunes en las intervenciones familiares cuya incorporación es imprescindible para la intervención con las familias en un primer episodio psicótico:

1 *Ofrecer apoyo temprano*. Motivar y proporcionar un buen apoyo práctico desde el inicio del episodio a las familias puede impedir el desarrollo de creencias y estrategias de afrontamiento inútiles o perjudiciales.
2 *Proporcionar motivos claros para la intervención familiar*. Con frecuencia, los familiares preguntan si tienen ellos la culpa de la psicosis, y el ofrecimiento de apoyo desde los equipos de salud mental puede servir paradójicamente para reforzar esta creencia. Es necesario hacerles saber de manera bien explicita, que no existe evidencia alguna de que las familias causen psicosis. A la vez, debemos resaltar, por el contrario, que las familias sí juegan un papel fundamental en la ayuda a la recuperación de su familiar. Para esta tarea, en muchas ocasiones van a necesitar apoyo para aprender a tratar con una experiencia tan desafiante y estresante como la psicosis.
3 *Permitir a los miembros de la familia contar su historia*. A menos que los familiares sientan que han sido escuchados y entendidos, es improbable que desarrollen la confianza para trabajar con los terapeutas en otras tareas. Sin escuchar su historia, los clínicos no entenderán la magnitud de los desafíos que tiene que encarar la familia y no podrán ayudarles a entender adecuadamente lo que esta ocurriendo.
4 *Reconocer y validar el impacto de la psicosis en la familia*. La experiencia de ver al ser más querido sufriendo una psicosis puede ser devastadora. Ayudar a los familiares a reconocer la intensidad de este impacto, a entender la psicosis como una circunstancia natural del devenir de la salud de la gente y a aceptar las reacciones emocionales intensas que genera, fortalece sus capacidades de afrontamiento y resistencia.
5 *Proporcionar información*. La simple transmisión de información no cambia las creencias de las personas. Es importante que los clínicos entiendan el modelo de psicosis que tienen los familiares y sean capaces de proporcionarles la información que acierte en las dianas emocionales y de conocimiento que permitan el desafío de aquellas creencias inexactas, inútiles o perjudiciales y el cambio posterior. Este proceso necesitará de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales e incluirá experimentos conductuales.
6 *Identificar metas claras y realistas para el trabajo con la familia*. Todas las familias tienen problemas y muchos de esos problemas no están ligados a la psicosis y pueden ser inadecuados para la intervención. Es necesario trabajar con los familiares en la identificación de metas claras y realistas que se puedan construir sobre sus capacidades.
7 *Usar una aproximación pragmática*. Todas las familias son diferentes, por tanto, los servicios necesitan ser flexibles en la manera de proporcionar el apoyo a la amplia variedad de problemas que se presenten. Esto puede incluir flexibilidad en la estructura, en el tiempo y en el contenido de las intervenciones.
8 *Apoyo y supervisión del servicio*. Trabajar con las familias conlleva una alta demanda del tiempo, habilidades y compromiso de los clínicos. Apoyar a los clínicos desde todos los niveles del servicio es crucial para el mantenimiento a largo plazo del servicio familiar.

A su vez, estos principios comunes tienen que adaptarse a las etapas por las que pasan las familias en su primer contacto con la psicosis. Gleeson, Jackson, Stavely & Burnett[26] detallan una serie momentos diferenciados y las intervenciones adecuadas para cada uno. *Después de la detección* de la psicosis el trabajo se centra en el impacto de las crisis psicótica en la familia y en sus reacciones al inicio del tratamiento. Esto supone abordar la revisión de sus esquemas explicativos y las habituales reacciones de estrés agudo caracterizadas por ansiedad, depresión, y por el dolor y la pena que producen la repetición de incidentes en

la convivencia doméstica. Se pone especial atención al estigma, a la ventilación de emociones y al modelo familiar de enfermedad. Posteriormente, durante *el inicio de la recuperación* el trabajo se centra en el estilo de afrontamiento, la competencia y el funcionamiento adaptativo de la familia. Y al final durante *la estabilización*. Se trabaja para conseguir la estabilización familiar y reducir el impacto de la psicosis en la vida de los miembros de la familia y en la prevención de estilos de afrontamiento que generen dependencia excesiva. Esta propuesta es recogida y ampliada posteriormente (ver tabla 2) por Addington y cols[27], y nos sirve como modelo para organizar la asistencia a las familias en el primer episodio psicótico y poder usar el formato de intervención familiar propuesto por Barrowclough & Tarrier[28] que incluye tres componentes: psicoeducación, entrenamiento en manejo de estrés y respuestas de afrontamiento y un programa de establecimiento de metas.

Tabla 2. Estadios de trabajo del modelo de recuperación familiar de un primer episodio psicótico[27].

Etapas	Metas	Intervención individual
Estadio 1 Manejo de la crisis	Enganchar con la familia Desarrollar una relación de trabajo Elaborar una historia detallada y evaluar las necesidades Ayudar al manejo de la crisis Ofrecer un modelo explicativo inicial de la psicosis Identificar las familias de alto riesgo	Contacto frecuente Apoyo alto Apoyo práctico y emocional para minimizar el trauma Mensajes claros y repetidos sobre la psicosis y su tratamiento Educación sobre el papel de la familia en el tratamiento
Estadio 2 Estabilización inicial y facilitación de la recuperación	Evaluar el funcionamiento familiar Desarrollar una alianza terapéutica Aumentar el conocimiento familiar de la psicosis Ayudar a la familia a entender el proceso de recuperación y a identificar señales tempranas de alarma Identificar las familias de alto riesgo y aquellas con modelos de interacción inadecuados	Apoyo y educación Afrontamiento familiar con foco en mantener la mejoría Estrategias de afrontamiento y de solución de problemas para tratar con la psicosis Trabajo intensivo para familias de alto riesgo

Estadio 3 Consolidar las mejorías	Aplicar el conocimiento al día a día Implicación activa del paciente en recuperar sus habilidades Manejar el riesgo de recaída Reajustar las expectativas Mantener el bienestar psicológico personal	Sesiones de seguimiento Centrarse en signos tempranos de recaída, adherencia al tratamiento y solución de problemas específicos Promover el aumento de la independencia e individualización desde el sistema Trabajo mas intensivo para familias de alto riesgo y de altas necesidades Preparar la finalización
Estadio 4 Recuperación prolongada	Cambiar expectativas Adaptarse a una recuperación incompleta Transición a servicios de larga duración Desarrollar un consenso observando el pronóstico a más largo plazo	Trabajo individual centrado en la pérdida y la pena

RESUMEN

A lo largo de este capitulo hemos intentado trasladar la importancia de detectar y tratar la psicosis lo mas cercanamente posible a su inicio. Para ello, hemos expuesto un modelo de intervención que pivota sobre estrategias de detección y de derivación rápidas a los servicios especializados de salud mental y hemos descrito un formato de tratamiento integral adaptado a las fases iniciales de un primer episodio psicótico. Esto supone un primer paso importante para el necesario cambio cultural y asistencial en nuestra red sanitaria, pero quedan aún temas importantes pendientes que necesitan mejorarse y añadirse a esta propuesta. Así, y en cuanto a la detección sabemos que hay un espacio personal de reconocimiento inicial del malestar y de solicitud de ayuda al que es muy difícil llegar desde nuestra manera actual de organizar la asistencia en salud mental. Necesitamos estrategias comunitarias proactivas de detección y de modificación de las conductas de búsqueda de ayuda dirigidas a la población general y, a la vez, seguir la tendencia ya iniciada internacionalmente en la búsqueda de la psicosis antes aún de su primer episodio. En cuanto a la recuperación, además de los tratamientos aquí expuestos queda pendiente la laguna de los aspectos educativos y laborales para esta franja de población. Una persona de 20 años con un primer episodio de psicosis no sólo lo tiene difícil para acceder a un modelo como el aquí propuesto, que se podría implantar con relativa facilidad, pero que sigue ausente de nuestros dispositivos, sino que no va a contar con medidas ni recursos adecuados que le apoyen en sus aspiraciones de recuperación y desarrollo personal incluyendo las limitaciones que

le queden. Hoy en día, una persona que haya resuelto sus síntomas y conseguido su recuperación psicológica sólo puede elegir entre el mundo real compitiendo en desigualdad de condiciones con desiguales o en escenarios laborales o formativos protegidos, pero pensados para pacientes en un estado de cronicidad, de deterioro y biográfico muy distintos a su caso. Necesitamos pensar una rehabilitación diferente para pacientes diferentes, en edades diferentes y con necesidades diferentes. Tras un primer episodio de psicosis, nadie debería renunciar a sus ilusiones, pero tampoco debería estar tan ciego ni tan solo como para luchar por ellas sin ningún tipo de protección ni respaldo. Particularmente, cuando ya disponemos de estudios de coste eficacia que demuestran que el coste de todo este esfuerzo (dispositivos, equipos, programas) es menor aún que el coste de nuestro actual sistema, y sus resultados personales mejores. El coste total de un paciente atendido en un servicio de intervención temprana es de 10.927 libras frente a las 16.704 libras del coste de un paciente atendido en los servicios de salud mental habituales[29, 30]. No estamos sólo ante un simple cambio de estrategias terapéuticas, estamos ante una reforma de nuestros sistemas de atención a la psicosis, o por extensión, si se prefiere de atención a la enfermedad mental severa.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Edwards, J. & McGorry, P.D. *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis. 2004.Primera guía editada para poder poner en marcha un servicio de intervención temprana. Incluye una descripción de los principales servicios y programas de intervención temprana en el mundo, de los formatos de tratamiento adecuado y un análisis detallado de los elementos claves para crear un servicio o programa de intervención temprana. Recoge asimismo las primeras directrices internacionales y declaraciones de consenso. Un joven texto ya clásico.

Gleeson, J.F.M. & McGorry, P.D. *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Editorial DDB. 2005. Excelente manual clínico que recoge todas las opciones terapéuticas actuales para la intervención en el inicio de la psicosis. El texto incluye los tratamientos indicados para cada fase, así como para tipo de sintomatología. En sus capítulos se combinan perfectamente la descripción teórica de las intervenciones con presentaciones prácticas de su aplicación. Incluye, además, un capitulo para la implementación de estas terapias en los servicios de intervención temprana.

Gumley, A. & Schwannauer, M. *Volver a la normalidad después de un trastorno psicotico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaidas*. Bilbao: Declee de Brouwer. 2008. Guía clínica destinada a la recuperación al mantenimiento de la mejoría y a la prevención de recaídas de los primeros episodios de psicosis desde una intervención cognitiva interpersonal. Aborda aspectos tan necesarios en esos primeros momentos como la reorganización del yo, la desconfianza interpersonal, las reacciones traumáticas a la psicosis o el miedo a las recaídas y lo ilustra con multitud de escenas clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Servicio Andaluz de Salud. Detección e Intervención Temprana en las Psicosis. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010.

(2) Vallina, O., Fernández, P. y Lemos, S. La intervención temprana. Un nuevo marco y oportunidad para la prevención de la psicosis. En Informe del Estado Actual de la Prevención en Salud Mental. Real Patronato de la Discapacidad; 2011; (en prensa).

(3) Mauritz, M. y Van Meijel, B. Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. Archives of Psychiatric Nursing, 2009; 23, 3: 251-260.

(4) Power, P., Smith, J., Shiers, D. & Roberts, G. Early intervention in first-episode psychosis and its relevance to rehabilitation psychiatry. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (Eds.) Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry. London: Gaskell; 2006: pp.127-145.

(5) Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B., McGorry, P., & Lambert, M. The first -episode psychosis outcome study: premorbid and baseline characteristics of and epidemiological cohort of 661 first episode psychosis patients. Early Intervention in Psychiatry, 2007;1, 2: 191-200.
(6) National Institute for Mental Health. Early intervention for people with psychosis. 2003. http://www.p3-info.es/PDF/NIMHE.pdf
(7) Bertolote, J. & McGorry, P. (Early intervention an recovery for Young people with early psychosis: consensus statement. British Journal of Psychiatry, 2005: 187, (suppl. 48): 116-119.
(8) Marshall, M., Harrigan, S. & Lewis, S. Duration of untreated psychosis: Definition, measurement and association with outcome. In Jackson, H. & McGorry, PD. (Eds.) The Recognition and Management of Early Psychosis: A preventive Approach. New York: Cambridge University Press; 2010. pp.125-146.
(9) Brunet, K. & Birchwood, M. (2010). Duration of untreated psychosis and pathways to care. In French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M. & Raine, M. (Eds.). Promoting Recovery in Early Psychosis. A practice Manual (pp.9-16). Wiley-Blackwell.
(10) Tanskanen, S., Morant, N., Hinton, M., Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Killapsy, H., Raine, R., Pilling, S. y Johnson, S. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualiative study. BMC Psychiatry, 2011; 11: 157.
(11) Lester, H., Birchwood, M., Freemantle, N., Michail, M. y Tait, L. REDIRECT: cluster randomised controlled trial of GP training in first-episode psychosis. British Journal of General Practice, 2009; 59: 403-408.
(12) Larsen, T., Joa, I., Langeveld, J. y Johannessen, J.Optimizing health-care systems to promote early detection in psychosis. Early Intervention in Psychiatry, 2009; 3, suppl 1: 13-16.
(13) Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M. & Jonhson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. The Brististh Journal of Psychiatry. 198, 256-263.
(14) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos 10. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009.
(15) Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agéncia dÁvaluación de Tecnologia i Reserca Médiques de Cataluña; 2009.
(16) Vallina, O., Alonso, M., Gutierrez, A., Ortega, JA., García, P., Fernández, P. & Lemos, S. Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. Norte de Salud Mental. 2002; 15: 35-41.
(17) Vallina, O., Fernández, P. & Lemos, S. Intervención temprana en personas con psicosis. En Pastor, A., Blanco, A. & Navarro, D. (Eds.) Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave Madrid: Editorial Síntesis; 2010: pp. 139-172.
(18) Molller, M.D. & Zauszinewski, J.A. (2011). Psychophenomenology of the postpsychotic adjustment process. Archives of Psychiatric Nursing, 25, 4, 253-268.
(19) Henry, L.P., Edwards, J., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. y McGorry, P.D. (2002). Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): a practitioner´s manual. Manual 4 in a series of Early Psychosis. Melbourne: EPPIC; 2002.
(20) Mueser, K., Lu, W., Rosenberg, S. y Wolfe, R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. Schizophrenia Research, 2010; 116: 217-227.
(21) Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., Barton, K., Jones, J., Ross, K., Russell, R., Newton, E., Dunn, G. y Birchwood, M.Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post-psychotic trauma symptoms. Behaviour Research and Therapy, 2009; 47:454-462.
(22) Jackson, C., Bernard, M. y Birchwood, M. The efficacy of psychotherapy in reducing post-psychotic trauma. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2011; 20: 127-131.
(23) Herrmann-Doig, T., Maude, D. y Edwards, J. Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A psychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis. London: Martin Dunitz; 2002.
(24) Burbach, F., Fadden, G. y Smith, J. Family interventions for first episode psychosis. In French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M. & Rayne, M. (Eds.) Promoting recovery in early psyhosis. A practice manual: Oxford. Wiley-Blackwell; 2010. pp 210-225.
(25) Lobban, F. y Barrowclough, C. A casebook of family interventions for psychosis. Chichester, Wiley-Blackewll; 2009.

(26) Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H., & Burnett, P. Family interventions in early psychosis. In P. McGorry & H. Jackson (Eds.), The recognition and management of early psychosis: A preventive approach Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1999. pp. 376-406.
(27) Addington, J., Collins, A., McCleery, A. y Addington, D. The role of family work in early psychosis. Schizophrenia Research, 2005; 79: 77-83.
(28) Barrowclough, C., & Tarrier, N. Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall; 1992.
(29) Knapp, M., McDaid, D. y Parsonage, M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London. Department of Healt; 2011.
(30) Jones, P., Shiers, D. & Smith, J. Specialist EIP services versus a CMHT model for providing early intervention in psychosis. IRIS Early Intervention in Psychosis; 2010.

5.5. La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y Sistemas de Atención

Ander Retolaza

Para llevar adelante un programa que incluya al menos en parte algunas de las tareas señaladas en el capítulo 4.4 (La toma a cargo del paciente en atención primaria y salud mental: ¿coordinación o integración?), en los últimos años se han propuesto diferentes técnicas y modelos de trabajo, varios de los cuales suponen un gran vuelco en los modelos de atención tradicionales y conllevan un cambio cultural considerable en lo relativo a los sistemas de organización de la asistencia. Uno de estos modelos es el de gestión de casos y/o enfermedades[1] que, en esencia consiste en responsabilizar a una persona del equipo de la coordinación y seguimiento (no necesariamente del tratamiento) de un determinado número de personas con una determinada patología. Para ello se potencia un sistema de atención proactivo, en el que el profesional no debe sólo responder de una manera reactiva a las demandas y propuestas del paciente, sino que debe ser capaz de adelantarse a ellas y educar a éste en el cuidado de sí mismo. Se suelen establecer sistemas de alarma para determinadas situaciones a evitar o para tareas periódicas que el seguimiento del caso requiera. Este terreno se está desarrollando de una manera especial en muchos lugares del mundo gracias a cambios en los roles de enfermería. En el caso de la depresión, por ejemplo, esta tarea afecta tanto a la enfermería de atención primaria como a la especializada. Parte de este cambio resulta facilitado por el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación que hacen accesibles y factibles, mediante el concurso de la informática, la telemedicina, etc., sistemas de trabajo que hasta hace poco estaban fuera de nuestro alcance. Algunos de estos modelos hacen especial énfasis en la educación del paciente y sus familiares en el conocimiento y cuidado de su propia enfermedad[2]. Esto tiene especial relevancia en el caso de enfermedades crónicas en las que lo importante es organizar, de la manera más práctica posible, un buen sistema de cuidados en el que la frecuentación médica no se dispare de manera incontrolada y la simple consulta de rutina pueda ser sustituida por otras modalidades más efectivas y, también menos costosas, de atención. En este sentido la potenciación y uso de los sistemas comunitarios de apoyo presentes en el entorno vuelve a cobrar carta de naturaleza como elemento terapéutico[2].

Por otro lado, no ya la coordinación, sino, más allá de ella, la integración de servicios y procesos asistenciales se constituye en la norma. Algunos componentes clave para una buena integración de servicios son los siguientes[3]:

- Los equipos están localizados físicamente en un mismo edificio
- Existe un sistema de educación individualizado y colaborativo dirigido a los pacientes
- Hay disponibilidad de un psiquiatra consultor
- Existe un apoyo administrativo suficiente

Como se sabe entre los trastornos mentales comunes de mayor prevalencia en entornos comunitarios está la depresión. A modo de ejemplo, que puede servir también para otros casos, señalaremos diversos aspectos de los que algunos autores señalan como importantes para la mejora del abordaje de la depresión en el caso de los ancianos[4]:

- Profesionales no médicos como gestores de caso
- Educación de gestores y clínicos en tratamientos de eficacia probada

- Desarrollar sistemas para monitorizar síntomas y grado de respuesta al tratamiento
- Apoyo a la AP desde especialistas del segundo nivel.

Vemos que se hace necesaria, como venimos señalando, una adecuada revisión de los roles profesionales y el desarrollo de intervenciones tempranas. Algunos autores describen cuatro elementos básicos para un abordaje efectivo: asegurar un adecuado seguimiento, disponer de buenos sistemas de información, dar formación a pacientes y familiares y realizar un buen apoyo al médico de familia[5]. Los elementos clave para un adecuado manejo de la depresión están basados en el uso sistemático de guías clínicas, educación del paciente y el profesional, uso de herramientas de ayuda en el diagnóstico y tratamiento, registro adecuado de la información y gestión de casos[6]. Se viene proponiendo un modelo gradual y escalonado de atención como mejor sistema de organización de cuidados. Hay que destacar que el uso de guías de práctica clínica o de métodos de cribaje sistemático no resultan siempre todo lo eficaces que a primera vista parecen. La mayoría de autores coinciden en que, utilizados de forma aislada, estos instrumentos no logran una efectividad suficiente[7]. En cambio cuando forman parte de una batería de intervenciones bien estructurada y están inmersos en un sistema integrado de atención su efectividad es indudable[7,8,9].

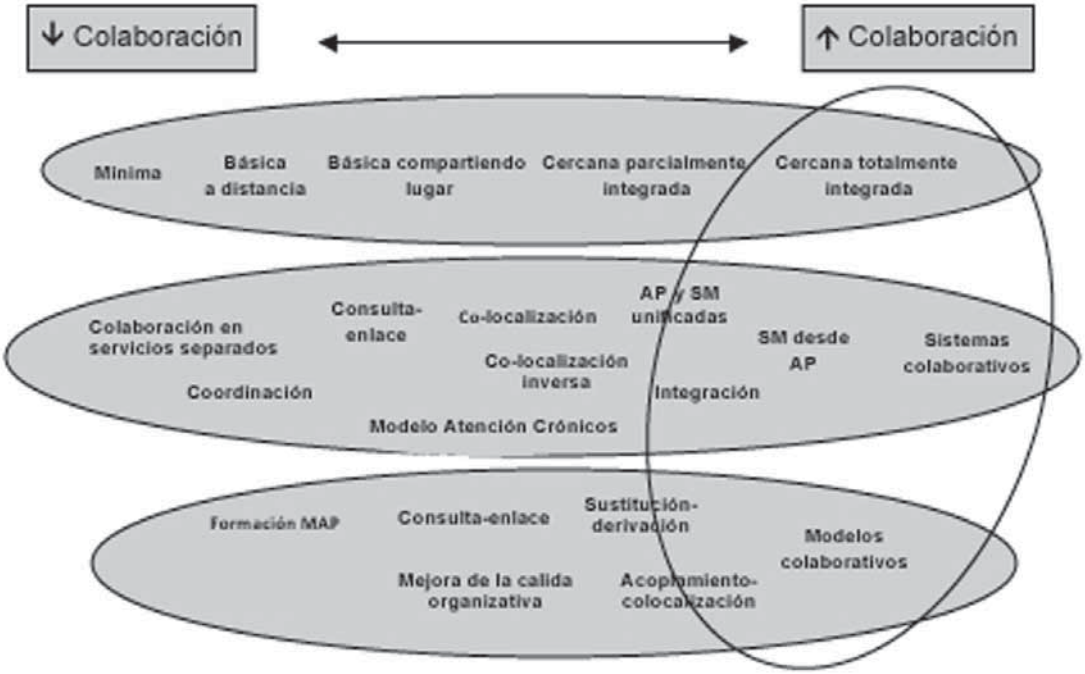
Describiremos ahora algunos modelos de atención que integran diversos aspectos de los mencionados hasta ahora y que se están ensayando en distintos lugares del mundo a fin de realizar un adecuado abordaje de los trastornos mentales comunes, implicando en ello, de una manera estructurada, a cuantos servicios asistenciales tengan contacto con los pacientes. Aunque son modelos que sirven para organizar la actividad del conjunto del sistema sanitario, y no sólo la salud mental, se están aplicando también en muchos de los dominios de ésta, por ejemplo en el ámbito de la depresión a la que se recomienda caracterizar como una patología crónica, dado el importante índice de recidivas y casos sin remisión completa que presenta.

MODELOS COLABORATIVOS[10,11,12]

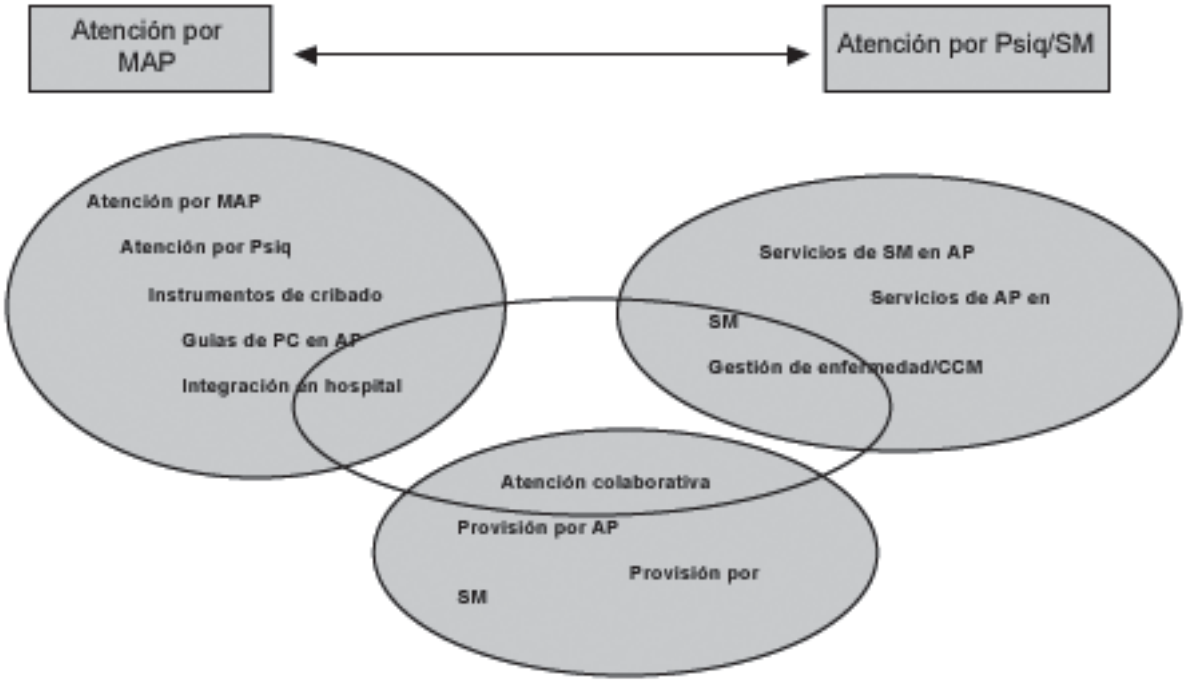
El aspecto más destacado de los mismos es la cooperación, la colaboración y el apoyo sistemático entre niveles asistenciales, particularmente entre la atención primaria y la especializada, como elemento central de la práctica cotidiana. Existe un grado progresivo de desarrollo del modelo, incluso en su evolución histórica, que va desde la coordinación a la localización conjunta en un mismo edificio o servicio, llegando finalmente a la completa integración. En algunos casos se han desarrollado sistemas de *co-localización*: los profesionales de salud mental, particularmente psicólogos y psiquiatras consultores, están ubicados en el servicio de atención primaria, e incluso, *co-localización inversa*, en la que son los médicos de familia quienes trabajan en el servicio de salud mental a efectos de abordar *in situ* la comorbilidad médica de los pacientes psiquiátricos[13].

Algunos de los componentes e intervenciones principales de los modelos colaborativos son los siguientes:

- Involucran tanto a AP como a SM
- Hacen hincapié en la formación del profesional
- Insisten en la educación del paciente
- Promueven la utilización de Guías de Práctica Clínica y protocolos
- Promueven la mejora de la comunicación entre profesionales de AP y SM
- Utilizan sistemas de información compartidos
- Seguimiento y monitorización de resultados
- Promueven la introducción de gestores de casos y/o de enfermedades
- Desarrollan sistemas escalonados o graduales de atención
- Insisten en elementos tales como: Preparación, liderazgo, tiempo y estructuras de apoyo, etc…



Grados de colaboración AP/SM



Intervenciones según grado de implicación MAP/Psiq

Entre los programas y enfoques relacionados con los Modelos Colaborativos están los que siguen:

- Atención escalonada *(Stepped Care)*[14]
- Modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model)[15]
- Programas de gestión de casos y de enfermedades[1]
- Programas de mejora de la calidad[16]
- BTS *(Breakthrough Series)*[17]

No entraremos en explicar los programas de mejora de la calidad o de gestión de casos y enfermedades, probablemente conocidos por el lector y descritos con detalle en otros lugares. Hablaremos un poco de los tres modelos restantes que quizá resulten menos

familiares en nuestro medio y que incorporan múltiples aspectos de los anteriores.

EL CUIDADO COMO PROCESO ESCALONADO ENTRE NIVELES *(STEPPED CARE)*[14]

El creciente desarrollo de servicios de psiquiatría comunitaria, o por lo menos de recursos ambulatorios que ofertan atención especializada, en la mayoría de los países desarrollados ha contribuido a una notoria ampliación e incremento de los servicios prestados por éstos. Algo parecido viene ocurriendo con la atención primaria de salud. Este desarrollo de ambos niveles asistenciales no siempre ha sido armónico y ha conllevado frecuentes contradicciones, con solapamiento en algunas tareas y prestaciones, mientras simultáneamente se producía el riesgo de abandono en otras. Concretamente en el terreno de los trastornos mentales comunes no existe en la actualidad en nuestro país, al menos desplegado de una manera sistemática, un modelo de trabajo que permita ofrecer a los profesionales criterios suficientemente precisos para una mejor interrelación de niveles en este campo. Necesitamos un marco de trabajo que tenga en cuenta las interfases entre niveles, que sea sencillo y útil, que sirva para generar ideas y nuevas líneas de acción resolutivas y que, finalmente, sin dejar de ser flexible, contribuya a facilitar un adecuado reparto de tareas. Este marco general debe ser formulado lo más clara y explícitamente posible, con criterios de efectividad, eficiencia y equidad.

Características del paciente:	Manejo recomendado:	Servicios implicados:
Paso 1: Detección	Valoración y cribado en Atención Primaria	Médico General, Enfermera, Equipo de AP, Trabajadores de Salud (monitores, auxiliares) en AP
Paso 2: Depresión leve	Esperar y observar, Guías de autoayuda, Terapia Cognitivo Conductual por Internet, Ejercicio físico, Psicoterapia breve, Registro de casos	Equipo AP, Trabajadores de salud en AP, Consejero Práctico, Apoyo local por organizaciones o servicios sociales en la Comunidad
Paso 3: Depresión moderada o severa	Medicación (ISRS), Terapia Cognitivo Conductual o Terapia Interpersonal, Soporte Social	Equipo AP, Médico General (medicación), Consejero Práctico, Servicios psicológicos en la comunidad
Paso 4: Depresión resistente, depresion atípica, psicótica o recurrente, situaciones de riesgo significativas	Medicación (ISRS), Intervenciones psicológicas complejas, Tratamientos combinados, Especialistas de Salud Mental, Intervenciones multidisciplinarias	Equipo de SM, Psicoterapeutas especializados, Equipos de crisis
Paso 5: Riesgo vital, Deterioro importante	Medicación, Tratamientos Combinados, TEC	Cuidados Hospitalarios, Intervención en crisis

Depresión: Guía de manejo y Recomendaciones[18]

Características del paciente:	Manejo recomendado:	Servicios implicados:
Paso 1: Detección	Valoración y cribado en AP	Médico General, Enfermera, Equipo de AP, Trabajadores de Salud (monitores, auxiliares) en AP
Paso 2: Ofrecer tratamiento en AP	Psicoterapia breve (Cognitivo Conductual); Farmacotarapia (ISRS o Imipramina, Clormipramina en trastornos de pánico); Guías de autoayuda	Equipo AP, médico general (medicación), Trabajadores de salud en AP, Consejero Práctico, Apoyo local por organizaciones o servicios sociales en la Comunidad
Paso 3: Revisión y proponer alternativa	Otra alternativa diferente entre las recomendadas en el paso anterior	Como en Paso 2
Paso 4: Fracaso de intervenciones en AP	Derivar a Salud Mental	Equipos especializados
Paso 5: Cuidados de especialistas de Salud Mental	Evaluación Holística de las necesidades del caso, incluyendo circunstancias sociales, TCC con terapeutas experimentados; Potenciación del tratamiento farmacoterapéutico, Tratar comorbilidad; Enviar a servicios terciarios	Equipos especializados Servicios Hospitalarios

Ansiedad: Guía de manejo y Recomendaciones[19]

En esta línea diversos autores y programas, especialmente en el Reino Unido, siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (Nacional Institute for Clinical Effectiveness), han formulado, en los últimos años, algunas guías de procedimiento. En esencia se trata de organizar un esquema general de cuidados con procesos de dificultad creciente para el manejo y resolución de los trastornos mentales más frecuentes y comunes. El procedimiento se ha denominado como *stepped care* (cuidados escalonados). En las dos tablas siguientes resumimos las guías de manejo y recomendaciones generales de este modelo en el caso de los trastornos depresivos y los ansiosos.

EL MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS *(CHRONIC CARE MODEL)*[15, 20]

En este modelo el cuidado efectivo de pacientes ambulatorios se caracteriza por interacciones productivas entre pacientes, familiares y cuidadores activados y equipos de clínicos en disposición proactiva para esta modalidad de trabajo. Este modelo se beneficia de sistemas de atención que utilizan de una manera habitual los recursos comunitarios de su entorno. El objetivo es alcanzar una dispensación de cuidados que sean seguros, efectivos, oportunos en el tiempo, centrados en el paciente, eficientes y equitativos. Cualquier cambio operado

en el sistema debe ser evaluado con estos principios. A continuación describiremos con mayor detalle los objetivos mayores de este modelo. Observaremos que muchos de ellos vienen formando parte, desde los años de las reformas psiquiátricas, de algunos de los principios de la psiquiatría comunitaria.

- *Autocuidado*: Consiste en preparar y empoderar a los pacientes para el manejo de su salud y los cuidados de la misma. En esencia se trata de enfatizar el papel central del paciente en el manejo de su propia salud. Un factor de importancia es el uso efectivo de estrategias de autocuidado que incluyan evaluación del estado del paciente, entornos de cuidado, planificación de acciones, resolución de problemas y seguimiento. Para este objetivo deben organizarse recursos, tanto propios del paciente y su medio habitual como profesionales y comunitarios, capaces de proveer el soporte necesario.
- *Diseño de un sistema de atención adecuado*: Se trata de asegurar la provisión de un soporte efectivo de cuidados clínicos, eficientes y basado en el autocuidado. Para lograrlo hay que definir roles y distribuir tareas entre los miembros del equipo asistencial y utilizar interacciones planificadas de cuidados basados en evidencia probada. El sistema debe de ser capaz de proveer atención a pacientes complejos y asegurar un seguimiento regular de los mismos. El cuidado debe ser proporcionado de tal manera que sirva de información y contribuya a la educación de los pacientes sobre su enfermedad.
- *Decisiones fundamentadas*: Hay que promover un tipo de cuidado coherente con la evidencia científica y que, simultáneamente, atienda a las preferencias de los pacientes. Para ello es preciso hacer rutinario el uso de guías clínicas en la práctica cotidiana, integrar atención primaria y especializada, utilizar métodos probados para educar al proveedor y compartir la información pertinente con los pacientes estimulando su participación.
- *Desarrollar sistemas de información clínica*: El objetivo es estructurar los datos disponibles de manera que sirvan para facilitar un cuidado efectivo y eficiente. Algunas tareas en este ámbito son las que siguen:
  - Disponer de sistemas de recordatorio de actividades, accesibles tanto para los pacientes como para los clínicos.
  - Identificar subpoblaciones relevantes cara a un cuidado proactivo
  - Promover un plan individualizado de cuidados
  - Compartir información cara a una mejor coordinación de cuidados
  - Disponer de un sistema de registro que facilite el cumplimiento de tareas del equipo y de los cuidados procurados.
  - *Organización de cuidados de salud*: Se trata de crear una cultura en la organización asistencial en la que estén presentes mecanismos que promuevan seguridad clínica y cuidados de alta calidad. Hay que hacer visible el apoyo a las mejoras en todos los niveles de la organización, comenzando por los líderes clínicos, y promover estrategias efectivas de mejora que aporten cambios sistémicos alineados con el modelo. Por otro lado, es preciso estimular un manejo abierto y sistemático de errores y problemas de calidad a efectos de una mejora de cuidados. Para ello se pueden estimular incentivos basados en la calidad de la atención y desarrollar acuerdos que faciliten la coordinación de cuidados en la propia organización y hacia fuera de la misma.
  - *Comunidad*: Hay que movilizar los recursos comunitarios precisos para satisfacer las necesidades de los pacientes. Debe estimularse la participación de los pacientes en programas comunitarios. También tendremos que participar como profesionales, junto con otros agentes sociales, en el patrocinio de organizaciones de soporte que cubran necesidades de los pacientes y apoyar políticas de mejora social y asistencial.

BREAKTHROUGH SERIES (BTS)[17, 21]
Se trata de un método de mejora de la calidad asistencial desarrollado por el Institute for Healthcare Improvement (IHI) en USA. Se basa en el trabajo simultáneo y colaborativo de diferentes grupos multidisciplinares en pos de un objetivo común que busca una implementación, rápida y capaz de extenderse a toda una organización, de las mejores prácticas conocidas . En los últimos 15 años se han desarrollado más de 700 experiencias con este método en USA, Canadá, Holanda, Reino Unido y otros países europeos, algunas de ellas centradas en la salud mental, en concreto en el campo de la depresión.

Este método exige un esfuerzo colaborativo de profesionales y gestores con equipos interdisciplinares a varios niveles que prueban y miden prácticas innovadoras e intercambian sus experiencias, lo que estimula la implantación de las mejores entre ellas. Se supone que en el proceso se genera también un liderazgo clínico. El modelo se apoya en una metodología de abordaje sistemático y una mejora continua de la calidad que suponen un esfuerzo para acelerar el aprendizaje y progresar en la extensión de las innovaciones. Hay que resaltar que con esta metodología no se trata de investigar sobre novedades en el campo de la clínica, sino más bien de estimular el desarrollo de actividades cuya eficacia ya está demostrada, pero, por diferentes motivos, no están implantadas en la práctica habitual de los servicios. Esta situación es muy frecuente en la clínica cotidiana, donde los avances diagnósticos, terapéuticos u organizativos, a veces tardan tiempo en implementarse. El Modelo BTS es una ayuda para conseguirlo. En la actualidad se está utilizando este modelo en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud con el objetivo de intentar introducir mejoras en el manejo de la depresión ambulatoria, tanto en servicios de atención primaria como de salud mental. Una vez seleccionado el problema en cuestión (en este caso el manejo de la depresión) se llama a un grupo de expertos que diseña un paquete de cambios, introduciendo prácticas que puedan resultar efectivas en función de la evidencia disponible y que no se estén llevando a cabo en el presente. Se construyen también indicadores para medir la eficacia de las medidas a tomar. En la fase siguiente se incorporan al proyecto una serie de equipos participantes a los que se prepara, mediante una primera sesión de aprendizaje, para el desarrollo de las actividades diseñadas. Entre éstas los equipos participantes eligen los objetivos a conseguir, que deben ser lo más claros y medibles que sea posible, y se planifican las intervenciones Se pasa después al período de acción en el que los equipos ponen en marcha los cambios sobre el terreno y elaboran informes periódicos sobre el impacto de las medidas. El grupo líder da soporte metodológico y apoya a los equipos visitando los centros y suministrando información. Durante el período de acción, que suele durar en torno a un año, se intercalan otras sesiones de aprendizaje en las que los equipos intercambian sus experiencias y aprenden unos de otros, mediante una puesta en común de resultados. Esto permite ajustar el proceso de mejora mediante ciclos PDSA (Planificación-Acción-Ajuste-Mejora). Cuando el período de acción está avanzado y se han producido varias sesiones de aprendizaje se entra en una fase de mantenimiento de los resultados y diseminación de la experiencia, mediante la realización de comunicaciones y la socialización con el resto de la organización.

INTERACCIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. EVIDENCIA DISPONIBLE

Está claro que la colaboración entre profesionales y niveles asistenciales para la atención a los pacientes con depresión y otros trastornos mentales comunes constituye una necesidad y un reto en el ámbito internacional. A la hora de evaluar la calidad de la evidencia disponible sobre las diversas prácticas y modelos de atención a este tipo de trastornos

nos encontramos con importantes limitaciones y retos metodológicos. De una revisión exhaustiva de la literatura internacional cabe deducir, en primer lugar, una difícil comparabilidad entre muchas de las experiencias, debido a que se desarrollan en diferentes contextos y poblaciones. Los aspectos locales resultan de gran importancia en el desarrollo específico de los modelos y sus variaciones. Los componentes e intervenciones dirigidas a los profesionales, a las poblaciones y a las propias organizaciones, no se corresponden de modo exclusivo con un determinado modelo, requiriendo, como decimos, ser comprendidas en sus contextos de origen. De ahí se deriva una gran diversidad y una descripción a veces imprecisa de las intervenciones.

Resumiendo una gran parte de la información disponible y utilizando técnicas de análisis sistemático de publicaciones (metaanálisis, metaregresión, etc…) Bower y Gilbody (2005)[22] han descrito cuatro modelos principales para la mejora de la asistencia psiquiátrica en AP. Aunque existen otros modelos diferentes, el elemento clave que preocupa a estos autores es el papel que deben asumir los componentes del equipo de AP en el tratamiento de los trastornos mentales comunes, en comparación con las funciones de los especialistas de salud mental. Los modelos propuestos se describen a continuación.

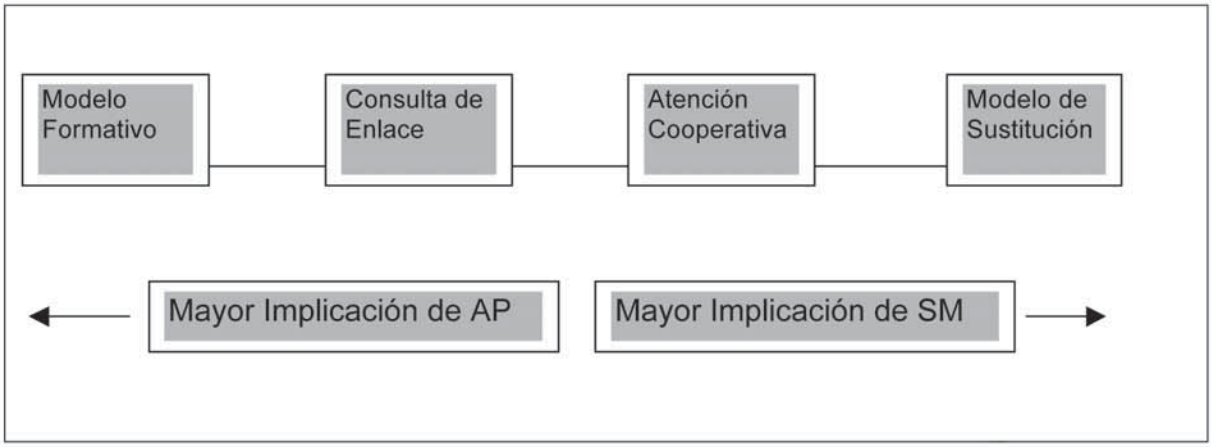
Modelo formativo: Se define como la provisión a los profesionales del nivel asistencial primario de los conocimientos y habilidades necesarios para identificar, prevenir y tratar los trastornos mentales más frecuentes en su consulta. La formación abarca tanto terapia farmacológica como psicológica y se suele realizar de una sola vez o en paquetes distribuídos a lo largo del tiempo. De todo ello se espera que la remisión de pacientes al especialista sólo ocurra en una pequeña proporción de casos. Existen diversos métodos para desarrollar esta tarea formativa, desde la facilitación de guías basadas en evidencia hasta la educación sencilla basada en la práctica cotidiana.

Consulta de enlace: Se trata de una variante del modelo anterior. Este modelo supone que los especialistas mantienen una relación educativa continuada con el equipo de AP con el objetivo de apoyar a los profesionales en el abordaje de los pacientes que están atendiendo. Como en el caso anterior se espera la remisión al nivel especializado de sólo una pequeña proporción de casos, filtrados tras una discusión detallada entre los equipos de ambos niveles asistenciales.

Asistencia cooperativa: Como venimos señalando se trata de un modelo más complejo que incorpora aspectos de los dos anteriores a los que añade una serie de cambios importantes en el sistema organizativo asistencial. En este modelo se desarrollan una amplia gama de intervenciones que incluyen formación de los clínicos del nivel primario, provisión de directrices y guías de práctica clínica, sistemas de evaluación, educación de pacientes, gestión de casos y provisión de consultas. La implantación de estos sistemas suele requerir la modificación de métodos de trabajo y la introducción de tecnologías de información y comunicación. El aspecto más importante de la asistencia cooperativa está basado en el cambio de funciones de los clínicos de ambos niveles de atención y puede requerir formación suplementaria para la introducción de nuevos roles profesionales como el de *gestor de casos*.

Sustitución/remisión: En este modelo el control del caso pasa a manos de un profesional de salud mental durante una parte del tiempo de tratamiento. Se relaciona especialmente con la provisión de terapias psicológicas, sea en contexto de AP, como sucede en algunos países, o en el de SM como es el caso en España. Los tipos de terapia más frecuentemente utilizados son la terapia cognitivo-conductual, la terapia de resolución de problemas y la interpersonal.

Pasemos ahora a revisar la evidencia relativa a la efectividad de estos modelos. El formativo viene resultando uno de los más atractivos y ha sido aplicado a gran esca-



Modelos de cuidados de salud mental en atención primaria, (Bower y Gilbody, 2005)[22]

la en USA y Europa. Sin embargo no existe evidencia convincente de que la formación, por sí sola, pueda mejorar la efectividad de los tratamientos en AP. La divulgación pasiva de la información y los cursos breves no parecen resultar eficaces. Sin embargo hay pruebas de que paquetes formativos más intensivos y complejos pueden influir en el comportamiento de los médicos de AP. Pero esta influencia no se manifiesta de una forma clara en los resultados si dichos paquetes se administran de forma aislada como única medida. De lo anterior se deduce una paradoja ya que la formación más fácilmente accesible no resulta efectiva, mientras que la formación efectiva no suele ser factible[23].

Respecto al modelo de consultas de enlace nos encontramos con una evidencia insuficiente sobre su efectividad en la mayor parte de los estudios que se han ocupado de ello. La evaluación de este modelo conlleva dificultades metodológicas importantes que la hacen difícil. De esto se deriva un problema ya que existe la posibilidad de que el modelo pudiera tener una gran eficiencia. Pero los supuestos mecanismos causales en los que se basa, en sí mismos, podrían ser poco eficaces para cambiar el comportamiento de los profesionales[23]

Hay evidencia de calidad que apoya, de una manera general, el modelo de atención cooperativa. Sin embargo quedan problemas por resolver ya que los mecanismos de cambio esenciales de este tipo de intervenciones no están claros y puede ocurrir que la efectividad de este modelo estuviera, al menos en parte, relacionada con su elevado número de componentes. Entre éstos están: educación de pacientes, formación de clínicos, potenciación del apoyo especializado, control del grado de cumplimiento de las prescripciones, seguimiento estructurado de los pacientes y auditorías. Un detalle de importancia es que la mayor parte de los estudios referidos a este modelo proceden de USA y no se ha demostrado que sus resultados sean extrapolables a otros lugares. En concreto en el Reino Unido no han tenido tanto éxito, aunque es verdad que se han implementado de una forma mucho menos intensiva. Y una consideración final de interés, cuando se han presentado datos económicos, los resultados obtenidos en la mayoría de los casos indicaban que la atención cooperativa era más efectiva, pero también más cara, al menos a corto plazo[23, 24].

Hay pruebas claras de que las terapias psicológicas aplicadas en el contexto de la atención primaria tienen una buena efectividad clínica. Este modelo no se aplica en la actualidad en nuestro país, aunque parece que se está estudiando su desarrollo en algunos lugares. La información referente a su rentabilidad económica es escasa, aunque el coste de tiempo de especialista suele

ser elevado y, seguramente, será un factor clave en su implementación. Derivado de lo anterior ha aumentado el interés por desarrollar intervenciones mínimas, con menor participación de psicoterapeutas y desarrollo de métodos vía Internet y otras variedades que podrían incrementar su accesibilidad y reducir los costes. Una desventaja de la generalización de este tipo de métodos se deriva de la falta de implicación de los clínicos de atención primaria que tendrían menos oportunidades de desarrollar actividades con los pacientes y estarían en riesgo de perder sus habilidades en el manejo de los trastornos mentales comunes[23].

La evidencia de mejoras en la atención a los trastornos mentales comunes (remisión, mejoría de síntomas, evitación de cronicidad u hospitalización, adecuación y adherencia al tratamiento, satisfacción, eficiencia, etc…) resultan en general difíciles de evaluar en lo relativo a su dependencia de los modelos y de las intervenciones. En su mayor parte estas mejoras son de gradación baja o desconocida. Además algunos de los resultados no siempre pueden ser determinados en el largo plazo y, existen casos en los que se observa una efectividad decreciente de las intervenciones con el paso del tiempo. Por otro lado algunos de los estudios son de limitada calidad y, aunque los hay, existen escasos ensayos clínicos aleatorizados, quizá por la dificultad de cumplir todas las características para su adecuado diseño. Finalmente existe una gran complejidad en el objeto de revisión (el conjunto de actividades, no todas evidentes, que definen un modelo asistencial) que dificulta la necesaria orientación pragmática de los estudios.

Los modelos colaborativos presentan frecuentes solapamientos y diferentes criterios en sus definiciones. A pesar de ello la evidencia de mejoras está más presente en este tipo de modelos y en aquellos programas con los que con mayor frecuencia se relacionan, tales como la Atención Escalonada, el Modelo de Atención a Crónicos y los programas de gestión de la atención, al menos en USA. En el caso de las intervenciones (formación, generalización de guías de práctica clínica, instrumentos de cribado, sistemas de información, telepsiquiatría, etc..), la evidencia de mejoras son menores cuando se llevan a cabo de una forma aislada y mayores cuando se aplican de forma consecutiva o integrada. La incorporación de nuevos profesionales como gestores de casos o cuidados presenta evidencias variables según el tipo de profesional y el contexto estudiado.

Para el futuro es necesario avanzar en diseños de estrategias de mejora en la colaboración entre profesionales y niveles de atención que se adecuen a las características y necesidades de cada lugar, tanto en lo que se refiere a la organización sanitaria, como a los aspectos culturales y sociales. Así mismo precisamos de procedimientos de evaluación válidos y fiables tanto a corto como a largo plazo. Estas estrategias de mejora colaborativa deben comprender intervenciones integradas y apoyadas en la mayor evidencia disponible, así como promover la participación de profesionales de los diferentes niveles asistenciales. El reto es desarrollar nuestro propio modelo, aprendiendo lo que sea necesario de los demás.

RESUMEN

Para llevar adelante un programa que incluya al menos en parte algunas de las tareas señaladas en el capítulo “La toma a cargo del paciente en atención primaria y salud mental: ¿coordinación o integración?”, en los últimos años se han propuesto diferentes técnicas y modelos de trabajo, varios de los cuales suponen un gran vuelco en

los modelos de atención tradicionales y conllevan un cambio cultural considerable en lo relativo a los sistemas de organización de la asistencia. Se revisa el modelo de gestión de casos, los modelos colaborativos, el modelo de proceso escalonado entre niveles, el modelo de atención a crónicos… y otros. Se ofrece una reflexión sobre la necesidad de estrategias integradas entre diferentes niveles de atención.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Gilbody S, Bower P. Depression in Primary Care. Evidence and Practice. Cambridge University Press. 2011.Texto de gran interés centrado en la metodología de análisis, exposición y crítica de resultados referente a modelos de atención comunitaria para el tratamiento de la depresión. Se trata de un campo nuevo, aunque de rápido desarrollo en los últimos años, centrado en el estudio de servicios, aplicando al mismo técnicas de revisión sistemática. Los autores resumen diversas publicaciones anteriores provenientes de una línea de investigación consolidada en la que llevan trabajando durante la última década. Parte de los resultados se han expuesto en el texto que precede.

Calderón Gómez C. Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Grandes Odriozola G: Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. Aten Primaria, 2009; 41(1):33-40. Artículo que resume una investigación cualitativa cuyo objetivo es recoger opiniones de médicos de familia y psiquiatras ante la depresión y su manejo en el contexto comunitario. Se discuten los problemas y las dificultades para coordinar e integrar ambos niveles de atención y realizar una buena práctica clínica. Los autores concluyen planteando algunas recomendaciones encaminadas a propiciar una reorganización asistencial centrada en el paciente.

Thornicroft G, Tansella M: Better Mental Health Care. Cambridge University Press. 2009. Libro que amplía y desarrolla de una manera más precisa el modelo matricial planteado por estos autores a partir de 1999 en The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. En esta ocasión, partiendo de un planteamiento de base poblacional y recogiendo el sustrato ético e histórico de las reformas psiquiátricas previas, desarrollan una puesta al día en base a elementos de evidencia científica y experiencia práctica acumulada. El texto tiene un carácter genérico, orientado a la mejora organizativa y asistencial de los servicios, por lo que permite inscribir en un contexto adecuado el problema de la atención a los trastornos mentales comunes.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. BMC Fam Pract 2008; 9:25.
(2) McEvoy P, Barnes P. Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007 May;14 (3):233-8.
(3) Higgins MJ, Lacy TJ. The role of psychiatry in U.S. Air Force primary care: research-based models for clinical consultation and education. Military Medicine 2006 Nov;171 (11):1117-22.
(4) Vannoy S, Powers D, Unutzer J. Models of care for treating late-life depression in primary care. Aging Health 2007 Feb;3 (1):67-75.
(5) Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: Team care approaches to improving outcomes. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2008 Apr; 50(4):459-67.
(6) Maxwell M, Pratt R. Prevention and management of depression in primary care in Europe: a holistic model of care and interventions–position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2008;16 (3):187-96.
(7) Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R: Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 18-6-2003;289:3145-3151.
(8) Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. Epidemiol Psichiatr Soc 2006 Oct;15(4):276-83.
(9) Thielke S, Vannoy S, Unutzer J. Integrating mental health and primary care. Prim Care 2007 Sep;34(3):571-92, vii.

(10) Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie 2002 Apr;47(2:Suppl 1):Suppl-viiiS.
(11) Adli M, Bauer M, Rush AJ. Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. Biological Psychiatry 2006 Jun 1;59(11):1029-38.
(12) Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry 2006;189:484-493.
(13) Collins C, Hewson D, Munger R, Wade T.Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care. New York: Milbank Memorial Fund, 2010.
(14) Anfinson TJ, Bona JR. A health services perspective on delivery of psychiatric services in primary care including internal medicine. Med Clin North Am 2001 May;85(3):597-616.
(15) Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. American Journal of Managed Care 2005 Aug;11(8):478-88.
(16) Wulsin LR, Sollner W, Pincus HA. Models of Integrated Care. Medical Clinics of North America 2006 Jul;90(4):647-77.
(17) Franx G, Meeuvissen JACD, Sinnema H. et al: Quality improvement in depression care in the Netherlands: The depression Breaktrough Collaborative. A quality improvement report. International Journal of Integrated Care, Vol 9; 15 June 2009. ISSN 1568-4156. m45
(18) The National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in Adults, GG90; 2009
(19) The National Institute for Health and Clinical Excellence. Generalised anxiety and Panic disorders (with and without agoraphobia) in Adults; 2011
(20) Ford DE, Pincus HA, Unutzer J, Bauer MS, Gonzalez JJ, Wells KB, et al. Practice-based interventions. Mental Health Services Research 2002 Dec;4(4):199-204.
(21) Peters AH, de Leeuw RJ, Schrijvers GJ. Integrating care for people with depression: developments in the Netherlands. Int J Integr Care 2010;10:e62.
(22) Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ 2005 Apr 9;330 (7495):839-42.
(23) Gilbody S, Bower P. Depression in Primary Care. Evidence and Practice. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
(24) Simon G. Collaborative care for mood disorders. Curr Opin Psychiatry 2009;22:37-41.

5.6. La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia

Consuelo Escudero

1. INTRODUCCION

La atención en salud mental de niños y adolescentes requiere en primer lugar la delimitación del campo de intervención en función del sujeto de atención. Se puede pensar que el sujeto de atención está definido por sí mismo cuando nos referimos a la infancia y adolescencia. Pero el asunto no es tan simple como parece porque no se trata del niño real sino de la definición institucional del sujeto niño. Es decir de la conceptualización, en nuestro caso desde el sistema sanitario y concretamente desde la salud mental, de sus características especificas, necesidades, conflictos, problemas y trastornos. Será esta conceptualización la que determine la estructura y organización del programa de atención, sus actuaciones y objetivos[1].

Los niños y adolescentes son sujetos en evolución que siguen un proceso de desarrollo altamente complejo. Por una parte está el desarrollo evolutivo, la adquisición de funciones adaptativas e instrumentales, mediante el desarrollo de diversos sistemas, memoria, percepción, atención. Este desarrollo se organiza en cuatro áreas: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje y socialización. Por otra parte está el proceso de estructuración del aparato psíquico, la progresiva organización de las tres instancias psíquicas, el funcionamiento de las pulsiones y sus vicisitudes, el establecimiento de las relaciones de objeto, de los mecanismos de defensa, etc.; que los llevará a lograr la independencia psicológica y afectiva de los padres y a conseguir una identidad propia al final de la adolescencia. Ambos procesos están entrelazados, incidiendo uno en el otro, pero no son lineales, se producen avances y retrocesos; no tienen los mismos ritmos y esta diacronía puede producir conflictos, dificultades y trastornos[2].

Los niños y adolescentes son además dependientes y altamente sensibles a su entorno inmediato padres, familia, escuela y especialmente vulnerables a las crisis que se puedan producir en cualquiera de estos contextos.

Estas son las características específicas del sujeto de atención y el campo de intervención concreto del programa de salud mental de infancia y adolescencia.

2. EL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

El modelo de atención comunitaria se apoya en una red territorializada de dispositivos, pertenecientes a diversos sistemas, situados en diferentes niveles de atención y que incluye recursos comunitarios de organizaciones y asociaciones locales[3]. El funcionamiento óptimo de la red requiere el conocimiento, interconexión y coordinación de todos los equipos que la integran. Lo que implica el recorte del campo de intervención de cada dispositivo, en referencia a los otros, para poder realizar una atención complementaria e integral y no solapar actividades. Esto es particularmente importante porque cada dispositivo tiende a funcionar como un sistema totalizador, intentando dar cobertura a las necesidades del sujeto de atención tal y como lo ha conceptualizado. Pero una atención integral no es una atención total, ningún dispositivo por sí mismo puede dar una cobertura total, es necesaria la intervención ordenada de diferentes recursos para poder garantizar la continuidad de cuidados.

El trabajo en red se desarrolla a través de equipos interdisciplinarios capaces de integrar de forma operativa y no jerarquiza-

da las distintas disciplinas y saberes (Psicología Clínica, Psiquiatría, Enfermería de S.M., Trabajo Social, Terapia Ocupacional, etc.), articulando las distintas formas de analizar y entender un mismo hecho clínico para construir una identidad como grupo de trabajo y conseguir un pensamiento y un planteamiento asistencial común, que no idéntico[4].

Parte además de una concepción tridimensional del sujeto, que engloba aspectos biológicos y psicológicos dentro de un contexto familiar y social concreto, y opera con el concepto de la salud-enfermedad como un continuum. Por tanto no trabaja únicamente con la enfermedad con el objetivo de recuperar la salud, sino también con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La implementación del modelo, por lo tanto, va mas allá del nivel clínico-asistencial, se tiene que estructurar en intervenciones que abarquen distintos niveles de atención, promoción, prevención, clínico-asistenciales y de coordinación y colaboración con otros equipos dentro y fuera del sistema sanitario, en función de las necesidades y el proceso en el que se encuentre el sujeto o la familia a atender.

3. EL PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. Estructura y niveles que integran el programa

Siguiendo el modelo descrito hasta ahora el programa de atención a la salud mental de niños y adolescentes es una estructura en red integrada por diferentes dispositivos específicos, situados en varios niveles de atención dentro del sistema sanitario, que desarrollan sus actividades en coordinación con equipos de otros sistemas y en colaboración con recursos comunitarios que trabajan con los niños, adolescentes y sus familias.

En el primer nivel de la red de atención se sitúan los equipos de atención primaria de salud. Son los profesionales que tienen mayor conocimiento del paciente y su familia y especialmente los pediatras, que atienden a los niños de forma sistemática, lo que les coloca en un lugar privilegiado para la detección precoz de factores de riesgo y de posibles patologías[5].

En el segundo nivel de la red están los equipos de salud mental (primer nivel de especialización). Tanto si son equipos integrados en los servicios comunitarios de salud mental como si son unidades independientes, sostienen todo el trabajo en red por el lugar que ocupan entre el primer y el tercer nivel de la red y su trabajo en la comunidad, lo que les proporciona la visión de conjunto necesaria para garantizar la continuidad de cuidados. El resto de los dispositivos solo tienen una visión parcial del todo, porque sus intervenciones son recortadas en el tiempo y específicas en momentos de crisis[6].

En el tercer nivel se sitúan los servicios hospitalarios. Aunque la necesidad de un ingreso hospitalario, por trastornos de salud mental, no es frecuente en la atención a niños y adolescentes, es preciso contar con una unidad específica para adolescentes y con camas en los Servicios de Pediatría de los hospitales generales o pediátricos para los menores de 12 años; según especifica la Ley de Protección Jurídica del Menor[7] y la Ley de Enjuiciamiento Civil[8]. Estas unidades tienen que desarrollar un modelo de atención en crisis con intervenciones terapéuticas intensivas con el adolescente y su familia[9]. Las camas pediátricas tienen que contar con un programa de interconsulta específico, para dar cobertura a los Servicios de Pediatría en casos de trastornos psíquicos y en otras situaciones de niños hospitalizados por enfermedades médicas.

En un lugar intermedio entre los servicios de salud mental comunitarios y los servicios hospitalarios se sitúan los hospitales de día y los centros de día, necesarios para la atención de los problemas graves y para evitar en muchas ocasiones ingresos hospitalarios[10].

3.2. Actuaciones e intervenciones

Promoción/prevención de la salud mental

Organismos nacionales e internacionales han elaborado documentos y líneas de actuación que plantean la importancia de la promoción de la salud en general y de la salud mental en particular y la prevención de la enfermedad, así como la evidencia de la eficacia de los planes de actuación. El Libro Verde de la Salud Mental[11], establece una estrategia en salud mental para la Unión Europea que apoya el Plan de acción en Salud Mental para Europa[12] y la Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki[13]. Uno de los ámbitos de actuación, que todos los documentos señalan como prioritario, es la promoción/prevención de la salud mental de niños y adolescentes. Es precisamente este grupo etario el más vulnerable a las crisis vitales y acontecimientos negativos que se pueden producir en su entorno familiar, escolar y social por su dependencia material y psíquica. En la misma línea la Comisión Europea ha apoyado la Red Europea para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de los trastornos mentales, que ha trabajado en la recogida y difusión de programas eficaces de promoción/prevención en Europa[14].

Las actividades de promoción de la salud mental están dirigidas a la creación de condiciones que promuevan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico en individuos, grupos e instituciones[15]. La Estrategia en Salud Mental del SNS del Ministerio de Sanidad[16] establece, en una de sus líneas estratégicas de actuación, las intervenciones para promocionar la salud mental en niños y adolescentes y la prevención en grupos de riesgo en primera infancia y adolescencia, planteamiento que también recoge el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental, del Consejo de la Unión Europea[17].

Para implementar estas actividades, los equipos de salud mental comunitarios de niños y adolescentes, tienen que colaborar y apoyar a los equipos de atención primaria y especialmente a los pediatras, que atienden a los niños sin que estén enfermos a través del programa del niño sano y a las madres con los programas de psicoprofilaxis al embarazo y parto. Estas intervenciones ofrecen la posibilidad de promover buenos hábitos en los cuidados primarios de sueño, alimentación y soporte afectivo en el entorno familiar; así como realizar la prevención primaria y secundaria sobre los factores de riesgo y la detección precoz de posibles trastornos psíquicos. Igual importancia reviste el trabajo con los equipos de educación para colaborar en actividades de promoción/prevención en el entorno escolar y con asociaciones y organizaciones locales que trabajan con niños y adolescentes. De igual forma hay que desarrollar acciones preventivas específicas (primarias, secundarias y terciarias), en los equipos de salud mental comunitarios, grupos de psicoeducación con padres, programas de prevención con grupos familiares donde uno de los progenitores presente un grave trastorno psíquico, etc[18]

Clínico-asistenciales. Evaluación y diagnostico clínico

Definir qué es lo normal en el niño, en términos estadísticos, es un planteamiento equívoco que resulta inútil en el campo clínico. Siguiendo esta línea todo lo que no que se encuentre en la media estadística seria anormal, es decir patológico. Los términos normal y patológico son polos opuestos de un continuum en el proceso salud-enfermedad. La salud no esta definida simplemente por la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar biológico y psicológico en un contexto familiar y social concreto. En este proceso hay una infinita variedad de situaciones individuales que es necesario tener en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico clínico. Estas diferencias pueden oscilar desde las variaciones en el desarrollo, fenómenos que ayudan al crecimiento, hasta los trastornos ya considerados como psicopatológicos. El desarrollo

del niño normal y físicamente sano, se desenvuelve a través de la resolución de conflictos y síntomas que pueden variar según la etapa del desarrollo madurativo.

Para poder discriminar entre normal y patológico es necesario tener en cuenta la edad cronológica del niño, la etapa evolutiva en la que se encuentra, la estructura psíquica alcanzada y el tipo de vínculos establecidos con los padres en el grupo familiar concreto. Si el síntoma tiene un papel organizador para el funcionamiento mental será propio de la normalidad[2].

Precisamente por estas características los niños y adolescentes presentan un modo de enfermar, de recuperar la salud y una clínica y patología específicas. Con mucha frecuencia es difícil levantar un diagnostico concreto debido a los cambios que se producen en el desarrollo madurativo y psíquico. Lo más frecuente son cuadros clínicos que reúnen síntomas inespecíficos o que se pueden encuadrar en diferentes síndromes. Es decir trastornos y síntomas poco delimitados e inestables. Las clasificaciones internacionales al uso, DSM-IV-TR y CIE 10, no ayudan demasiado a la hora de ofrecer criterios para el diagnostico en el campo de niños y adolescentes, porque están construidas en base a la patología del adulto mas estable y delimitada. Otras clasificaciones, por ejemplo la Clasificación Francesa de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia (CFTMA), tratan de recoger las características específicas de niños y adolescentes. Tiene un planteamiento psicodinámico, fenomenológico y sintomático acorde con el desarrollo madurativo y psíquico y presta especial atención al vínculo afectivo del niño/adolescente con sus padres y el entorno familiar, que facilita la comprensión de la estructura psíquica de base. Las clasificaciones diagnósticas son útiles como orientación y guía, a la hora de establecer un diagnostico, pero nunca pueden sustituir el juicio clínico derivado del material recogido en las entrevistas, anamnesis e informaciones que pueden aportar los sujetos implicados en la situación y otros equipos intervinientes[19].

Algo similar se puede señalar con las guías clínicas y protocolos diagnósticos. Son útiles como instrumentos de orientación y consulta que se deben adaptar a las características, trastornos y psicopatología específicas del caso concreto.

Especial cuidado hay que tener con cuadros graves, los encuadrados normalmente en los llamados trastornos generalizados del desarrollo, que engloban el autismo y los trastornos del registro psicótico (disarmonías psicóticas, psicósis desintegrativas, etc.).

En el proceso de evaluación es imprescindible analizar la demanda que los padres traen a la consulta, ya que normalmente son ellos, sobre todo con niños pequeños los que la realizan, a veces impulsados por el entorno escolar, sin que se haya escuchado el sufrimiento o malestar del niño. Igualmente importante es considerar la demanda del adolescente que con frecuencia no coincide con la de los padres.

El proceso de evaluación diagnóstica se suele realizar en el equipo de salud mental comunitario que es la puerta de entrada de la red. Una vez que se ha recogido toda la información y se ha levantado un posible diagnostico se tiene que establecer el tratamiento mas adecuado. En primer lugar hay que decidir si el caso es susceptible de seguir un tratamiento en el equipo comunitario o es preciso derivarlo a otro dispositivo (hospital de día, unidad de ingreso, etc.,).

La Declaración Europea de Salud Mental[13] señala la importancia de ofrecer tratamientos específicos para niños y adolescentes debido a su vulnerabilidad y necesidades especiales. Considera la atención a la salud mental de este grupo etario como una inversión estratégica, ya que las alteraciones en la infancia pueden ser precursoras de la patología adulta. Por todo ello es necesario implementar un amplio abanico de intervenciones terapéuticas ajustadas al diagnostico psicopatológico, al pronóstico, al momento

del proceso en el que se encuentra el caso y a las posibilidades de intervención que presenta el grupo familiar y el propio sujeto.

La mayoría de los trastornos, pero especialmente los cuadros graves (trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de personalidad, etc.), requieren la intervención de varios equipos de la red de atención, bien desde el comienzo o en algún momento del proceso de atención.

Clínico-asistenciales. Las técnicas específicas

Los tratamientos psicoterapéuticos

Las psicoterapias regladas, tienen objetivos terapéuticos establecidos y un encuadre explicito consensuados al comienzo del tratamiento. Pueden tener diversas modalidades, individuales, madre-niño o padre-niño, grupo familiar y grupos de psicoterapia. Esta última modalidad es de elección prioritaria, siempre que sea posible, porque potencia la relación entre iguales, la identidad, la ayuda mutua y la pertenencia a un grupo, lo cual revierte de forma positiva en la resolución de la psicopatología. Para determinar que modalidad es la adecuada hay que tener en cuenta la edad cronológica, el nivel madurativo, la estructura psíquica, el diagnóstico clínico (conflicto y síntomas), su gravedad y las perturbaciones y trastornos que provocan en la vida cotidiana del grupo familiar; así como los vínculos establecidos. En todas las modalidades es necesario trabajar con los padres[20].

Tratamientos terapéuticos complementarios

Suelen combinarse, dependiendo de las necesidades del caso, con las psicoterapias para completar y potenciar el tratamiento. Pueden tener diversas modalidades:

- Grupos de relajación cuyo objetivo es el control y manejo de la angustia y de los impulsos
- Grupos de psicomotricidad para mejorar la coordinación motriz, la cooperación entre iguales y la incorporación de normas
- Grupos de psicoeducación para padres con un enfoque estructurado en áreas de trabajo básicas para el desarrollo (sueño, alimentación, dificultades escolares, descontrol de impulsos, etc.), que les faciliten un manejo adecuado de las dificultades cotidianas

Algunos tratamientos complementarios se llevan a cabo en equipos diferentes a los de salud mental:

- Los tratamientos de rehabilitación de lenguaje y logopedia los desarrollan equipos específicos
- Los tratamientos en retrasos madurativos (adquisición del lenguaje, psicomotricidad, conceptos básicos y socialización), a cargo de los equipos de atención temprana
- Las intervenciones psicopedagógicas en dificultades en el aprendizaje aplicadas por los equipos educativos

Tratamientos farmacológicos

Algunos cuadros graves como trastornos psicóticos, trastornos del comportamiento, depresiones o trastornos de personalidad, solo por citar algunos, precisan un tratamiento farmacológico. En el caso de niños y adolescentes no es recomendable que sea el primer tratamiento de elección o el único, siempre tiene que ir acompañado de otro tipo de intervención psicoterapia y/o tratamientos complementarios y tener un control y seguimiento exhaustivo. En cualquier caso se precisa un diagnóstico en profundidad para valorar la necesidad de farmacoterapia y no pautarla con indicadores imprecisos o subjetivos, como en ocasiones sucede con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que últimamente se esta incrementando, en teoría, de forma desmesurada[21].

Consultas terapéuticas

Son demandas realizadas por los padres, sobre dificultades en el manejo de los niños y/o adolescentes, en etapas críticas del desarrollo madurativo y psicoafectivo que revisten una dimensión preventiva porque todavía no se han producido síntomas clíni-

cos. Normalmente se resuelven en un tiempo breve siempre que los padres tengan una comprensión de la etapa y se aborde su ansiedad.

De nuevo es necesario considerar las guías clínicas y protocolos de actuación como instrumentos de consulta y orientación que pueden ayudar a la hora de la elección y aplicación del tratamiento más idóneo. Sin embargo no todas están elaboradas con los criterios de validez y fiabilidad adecuados y en cualquier caso es imprescindible valorar su aplicabilidad al caso concreto.

Los tratamientos descritos experimentan cambios y variaciones según el dispositivo en el que se apliquen. Cada dispositivo responde a diferentes necesidades del proceso de atención y en base a ellas organiza y estructura la intervención. En una unidad de ingreso hospitalario la psicoterapia tiene que ser intensiva, focalizada en el momento de la crisis y con el objetivo de estabilizar y compensar la sintomatología activa, para que el paciente pueda volver al equipo comunitario y continuar con su tratamiento habitual. En un hospital de día los tratamientos son más largos en el tiempo y se combinan diferentes abordajes, psicoterapias, terapias complementarias, actividades en talleres, actividades educativas, etc.

Para que todas estas intervenciones y tratamientos tengan una coherencia y respondan a un tratamiento integral y a una línea de continuidad de cuidados, es imprescindible un seguimiento pormenorizado del proceso que sigue el caso. El seguimiento es responsabilidad, fundamentalmente, del equipo de salud mental comunitario de niños y adolescentes, a través de las coordinaciones con todos los dispositivos que conforman la red de atención[18].

3.3. Coordinaciones

Sistema sanitario

- Con los equipos de atención primaria para establecer una vía clara de derivación y delimitar que trastornos pueden ser abordados desde primaria y los susceptibles de derivación; y para la organización conjunta de actividades de promoción/prevención
- Con las unidades y servicios hospitalarios para derivar en caso necesario, aportando la información precisa para que puedan realizar un diagnostico situacional de la crisis y poder recibir al paciente al alta
- Con hospitales de día para el seguimiento del caso y su recepción al alta

Con los equipos de salud mental de adultos para la posible detección de patología en los hijos y la derivación mutua

Sistema educativo

Con los equipos de educación para delimitar las intervenciones clínicas de las psicopedagógicas, diseñar intervenciones conjuntas, detectar situaciones de riesgo y apoyar necesidades educativas específicas o adaptaciones curriculares para los niños que lo precisen.

Servicios sociales

Para abordar conjuntamente los aspectos sociales y situaciones de desprotección, malos tratos y violencia familiar y la conexión necesaria con la Comisión de Tutela del Menor. Este espacio de coordinación facilita el abordaje conjunto de casos en situaciones graves de desintegración familiar, así como la delimitación de las intervenciones clínicas y las sociales y la derivación entre servicios. Facilita también la utilización coherente e integrada de recursos sociales como centros cívicos, ayudas domiciliarias, centros de acogida, etc.

Por último es precisa la coordinación con el sistema judicial, Fiscalia del Menor, Agencia para la Reeducación y Reinserción del menor infractor y con los recursos municipales, organizaciones y asociaciones locales.

4. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

La Pre-conferencia sobre La Salud Mental de niños y adolescentes de la Organización

Mundial de la Salud y la Comisión Europea[22] y la Declaración Europea de Salud Mental[13], establecen que, las políticas en salud mental deben desarrollar servicios específicos para la atención a la infancia y adolescencia y que la salud mental de niños y adolescentes, debe constituir un área específica de formación en todos los países europeos. Sin embargo en España todavía no existen, a nivel oficial, las especialidades de Psicología Clínica de Infancia y Adolescencia y la de Psiquiatría Infantil[a] (23). Evidentemente esta ausencia de regulación es un vacío legal que dificulta una formación consistente y sólida, para la organización de dispositivos específicos que ofrezcan la calidad de atención necesaria para la población de niños, adolescentes y sus familias.

[a] Es posible que cuando se publique este libro se haya creado ya la especialidad de Psiquiatría Infantil. En septiembre de 2011 se presentó un proyecto de RD que incluía la creación de esta especialidad

RESUMEN
Se describe el programa de atención a la salud mental de infancia y adolescencia, partiendo de la conceptualización del sujeto de atención. El modelo que sigue el programa es el de la atención comunitaria. Red de dispositivos territorializados pertenecientes a diferentes sistemas. El óptimo funcionamiento de la red depende de una coordinación establecida entre los diversos dispositivos con el objetivo de proporcionar una atención integral e integrada en una continuidad de cuidados. Las actividades clínico-asistenciales y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen que ajustarse en sus acciones concretas a los diferentes niveles de la red asistencial.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Leal JL, Escudero A, Madrid: AEN, 2006. Plantea de forma exhaustiva el trabajo comunitario en red y su relación con la continuidad de cuidados en diferentes dispositivos y subsistemas. Tanto en la atención a adultos como en niños y adolescentes. Aborda aspectos organizativos y cuestiones éticas.

Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Barcelona: Espaxs. 2004. Cuaderno Técnico 14 de la AEN. Analiza en profundidad la situación actual de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España y su comparación con Europa. Dispositivos y programas, actuaciones clínico-asistenciales, de promoción y prevención, coordinaciones e investigación, así como la necesidad de formación específica en este ámbito.

Teoría del apego y psicoanálisis. Fonagy P. Barcelona: Espaxs. 2004. Describe de forma clara y estructurada los planteamientos centrales de la teoría del apego y del psicoanálisis de niños. Sus puntos de confluencia y divergencia y las distintas líneas y escuelas desarrolladas.

BIBLIOGRAFIA

(1) Escudero Alvaro C. La continuidad de cuidados en la atención a la salud mental de niños y adolescentes. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, Coord. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN Estudios (35), 2006; p. 105-114.
(2) Escudero Alvaro C. Problemas Psicológicos: entender, contener, detectar, derivar. En: Curso de Actualización, Pediatría 2006. Madrid: Exlibris, 2006; p. 305-312.
(3) Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica. Rev. Gaceta de Psiquiatría Universitaria (Chile) 2007; 3(1): 88-96.
(4) Leal Rubio J. Aportaciones de la Psicología Clínica en los modelos de atención. En: Olabarría González B, Coord. La Psicología Clínica en los servicios públicos. Madrid: AEN Cuadernos Técnicos (2), 1997; p. 13-16.

(5) Salvador Sánchez I. Salud mental comunitaria y atención primaria de salud. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, Coords. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN Estudios (35), 2006; p. 145-160.
(6) Alegret J, Castanys E, Ochoa S. El trabajo en red en salud mental infantojuvenil. Rev Asoc Esp Neuropsiq (Madrid) 2005; 25(95): 049-68.
(7) Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. 1996, BOE; 15: 1225-1238.
(8) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. 2000, BOE; 7: 575-728.
(9) Jiménez Pascual A. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. Rev Asoc Esp Neuropsiq (Madrid) 2004; 24 (89): 167-186.
(10) Theodore A.P. Milieu Treatment. Inpatient, Partial, Residential. En: Wiener JM, Dulcan MK. Child and Adolescent Psychiatry.3 ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004. pp. 1055-1074.
(11) Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005.
(12) Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
(13) Mental Health Declaration for Europe. European Ministerial Conference of Helsinki, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
(14) Hernández Monsalve M, Lalucat Jo L, Coords. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: AEN Cuadernos Técnicos (8), 2007.
(15) Jané-LLopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University. 2005.
(16) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2007.
(17) Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura. Consejo de la Unión Europea. Bruselas, 2011.
(18) Fernández Liria A, Gómez Beneyto M, Coords. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Madrid: AEN Cuadernos Técnicos (14), 2009.
(19) Silva F. Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis, 2003.
(20) Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Publicaciones Médicas, 2004.
(21) Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Recomendaciones farmacoterapeúticas en Salud Mental. Madrid, 2006.
(22) Conclusions from Pre-conference: The Mental Health of Children and Adolescents, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg, Luxembourg 2004.
(23) Escudero Alvaro C, Serrano E. La formación de especialistas y del equipo terapéutico en salud mental de niños y adolescentes. En: Espino A, Olabarría B, Coords. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN Estudios (29), 2003; p. 305-316.5

5.7. Atención en salud mental al paciente anciano

Jorge López Álvarez

INTRODUCCIÓN

Más allá de consideraciones etarias de valor fundamentalmente socioeconómico, ser anciano está marcado por la influencia del envejecer, un proceso progresivo y desfavorable de cambio donde persiste, al menos en parte, la capacidad de adaptación.

La disfuncionalidad en el anciano sigue una ley de tercios, un tercio por el proceso normal de envejecimiento, otro por el desuso y otro tercio por la enfermedad, por lo cual un anciano enfermo está enfermo porque está enfermo, no porque sea viejo.

La Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) dice que las especiales características biológicas, psicológicas y sociales de los ancianos imprimen a sus enfermedades y problemas psicológicos unos aspectos diferenciales que han de ser abordados desde una perspectiva particular. Los ancianos son pacientes donde el éxito terapéutico difiere del buscado en otras edades, ya que es difícil de curar, por lo que a pesar de un trabajo adecuado es probable que el paciente esté cada vez más enfermo, más deteriorado cognitivamente, sea más dependiente y se encuentre más solo[1]. Sin embargo, no es cierta la creencia generalizada de intratabilidad, la cual hace más proclives a los ancianos a ser estigmatizados o a recalar en una institución total[1].

Lejos de afectar a una minoría social, la disminución de la natalidad y de la mortalidad ha incrementado la población mayor de 65 años[1]. Las personas viven más años, pero a expensas de sufrir más taras físicas y psíquicas[1].

Recurriendo a las cifras, sobre una población en España de más de 46 millones de personas, el 16,7% tienen más de 65 años y, de ellos, casi el 30% tienen 80 o más años[1]. Se calcula que en 2050 cerca del 30% de los habitantes de España tendrán más de 65 años[2]. A los 65 años hay una proporción equiparable entre hombres y mujeres, pero con una edad de 80 años hay el doble de mujeres[2]. Las mujeres tienen más esperanza de vida, pero no tienen incrementada la EVLD (esperanza de vida libre de discapacidad)[2].

A día de hoy, nacen 1,4 hijos por cada mujer[2], un número escaso si esos hijos van a tener que atender a dos padres ancianos cuando llegue el momento. Y las estimaciones son que siga disminuyendo la cifra de hijos.

Con respecto a la presencia de enfermedad mental en los ancianos, un metaanálisis[3] encontró, en mayores de 55 años, un 1,8% de personas con trastorno depresivo mayor, 9,8% con depresión menor y 13,5% de esa población con síntomas depresivos clínicamente relevantes.

Datos españoles[4] en población anciana mostraron entre un 4,8% y un 9% de depresión, con mayor tendencia a la cronicidad, aunque sólo el 12% de los pacientes deprimidos de esa muestra recibieron tratamiento específico.

Más recientemente, en ancianos españoles valorados en atención primaria[5], hasta el 46% de la muestra tuvo sintomatología psiquiátrica, en muchas ocasiones sin llegar a cumplir criterios diagnósticos clásicos, mostrando un claro infradiagnóstico de disfunciones cognitivas, ansiedad y psicosis.

Se estima[6] que por encima de 75 años hay en España 290000 pacientes demenciados, no todos con demencia tipo Alzheimer, encontrando un infradiagnóstico de demencia en la población.

Con todos esos datos, la realidad olvidada de la atención psicogeriátrica parece

que se convertirá en un serio problema de salud pública de aquí a unos años.

MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

En contra de lo que puede parecer y de la atención que habitualmente recibe el paciente anciano, es en la persona mayor donde más se interrelacionan lo biológico, lo psicológico y lo social para el enfermar. A ninguna edad es más negligente el olvidarse de los aspectos médicos, o psiquiátricos, o psicológicos, o incluso de los sociales, a la hora de tratar a una persona enferma.

La psicogeriatría consiste en ser radical en la concepción holística o biopsicosocial del ser humano[1]. Para la SEPG, en la psicogeriatría se pone de manifiesto como en ninguna otra especialidad la atención coordinada y conjunta de diversos profesionales. Existe consenso en cuanto a que esta especialidad debe tener una orientación comunitaria y una aproximación multidisciplinar[7], ya que el grado de estrés de un paciente anciano está en relación con la dolencia, la intensidad de la incapacidad y los recursos psicosociales a su alcance[1].

Los expertos españoles muestran un amplio consenso con respecto a la gran participación de los factores psicosociales como desencadenantes de enfermedades mentales en el anciano[8]. Esa visión holística incluye también la valoración de la diada paciente-cuidadores y la atención a las necesidades propias de los cuidadores como parte fundamental de la atención comunitaria.

Debido al marcado interés holístico, los expertos recomiendan que la evaluación de los pacientes psicogeriátricos tenga lugar en su domicilio, valorando no sólo aspectos psiquiátricos, sino también médicos, sociales y de funcionalidad en el entorno[1]. Esa valoración domiciliaria ayuda a conocer con prontitud los riesgos potenciales y las necesidades básicas de las personas, y ahorra tiempo a largo plazo al obtener información temprana y más certera con respecto a entorno físico; calidad del domicilio, de la limpieza y del autocuidado; relaciones familiares y disponibilidad de cuidadores fiables del anciano[9].

La preocupación por el marco residencial tiene que formar parte de la labor habitual del profesional. Habiendo quedado desfasado el modelo de canalizar las necesidades del anciano en la vía residencial, se debe optar por la necesidad de ubicar al anciano en la comunidad, en un medio que le resulte familiar y que sea lo más parecido posible a la normalidad social[1].

Además, y más que con cualquier otro tipo de paciente, el furor por el alta rápida no debe prevalecer. Se dice que cuando a un equipo se le confía el cuidado de un anciano con problemas es probable que la responsabilidad al respecto sea de por vida[1].

Complementando a la asistencia sociosanitaria reglada, las necesidades de estos pacientes y de sus cuidadores pueden ser cubiertas en parte mediante asociaciones de familiares y pacientes específicas. Se cree que menos de un décimo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer están en contacto con asociaciones. Y eso que entidades como la Fundación Alzheimer suministran información on line, dan asesoramiento y formación específica a pacientes, familiares y cuidadores mediante la organización de cursos, tienen bolsas de trabajo para cuidadores profesionales…

ESTIGMA Y ABUSO

El estigma y la discriminación a los ancianos, el *ageismo,* es real. El cuidado a los ancianos no es prioritario en la mayoría de los países del mundo. Ser anciano y padecer una enfermedad mental es un doble peligro para ser estigmatizado, estando muy extendida la discriminación del paciente psicogeriátrico. Esto se asocia con pérdidas económicas, sufrimiento y mayor discapacidad. Para combatir la discriminación y el estigma se ha desarrollado un documento de consenso entre la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría[10], el cual centra el origen del problema en las creencias acerca del escaso valor en la sociedad de los ancianos y de la ausencia de

información adecuada para los profesionales y el público en general. De ahí surgen prejuicios contra los pacientes psicogeriátricos, calificándolos de débiles, irresponsables, peligrosos o contaminados. Se plantea que los ancianos son enfermos, inflexibles e improductivos. Esto se agrava con la asunción de esas creencias como propias por parte de los afectados y por la actitud negativa hacia esas personas y hacia los profesionales que los atienden. A nivel clínico se llega a plantear que las enfermedades mentales como la depresión o la demencia son consecuencia natural de la edad, las pérdidas y las enfermedades físicas, privándoles de los cuidados necesarios tanto a nivel de tratamiento médico como psicoterapéutico. Este consenso plantea como prioridad el desarrollo de servicios de salud y soporte social efectivos para estas personas, con personal entrenado, garantizando la competencia de los proveedores de cuidados.

Los pacientes ancianos tienden a encontrarse en condiciones de inferioridad, a lo que se suma una capacidad disminuida para enfrentarse y huir. Datos no publicados aún del estudio europeo ABUEL acerca del abuso contra los ancianos, muestran cifras importantes de abuso psicológico. Con menor frecuencia, pero no por ello no ocurren, se dan el abuso económico, físico e, incluso, sexual. Probablemente las actitudes negligentes, por inacción, sean más frecuentes de lo que se acepta. Los ancianos víctimas de abuso presentan más quejas somáticas, peor salud física y mental, junto con un mayor uso de los servicios de salud. A pesar de ser una población vulnerable y con gran riesgo de indefensión, no se contempla actualmente la necesidad de recursos sociales de emergencia ni recursos ambulatorios para atender a estas personas.

No menos reseñable es el hecho de la vulneración de derechos de las personas por el hecho de no valorar adecuadamente el binomio competencia-enfermedad mental en el anciano. La Sociedad Española de Neurología ha publicado el Documento Sitges, fijando unas pautas de valoración de la competencia en pacientes demenciados.

RED DE SERVICIOS EN PSICOGERIATRÍA

Existe una carencia de uniformidad en España con respecto a los distintos servicios psicogeriátricos. La norma es que, a lo sumo, existan islas de atención al paciente psicogeriátrico. Hay un gran hiato entre lo disponible y lo recomendable. Parece que sólo en Cataluña la asistencia comunitaria a estos pacientes se intenta parecer a la que tienen países como Gran Bretaña.

Mateos[1] remarca la necesidad de un plan gerontológico marco en cada área de salud que organice la asistencia. Las unidades de psicogeriatría deben estar coordinadas de forma constante con los distintos recursos existentes para evitar que estos pacientes caigan por los huecos del sistema. Este autor[1], plantea la necesidad de la existencia de los hospitales de día psicogeriátricos, donde se retrase al máximo la institucionalización y la morbilidad. Sus funciones incluyen la evaluación integral de la clínica y de las capacidades funcionales, la asistencia continuada y la prevención primaria, secundaria y terciaria. Este recurso es útil para la readaptación y retorno al domicilio de los pacientes egresados[11], dando también soporte a la red de cuidados del anciano. Además, puede prevenir la hospitalización completa y facilitar que un paciente ambivalente con respecto a su institucionalización se dé cuenta de sus limitaciones y acepte el ingreso de forma voluntaria[11]. Este recurso combina la evaluación geriátrica y psicogeriátrica, los cuidados de enfermería, terapia ocupacional, tratamientos psiquiátricos y psicológicos diversos, dentro de un plan de cuidados individual y flexible en función de las necesidades mayores o menores de cada usuario, con el objetivo último de derivación a otros recursos según la evolución del paciente[11]. El hospital de día psicogeriátrico es compatible con los centros de día, no medicalizados, usados por pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Se postula la necesidad de unidades de hospitalización breve psicogeriátrica, con evaluación combinada médica y psiquiátrica, para resolver situaciones diagnósticas y terapéuticas que no pueden ser resueltas a nivel ambulatorio, ya que, aunque es preferible un abordaje comunitario, la base de un tratamiento adecuado es un buen diagnóstico de las necesidades clínicas y residenciales y, en ocasiones, ese buen diagnóstico requiere un ingreso. En estas unidades se ha demostrado que se valora mejor la patología orgánica y cognitiva, hay mejor farmacovigilancia y la derivación al alta es más adecuada que en unidades de hospitalización aguda no especializadas[12].

Dentro de un marco más residencial, las unidades de media estancia son más económicas que las estancias en hospitales generales y agilizan los ingresos complicados. Deben contar con una supervisión psicogeriátrica constante[1]. El objetivo de estas unidades es la reincorporación del paciente a la comunidad, en muchas ocasiones, previo paso por hospital de día.

Las unidades de larga estancia o las residencias asistidas son útiles cuando no es posible por más tiempo mantener al paciente en la comunidad, bien por su limitación funcional, sus alteraciones de conducta y/o por la claudicación de su red de apoyo. El problema es que, además de la gran proporción de pacientes demenciados en estos centros, cada vez reciben más pacientes con enfermedad mental crónica no demencial, con un perfil y unas necesidades asistenciales diferentes, existiendo poca formación de los cuidadores de estos centros en el abordaje de este nuevo tipo de pacientes ingresados.

También se debe contar con hogares protegidos y residencias de válidos, donde habitan pacientes sin criterios de dependencia, con escasa patología física y psíquica, pero en los cuales, el envejecimiento irá acompañado de una disfunción progresiva, generando nuevos problemas asistenciales[1]. El problema que muchas veces presentan los recursos residenciales es la ausencia de personal suficiente y lo suficientemente entrenado.

Las unidades de psicogeriatría ambulatorias deben ser multidisciplinares y con una vocación para el enlace con otros profesionales sanitarios, bien sea con servicios de geriatría, centros de día, residencias o servicios sociales[1].

Tomando a Gran Bretaña como modelo a seguir en psicogeriatría, nos encontramos con que la "Old Age Psychiatry" es una especialidad diferenciada. El centro de su atención es la salud mental comunitaria, contando para ellos con psicogeriatras, psicólogos clínicos, enfermeros comunitarios… Las evaluaciones iniciales tienden a hacerse en domicilio, incluso por miembros no médicos del equipo. Emplean la gestión de casos. Tienen clínicas de memoria, hospitales de día psicogeriátricos que realizan evaluación y tratamiento, y centros de día. Tienen servicios de descanso, incluyendo la estancia breve en residencia para no saturar a los cuidadores. Exploran rutinariamente el estado mental y los recursos de afrontamiento de los cuidadores. Existe la psicogeriatría de enlace dado que la mayoría de los pacientes ingresados en hospitales generales son ancianos y hay una clara asociación entre enfermedad física y mental. Y tienen unidades de hospitalización breve psicogeriátrica porque la experiencia de las unidades para todas las edades es que perjudican a las personas mayores, dejando de lado sus necesidades ante las exigencias impuestas por los pacientes más jóvenes[13].

La entrada en Gran Bretaña a los servicios psicogeriátricos se suele hacer a través de atención primaria, aceptando derivaciones de trabajadores sociales y de enfermería. También se desplazan a residencias. Si bien se realizan pocas valoraciones iniciales multidisciplinares, la mayoría de esas valoraciones tuvieron lugar en el domicilio habitual[14]. Esa asistencia en la comunidad no reemplaza la necesidad de los ingresos en unidades de agudos, pero permiten dar la

oportunidad de manejo domiciliario a algunos pacientes y puede reducir la duración de los ingresos[15].

En Cataluña[9] se intenta que existan equipos multidisciplinares con programas individualizados de asistencia tras una valoración médica, psicológica, social y funcional que muestre las necesidades asistenciales. Todo ello surge al amparo del programa Vida als Anys, que permitió el desarrollo de recursos asistenciales para el paciente psicogeriátrico a través de dos vías, la sanitaria y la social. Además de disponer de centros de día, hospitales de día y unidades de media y larga estancia, se crearon unidades interdisciplinares hospitalarias para el manejo del paciente geriátrico y del deterioro cognitivo, entre otros objetivos, así como equipos médicos ambulatorios de valoración y apoyo a domicilio, que pueden prestar atención al paciente psicogeriátrico, apoyar a atención primaria, gestionar los casos complejos y coordinarse con los diferentes recursos disponibles en función de las necesidades de los pacientes[16]. En un reciente artículo focalizado en los pacientes con demencia[17], se ha publicado que, de existir unidades específicas de demencia en España, lo habitual es la escasa accesibilidad a psiquiatras o a psicólogos clínicos, reduciéndose estas unidades al diagnóstico y prescripción rutinaria de tratamientos, con exclusión del apoyo a las familias y de las intervenciones psicosociales. Sólo aquellos casos con importantes trastornos de conducta son derivados a psiquiatría, existiendo gran descoordinación entre los recursos sociales y los recursos de salud mental, dejando habitualmente las iniciativas psicosociales y el entrenamiento de familiares en manos de las asociaciones de familiares.

En los últimos años se está desarrollando en España la llamada Ley de Dependencia, para el apoyo de todos los pacientes en situación de dependencia, pudiendo incluir dentro de su cobertura a pacientes psicogeriátricos[18]. Por esa ley se reconocen tres grados de dependencia, moderada, severa y gran dependencia, en función de la ayuda que necesiten esas personas para el manejo en las actividades básicas de la vida diaria y el tipo de supervisión que necesiten por parte de sus cuidadores. A la persona reconocida como dependiente se le realiza un programa individual de atención (PIA), que incluye los servicios o la prestación económica que recibe el dependiente, pudiendo incluir ayuda a domicilio, centros de día, residencias, teleasistencia y servicios de prevención de la dependencia.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al igual que en otras franjas etarias, también es posible realizar una labor de promoción de la salud y de prevención primaria, secundaria y terciaria de los trastornos mentales y del deterioro cognitivo en los ancianos. Se debe no solo intentar evitar la enfermedad, sino fortalecer las habilidades de afrontamiento, lo cual va más allá del manejo farmacológico.

Dado que el paciente psicogeriátrico es una persona en contacto con sus circunstancias, puede verse afectado por la problemática que acompañe a sus cuidadores. A ese respecto, el concepto de cuidar al cuidador debe estar en primer plano. La OMS aconseja desarrollar estrategias de ayuda a la familia del paciente anciano[1], porque el cuidador es parte fundamental de la atención comunitaria psicogeriátrica y, en muchas ocasiones, rellena las lagunas de la asistencia sociosanitaria. La carga familiar engloba los problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores[19]. Es necesario valorar la sobrecarga dado que el 61% de los cuidadores han padecido algún problema emocional[20]. A pesar de la mejoría con técnicas psicoeducativas y con psicoterapia, siendo mejor la psicoterapia, y del mantenimiento de esa mejoría con el tiempo, sólo la mitad de los cuidadores "quemados" buscan ayuda[20]. También los grupos de ayuda mutua, en ausencia de profesionales, mejoran la información recibida y la calidad de vida de estos pacientes[19].

EVALUACIÓN CLÍNICA

La clínica de los pacientes ancianos está marcada por la organicidad y los esfuerzos adaptativos. La patología psiquiátrica en ancianos está asociada a problemas físicos y sociales, pudiendo modificarse la presentación clínica por los cambios biológicos, sociales y culturales asociados al envejecimiento[7]. Las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-IV-TR, CIE-10) son poco útiles en pacientes ancianos al no tener presente estos factores.

En la persona anciana el problema médico se complica fácilmente con la aparición de síntomas o cuadros psiquiátricos como el delirium o la depresión[1]. Además hay una enorme relevancia de trastornos mentales menores como los síndromes ansioso-depresivos[1].

Aparecen más síntomas que enfermedades, mayor alteración cognitiva, mayor relación con los acontecimientos vitales. La ansiedad y la depresión pueden ser valoradas como normales para el proceso del paciente y no serlo. Un consenso español[8] refiere que los ancianos deprimidos tendrán menos síntomas depresivos y más quejas somáticas. Debido al mayor riesgo de evolución a demencia recomienda una valoración cognitiva a toda paciente mayor de 65 años. Esos autores insisten en la necesidad de valorar el estado físico, vigilar la comorbilidad médica y pensar siempre en la posibilidad de iatrogenia.

Se establece que hay 7 grandes síndromes psicogeriátricos: confusión aguda, pérdida de memoria, insomnio, ansiedad, depresión, hipocondría y suspicacia. Eso lo debemos articular con los factores psicosociales, prestando especial interés al mayor riesgo de suicidio, de abuso y de estigmatización.

TRATAMIENTO

Aunque la recuperación de la salud puede no ser una utopía en algunos pacientes psicogeriátricos, la mejora de la calidad de vida, la minimización de la discapacidad, el mantenimiento de la autonomía y la canalización de las necesidades de los cuidadores son también objetivos válidos[8].

A nivel farmacológico hay consenso[8] en que: pueden requerir más tiempo para responder al tratamiento; se puede llegar a dosis máxima de los tratamientos siempre que la titulación de dosis sea lenta; no está claro que respondan peor que los adultos; se debe contemplar la posibilidad frecuente de recaídas; hay que vigilar las interacciones medicamentosas; y se deben evitar las benzodiacepinas y la medicación anticolinérgica. Se insiste en la combinación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas, porque se cree que todas las técnicas psicoterapéuticas pueden utilizarse en los ancianos una vez adaptadas[7]. Se pueden usar[21] técnicas habituales en adultos como la terapia de apoyo, la terapia conductual o el entrenamiento en habilidades, así como otras técnicas no verbales como la musicoterapia o la dramaterapia. Además se pueden usar técnicas más específicas para pacientes demenciados como la terapia de reminiscencia, la orientación a la realidad o las técnicas de validación. En los últimos años hay un apogeo del manejo de los síntomas no cognitivos de la demencia con aromaterapia, terapia con animales, estimulación multisensorial… Así mismo, se ha demostrado[22] que la psicoterapia grupal de orientación dinámica mejora la autoestima, la sensación de pertenencia y la capacidad de adaptación, entre otros aspectos.

FORMACIÓN

En 2003 la EAGP, Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica[23], afirmó la necesidad de una formación en psicogeriatría reglada, con un desarrollo de competencias en promoción de la salud mental en la vejez, prevención y cuidado de los ancianos con trastornos mentales y provisión de información transdisciplinar acerca de la salud mental en el anciano. Para ello fijaron un periodo de al menos un año para la acreditación del superespecialista y establecieron un currí-

culo en cuanto a áreas de competencia y aprendizaje que debe ser cumplido por el discente.

En España, el programa formativo para Psiquiatría[24] no incluye a la psicogeriatría dentro de la formación nuclear que debe tener el especialista, pero reconoce la gerontopsiquiatría como una de las ramas de la psiquiatría, estableciendo la posibilidad de un trayecto formativo específico en este campo de hasta un año de duración.

El programa formativo de Psicología Clínica[25] remarca la necesaria adecuación de las unidades docentes para atender a niños y adolescentes. Existe la posibilidad de una rotación específica de hasta cuatro meses en neuropsicología o en psicoterapia del anciano, pero si no se escoge esa opción, se contempla la atención al paciente psicogeriátrico dentro de la programación teórica de las rotaciones por salud mental comunitaria y por atención primaria, no apareciendo ninguna mención a formación teórica específica en la rotación de rehabilitación.

Eso implica que los nuevos especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica pueden llegar a ejercer sin formación en psicogeriatría.

En un estudio con respecto a la formación en psicogeriatría entre residentes de Psiquiatría de España, con clara sobrerrepresentación del noreste peninsular, el 42% reconoció tener formación en psicogeriatría, y sólo un 23,5% refirió investigación en este campo[26]. Otro estudio realizado a sus tutores[27] obtuvo que el 95% de los mismos reconocieron que sus residentes tenían una formación insuficiente en este campo, pero para la mayoría el nivel de conocimientos a este respecto entre los residentes era suficiente.

De interés para los psiquiatras especialistas, La LOPS, ley de ordenación de las profesiones sanitarias[28], propugnó la creación de áreas de capacitación específica, que podían ser multidisciplinares, a modo de superespecialización en campos determinados, pero no se ha llegado a desarrollar nunca.

Son escasas las asociaciones profesionales que muestren un interés por la atención psicogeriátrica. A excepción de los cursos on-line y los congresos y charlas específicas financiadas por la industria farmacéutica, la formación reglada en psicogeriatría en nuestro país es casi inexistente, con salvedades como la Diplomatura y Máster de Postgrado en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, que proporciona formación teórica y práctica. A nivel bibliográfico sí es posible encontrar textos, monografías e incluso una revista, Psicogeriatría, pero es difícil encontrar libros específicos de psicología o psicoterapia del paciente anciano.

INVESTIGACIÓN

Es un campo por explorar en este país. Dejando de lado la investigación farmacológica, se pueden hacer estudios de biología molecular, neuroquímica, epidemiología, ética e investigación sobre servicios sanitarios incluyendo los proyectos comunitarios innovadores[7]. Nuevas vías de investigación son recomendables en cuanto a: efectividad de la evaluación psicogeriátrica a domicilio; necesidades de los pacientes y sus cuidadores; beneficios del apoyo a los cuidadores; beneficio de los centros y hospitales de día; atención a los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias y análisis de manejo preventivo y del manejo en atención primaria, entre otras propuestas[1]. Si bien no ha despegado todavía la investigación en trastornos mentales del anciano, la investigación en demencias se ha potenciado con la apertura de centros con investigadores con dedicación exclusiva como el Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía y la Fundación Pasqual Maragall[17].

RESUMEN
La atención al paciente psicogeriátrico no está bien resuelta en España. Hay iniciativas puntuales dispersas, pero sólo la atención sociosanitaria en Cataluña se ha acercado al modelo comunitario que propugnan los expertos y que ya siguen varios países del mundo. Queda mucho por hacer para que el modelo actual de inespecificidad en la atención torne en un modelo con los suficientes recursos intermedios y con personal entrenado para cumplir con el paradigma de que la psicogeriatría debe ejercerse, fundamentalmente, en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Mateos Álvarez R. Asistencia en psiquiatría geriátrica. De la teoría a la praxis. En Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, eds. Psiquiatría geriátrica. 2ed. Barcelona: Masson SA; 2006. p.909-45. Condensa en pocas páginas los aspectos organizativos de la asistencia comunitaria ideal del paciente psicogeriátrico.

Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, et al. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. Int J Geriatr Psychiatry. 2003; 18:686-93. Expone las directrices de los psicogeriatras europeos con respecto a la formación de los especialistas en psicogeriatría.

Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement. WHO, Geneva, 2002 (WHO/MSD/MBD/02.3) http://www.who.int/mental_health/media/en/499.pdf Plantea las causas y consecuencias del estigma y la discriminación del paciente psicogeriátrico y expone actuaciones dedicadas a combatirlas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Mateos Álvarez R. Asistencia en psiquiatría geriátrica. De la teoría a la praxis. En Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, eds. Psiquiatría geriátrica. 2ed. Barcelona: Masson SA; 2006. p.909-45.
(2) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2009. Las Personas Mayores en España. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html
(3) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999; 174:307-11.
(4) Vilalta Franch J. Epidemiología de la depresión en el anciano. Informaciones Psiquiátricas. 2002; 167(1).
(5) Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD study: preliminary findings. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Sep; 23(9):915-21.
(6) Virués-Ortega J, de Pedro- Cuesta J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F. Prevalence and European comparison of dementia in a >- 75-year-old composite population in Spain. Acta Neurol Scand. 2011 May; 123(5): 316-24.
(7) Psiquiatría Geriátrica. Declaración de consenso. WHO/MNH/MND/96.7
(8) Consenso Español de Depresión en el anciano. Madrid: Luzán 5, SA Ed; 2009.
(9) López-Pousa S, Serra-Mestres J, Lozano-Gallego M, Tron-Espada A, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, et al. Programa integral de atención psicogeriátrica. Rev Neurol. 2000; 30:1181-7.
(10) WHO, WPA. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement. WHO, Geneva, 2002 (WHO/MSD/MBD/02.3) http://www.who.int/mental_health/media/en/499.pdf
(11) Mendonça-Lima CA, El Nadi A, Gaillard M. La readaptación psicosocial del anciano con trastornos mentales: función de los hospitales de día. Informaciones Psiquiátricas. 2002; 167(1).
(12) Sánchez- Pérez M. ¿Son necesarias unidades especializadas para el tratamiento de pacientes ancianos con trastorno mental agudo? Informaciones Psiquiátricas. 2007; 188:111-18.
(13) Dening T. Prestación de servicios en la psiquiatría geriátrica. Psicogeriatría. 2009; 1:69-80.
(14) Challis D, Reilly S, Hughes J, Burns A, Gilchrist H, Wilson K. Policy, organisation and practice of specialist old age psychiatry in England. Int J Geriatr Psychiatry. 2002 Nov; 17(11):1018-26.

(15) George K, Giri S. An intensive community team in aged persons mental health. Australas Psychiatry. 2011 Feb; 19(1):56-8.
(16) Sánchez Pérez M. Asistencia sociosanitaria en salud mental: evaluación de una experiencia. Informaciones Psiquiátricas. 2002; 167(1):95-103.
(17) Mateos R, Franco M, Sánchez M. Care for dementia in Spain: the need for a nationwide strategy. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Sep; 25(9):881-4.
(18) García Anton MA (coord). Guía Práctica de la Ley de Dependencia. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: IMC; 2011.
(19) Franqueza Roca MC. ¿Quién cuida al cuidador? Informaciones Psiquiátricas. 2003; 172(1).
(20) Crespo M, López J. El apoyo de los cuidadores de mayores dependientes: presentación del programa "como mantener su bienestar". Informaciones Psiquiátricas. 2007; 188.
(21) Antequera Jurado R, Franco Fernández MD. La psicoterapia en los mayores más allá de los prejuicios. Informaciones Psiquiátricas. 2008; 192.
(22) Claver-Martín MD. Psicoterapia en el anciano. Psicogeriatría. 2009; 1(3):175-8.
(23) Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, et al. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. Int J Geriatr Psychiatry. 2003; 18:686-93.
(24) Orden SCO/2616/2008, de 1 de Septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
(25) Orden SAS/1620/2009, de 2 de Junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
(26) Cuevas Esteban J, Baladón Higuera L, Rodríguez Montes MJ, Fernández Sánchez A, Díaz Rodríguez D, Fusté Boadella M. Formación en psicogeriatría en España: opinión de los residentes de Psiquiatría. Psicogeriatría. 2011; 3:137.
(27) Cuevas Esteban J, Baladón Higuera L, Rodríguez Montes MJ, Fernández Sánchez A, Barneda Faudot V, Fusté Boadella M. Formación en psicogeriatría en España: opinión de los tutores de residentes de Psiquiatría. Psicogeriatría. 2011; 3:137-8.
(28) Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

5.8. La salud mental en la pérdida de la salud física: procesos crónicos

María Diéguez Porres, Juan Alday Muñoz

"La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara"
Susan Sontag. La enfermedad y sus metáforas

A juzgar por las cifras, el mayor reto de la asistencia sanitaria en adelante será la atención a los procesos crónicos. Según la OMS[1] las enfermedades crónicas no infecciosas, del tipo de la diabetes, la enfermedad cardiovascular, el cáncer o las enfermedades respiratorias, son ya la principal causa de mortalidad en el mundo. En 2008 hasta un 63% de las muertes lo fueron por este tipo de procesos y el 29% de ellas eran personas de menos de 60 años. En nuestro país, según la última encuesta publicada por el Instituto Nacional de Estadística[2], el porcentaje de población mayor de 16 años con enfermedad crónica diagnosticada por un médico es del 51,25%. Estas cifras dan idea de la dimensión del problema y también contradicen la idea generalizada de que la cronicidad es un problema únicamente relacionado con el envejecimiento. La patología crónica existe en todas las edades desde la infancia, la prevalencia sigue en aumento y la "epidemia" amenaza con afectar cada vez a más personas y durante más tiempo a lo largo de la vida, a más familias y más comunidades. Otro de los errores habituales cuando se habla de cronicidad es considerar que es un problema propio de países desarrollados. Las últimas estadísticas apuntan a que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas no infecciosas se dan en países con ingresos bajos y medios, que afectan por igual a mujeres y a hombres, que las desarrollan más precozmente y las sufren durante más tiempo.

El impacto sobre el sistema de salud es previsible. Se calcula que el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son de pacientes con algún tipo de patología crónica. Todo un desafío para la asistencia sanitaria que deberá replantearse y adaptar su modelo asistencial a las nuevas necesidades. El modelo sanitario actual está pensado para atender enfermedades agudas y mantiene un funcionamiento centralizado que no puede dar respuesta a los retos que plantea la cronicidad[3]. El modelo vigente implica una fragmentación entre niveles asistenciales con la consecuencia de pacientes que se pierden y no son atendidos adecuadamente. En este sentido, se estima que hasta un 55% de pacientes crónicos no reciben el tratamiento y los cuidados necesarios y que aproximadamente la mitad no toma correctamente la medicación prescrita[4]. El *Chronic Care Model* (CCM) es un modelo asistencial creado hace 20 años[4] y adoptado por numerosos países y organizaciones desde entonces, entre ellas la OMS que ha denominado su adaptación "*Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas" (The Innovative Care for Chronic Conditions Framework* (ICCC)[5]. El ICCC incorpora un enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, el énfasis en la prevención y en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Plantea una mejora de la calidad de la atención a pacientes con enfermedades crónicas en seis áreas que van desde pro-

piciar y sostener la autoayuda con la participación del paciente y la familia en los cuidados hasta la participación comunitaria y la movilización de recursos no sanitarios. El modelo ha sido cuestionado[6] por considerar que su desarrollo se ha centrado sólo en alguna de las grandes enfermedades crónicas como la diabetes, la EPOC, el asma o la insuficiencia cardiaca y en el paciente anciano, mientras se olvida el enfermo crónico en su sentido global y deja fuera de contexto los problemas sociales; sin embargo supone un replanteamiento de la asistencia que propone, entre otras medidas, el abordaje multidisciplinar y la coordinación entre los diferentes niveles y recursos asistenciales, elementos indispensables para integrar el abordaje psicosocial y el tratamiento específico de los aspectos relativos a la salud mental[7].

Se considera enfermedad crónica aquella cuya duración es mayor de seis meses si bien, lo habitual es que la propia enfermedad o bien sus secuelas, acompañen a quien las padece lo largo de toda la vida y generen un importante sufrimiento, un deterioro de la calidad de vida y una limitación de la posibilidad de disfrutar de una vida plena; cuando no llevan a la persona a muerte precoz. La enfermedad crónica, cualquiera que sea su naturaleza, enfrenta a la persona a la necesidad de adoptar cambios en su estilo de vida y en sus relaciones y produce un importante impacto en su entorno social inmediato, en especial en los cuidadores principales[8].

LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR

Los grandes problemas de salud causan preocupación y malestar de forma universal pero el grado de estrés que es capaz de generar una enfermedad depende más directamente de la capacidad de afrontamiento de cada persona que de la enfermedad en sí. La mayoría de los estudios sobre la experiencia de enfermar se centran en los aspectos particulares de las diferentes enfermedades crónicas pero, aún reconociendo las especiales características de cada una, es el reconocimiento de la respuesta individual y los significados personales en torno a la experiencia de enfermar lo que puede ayudar a conectar con el paciente a la hora de establecer una relación de ayuda[14]. Compartimentalizar la mirada en base a caracterizaciones estándar de aspectos médicos particulares de cada entidad médica dificultan, tanto al médico como al propio paciente, la posibilidad de acceder a la experiencia compleja e individual de afrontar la vida con una enfermedad crónica. Desde una perspectiva narrativa el proceso de enfermar, de estar enfermo, mejorar (o empeorar), de adaptarse o fracasar en el afrontamiento de la enfermedad se puede entender como una historia (una nueva narrativa) dentro de la historia vital de cada paciente. Puede ayudar a los clínicos a integrar la biografía y la anécdota, la historia vital y el relato de la enfermedad con los aspectos más impersonales del conocimiento científico. Pero, además, proveen el marco para un acercamiento holístico a los problemas y pueden desvelar diferentes alternativas diagnósticas y terapéuticas. La perspectiva de la *medicina basada en narrativas*[15-17], es un paradigma desde el que acercarse a contemplar el proceso de enfermar que contribuye a integrar los conocimientos técnicos, y por lo tanto los cuidados, con la experiencia íntima del paciente.

CONSECUENCIAS DEL ENFERMAR. CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO

La enfermedad es un acontecimiento que irrumpe en la vida de la persona interrumpiendo la organización previa y produciendo cambios en el sentido de sí mismo[18]. El sufrimiento que genera dependerá de la capacidad del individuo para integrarlo, darle sentido y restablecer, de nuevo la coherencia y su identidad.

Una de las consecuencias más inmediatas del enfermar es la necesidad de asumir un cambio de rol: de persona sana a enfermo. Mientras en la enfermedad aguda, tal como describió Parsons[19], el rol social de

enfermo está bien definido como aquel que comporta la legitimidad de los síntomas y limitaciones y la desculpabilización por ellos; exenciones transitorias de responsabilidades sociales y, complementariamente, el deseo de salir de tal condición y la búsqueda de ayuda profesional para abandonar el rol lo antes posible; en el caso de la enfermedad crónica la permanencia de los síntomas y limitaciones obliga a ajustes más difíciles por parte del paciente y del entorno al no ser oportunos la exención de responsabilidades ni el rechazo de la condición de enfermo como motivación para la búsqueda de tratamiento. La enfermedad de tipo crónico pone en primer plano aspectos del rol de enfermo que tienen qué ver con el apoyo familiar, las redes sociales -como las asociaciones de enfermos- y la participación del paciente en el tratamiento[14-20].

La conducta de enfermedad no es independiente del contexto social en el que sucede puesto que se construye con las definiciones de enfermedad que ese entorno social proporciona[21, 22]. Las posibilidades de acceso a los cuidados médicos y socio-sanitarios y las características de éstos están bajo el mismo influjo. Un entorno social que prima la eficacia, la competencia y la rentabilidad frente a la calidad y humanización de la atención médica, difícilmente se adaptará a las necesidades de continuidad de cuidados de los pacientes crónicos a favor de procesos más rentables y mas gratificantes para los profesionales[14] en palabras de Thomas Main "El mejor tipo de paciente es aquel que, desde un gran sufrimiento y peligro para la vida o la salud responde rápidamente a un tratamiento que resulta interesante a su médico y que después permanece completamente bien"[23].

La enfermedad crónica se puede considerar una crisis vital y el estrés que genera deriva de aspectos como[24] la amenaza que supone para la calidad de vida o la supervivencia; la amenaza a la integridad corporal (cambios físicos, dolor, discapacidad, efectos de los tratamientos); cambios profundos en el autoconcepto (estigma, pérdida de autonomía, deterioro de la imagen corporal); cambios importantes en el cumplimiento de los roles sociales del propio paciente y de un entorno inmediato (separaciones, pérdida de capacidades, necesidades de dependencia del entorno); la necesidad de un ajuste emocional del paciente y la familia; y la necesidad de adaptarse a cambios inesperados y a numerosas incertidumbres (curso impredecible, efectividad de los tratamientos). La enfermedad, además, sitúa al paciente en un nuevo contexto, el entorno médico, del que no conoce las claves y en el que deberá desarrollar nuevos vínculos de apoyo y formas eficaces de comunicación.

Los miembros de la familia y el entorno se ven igualmente afectados por el estrés de la enfermedad dependiendo del tipo de relación, y son los cuidadores principales los que más intensa y directamente sufren las consecuencias sobre su calidad de vida. Su proceso de adaptación puedes afectar de manera indirecta, pero muy significativa la propia adaptación del paciente, su calidad de vida y la disposición al tratamiento.

Son clásicos los modelos que presentan la adaptación como una sucesión de fases más o menos predecibles y universales[25] por las que se atraviesa pasivamente antes de llegar a un estado de ajuste y negociación con la enfermedad. Desde un punto de vista constructivista, la adaptación se puede contemplar como un trabajo activo de la persona que va a necesitar un tiempo durante el cual afrontará varias tareas que suponen un esfuerzo personal[26, 27] y que conllevan: aceptar la realidad de la enfermedad y reconocer su verdadera dimensión, reconocer y vivenciar una serie de emociones que genera su presencia, las secuelas y el pronóstico; continuar viviendo con la compañía permanente de la enfermedad y/o las limitaciones y secuelas y, finalmente, encontrar un nuevo sentido a la existencia. La adaptación es un proceso que durará lo que dure la enfermedad de manera que el paciente tendrá que hacer

uso de sus estrategias de afrontamiento ante cualquier cambio o avance. Para atravesar por todo este proceso el paciente necesita soporte de su entorno, fundamentalmente de los cuidadores principales, del entorno sanitario y la comunidad.

Si el proceso de adaptación es exitoso la persona conseguirá integrar la enfermedad como parte de su vida y continuar con ella en las mejores condiciones posibles y podrá realizar los cambios necesarios para cumplir con el tratamiento y los cuidados necesarios. De la misma manera, aceptará las pérdidas y desarrollará mecanismos personales y sociales para ajustarse a las exigencias de la vida en su nueva situación. Si el proceso fracasa las consecuencias se dejan ver a varios niveles. Se sabe que el fracaso en la adaptación puede conducir a la depresión en diferentes grados o cuadros de ansiedad y a la presencia de síntomas inespecíficos y sin explicación médica, y que éstos afectan negativamente al pronóstico de la enfermedad médica[28, 29]. Los cuidados médicos pueden estar interferidos por el uso de estrategias de afrontamiento o maniobras defensivas inadecuadas de los pacientes como la negación, la regresión o la evitación que impiden o dificultan el acceso al tratamiento correcto[30-32], así como por las dificultades contratransferenciales de los profesionales sanitarios, fruto de la frustración y en ocasiones del fracaso de la omnipotencia y la "obligación" de curar para la que han sido entrenados, lo que puede interferir en la motivación del paciente al tratamiento o en las relaciones con el entorno médico y familiar. En el lado opuesto, la enfermedad también puede originar secuelas positivas como lo demuestran los estudios de psicología positiva y crecimiento postraumático con un impacto en el origen y evolución de las enfermedades[33, 34].

COMORBILIDAD. PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE SALUD MENTAL EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

La frontera entre personas mentalmente sanas y mentalmente enfermas es fluida porque cualquier persona puede llegar a estar enferma si se expone a un trauma suficientemente grave.

Meyer *A. Psychobiology: A science of man,* 1957

La gran mayoría de las personas consiguen adaptarse sin ayuda profesional a su situación de enfermos pero en ocasiones la gravedad de la enfermedad, las limitaciones que produce o la falta de apoyos suficientes desbordan la capacidad de afrontamiento y las defensas ocasionando un profundo malestar y desajuste[35]. Se estima que el riesgo de padecer un trastorno mental es de dos a cuatro veces mayor en personas con enfermedades crónicas que en la población general[10-13] y la prevalencia de la depresión, el trastorno más frecuente y más estudiado, se sitúa en torno al 25 % en pacientes crónicos[36, 37].

Se considera que la patología psiquiátrica puede estar infradiagnosticada en la población de personas enfermas crónicas y que las dificultades en su detección tiene su raíz en una falta de exploración sistemática y en profundidad del estado de ánimo por medio de instrumentos de detección adecuados y entrevista clínica y en la falta de formación de los clínicos en la detección de trastornos mentales. Por otra parte, suele asociar un fuerte estigma y rechazo al diagnóstico. Pero lo más frecuente es que los síntomas de ansiedad o depresión se interpreten como una reacción comprensible y adecuada ante la gravedad o cronicidad de la enfermedad o se confunda con los propios síntomas de la enfermedad médica (fatiga, pérdida de peso, enlentecimiento) y puede solaparse con el estrés tras el diagnóstico o una hospitalización y quedar oculta tras él[8, 38, 39].

En lado opuesto, aunque no con menores riesgos, no es infrecuente que se interprete como enfermedad y se trate médicamente lo que no son más que los propios síntomas de la enfermedad o la manifestación de un

sufrimiento y un esfuerzo de la persona por asumir la pérdida de salud y los cambios derivados de ello. La medicalización de un sufrimiento normal es, además de iatrogenia[40], una oportunidad perdida para conectar con el enfermo y su entorno familiar y facilitar el acceso a un soporte emocional adecuado a sus necesidades que únicamente deberá ser proporcionado por un profesional de salud mental en el caso de que se vean desbordados sus recursos naturales y los del equipo médico que le atiende.

ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MÉDICA CÓNICA

El enfermo crónico y con patología múltiple se beneficia de un modelo asistencial centrado en el paciente mas que en la enfermedad, un sistema asistencial proactivo y no meramente reactivo a las demandas, que persiga mantener al paciente en el radar del sistema con monitorización continua y tratado por un equipo multidisciplinar con criterios asistenciales compartidos y bien coordinado a través de instrumentos como la historia clínica unificada[3, 6, 7, 14, 41]. Un planteamiento terapéutico que conceda más importancia al "cuidar que al curar"[7, 39].

La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como[14]: 1.- Evaluación individualizada del nivel de complejidad/riesgo: un diagnóstico integral del paciente que incluya, además de describir los procesos clínicos, su situación social, psicoafectiva, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal 2.- Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras para evitar la progresión de las enfermedades crónicas, que en inútiles esfuerzos curativos. 3.- Un tratamiento integral con una valoración de la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales. 4.- Una implicación activa del paciente y su entorno familiar en la adherencia a tratamiento y aplicación de cuidados con programas educativos y apoyo al autocuidado. Una integración real de los cuidados. 5.- Una coordinación eficaz, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria.

La complejidad de estos pacientes exige pasar de la Gestión de la Enfermedad (Disease Management) a la Gestión del Caso ("*Case Management*") con un plan individualizado basado en la mejor evidencia de práctica clínica, coordinación de los recursos asistenciales y refuerzo y seguimiento del plan terapéutico. La Atención Primaria como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema, garantiza la continuidad y la atención longitudinal de la atención sanitaria a los enfermos crónicos[14, 41].

Un sistema asistencial estructurado con estas bases será sensible a las necesidades psicológicas y psicosociales y será capaz de lograr su atención precoz y ajustada a las necesidades y, lo que es más importante, será capaz de prevenir y tratar en breve plazo las complicaciones derivadas de dificultades en el afrontamiento evitando el uso de recursos innecesarios.

ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN. PROGRAMAS DE ENLACE

Los servicios de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace tienen una vida relativamente corta. La creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales, que en EEUU sucedió en los años 20 del pasado siglo y en nuestro país a partir de los años 80, rompió el aislamiento de los psiquiatras en hospitales psiquiátricos y asilos apartados, no solo del resto de especialidades médicas, sino incluso de las ciudades[42]. El contacto de los psiquiatras con otros especialistas médicos favoreció el surgimiento de un interés progresivo por los aspectos mentales y emocionales del paciente[43] como objeto de interés del clínico. Por otro lado, las formulaciones de Meyer en los años 50 y posteriormente de Engel[44] sobre la necesi-

dad de integrar los aspectos psicológicos, biológicos y sociales del individuo, más allá de la artificiosa separación entre trastornos mentales o físicos, produjeron un gran impacto en la psiquiatría americana al situar en primer plano el estudio del contexto del individuo en paralelo a la historia clínica médica clásica. La corriente Psicobiológica de Meyer abonó el terreno para la creación de consultas de psiquiatría en los hospitales generales. Por su parte el psicoanálisis también comenzaba a formular las tesis psicosomáticas sobre la influencia de los conflictos inconscientes en el desarrollo de las enfermedades.

A pesar del amplio desarrollo que la Psiquiatría de Enlace ha tenido en nuestro país desde los anos 70, no hay una definición ni una práctica homogénea en todos los hospitales y todavía se enfrenta a cuestiones acerca de su definición y delimitación de campo de actuación[45-47]. Pero sí está cada vez mas consolidada la posición del psiquiatra en los hospitales y su papel en la atención y el estudio de los problemas psicológicos del enfermar, la comorbilidad psiquiátrica y las necesidades formativas en estos aspectos de los equipos médicos.

Se pueden delimitar dos contextos claros en la asistencia psiquiátrica en la enfermedad médica. Mientras que el foco de atención de la Interconsulta Psiquiátrica son las necesidades puntuales en el contexto de la hospitalización y de la fase aguda de la enfermedad a demanda del equipo médico o del propio paciente, es la Psiquiatría de Enlace la que se ocupa de las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades crónicas, creando un contexto asistencial más amplio y proactivo, donde no es necesario esperar a que el paciente sea derivado para iniciar una serie de cuidados que se enmarcan dentro de atención primaria, secundaria y terciaria [48, 49].

La Psiquiatría de Enlace tiene una base ambulatoria a pesar de su localización habitual en el Hospital general aunque la tendencia es a considerar su extensión a la atención primaria[47]. En cualquier caso, el objetivo es trabajar junto al equipo médico y allí donde el paciente es visto por su enfermedad, lo que aporta algunas ventajas. Por un lado se facilita el acceso del paciente a las consultas de salud mental y se disminuye el riesgo de rechazo y estigmatización al situar la atención dentro del contexto médico. Además, el contacto regular entre equipos posibilita una orientación integrada, previniendo el riesgo de fragmentar la atención, y favorece la formación recíproca y la creación de una cultura asistencial compartida. Sin embargo, es importante que ambos equipos mantengan la coordinación y permanezcan integrados en la red asistencial comunitaria, desde la atención primaria, hasta la red de Salud Mental.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN. PROTOCOLOS Y EQUIPOS

Los procesos asistenciales para los pacientes con procesos crónicos estarán descritos en protocolos de intervención consensuados entre los equipos a propósito de una enfermedad o de un aspecto de la misma. Son característicos los acuerdos de intervención en psicoonclogía, diabetes, Unidades del dolor, cirugía bariátrica o Unidades de diálisis, pero su creación dependerá en general de las necesidades expresadas por el equipo médico y de las oportunidades, en definitiva, del desarrollo de relaciones harmoniosas entre equipos en base a una visión biopsicosocial del enfermar[38, 47, 48].

Los protocolos de colaboración deben incluir al menos los siguientes elementos: 1.- Tipo de problemas que se van a atender; 2.- Objetivos asistenciales, formativos y de investigación. 3.- Encuadre, plazos de intervención con amplia disponibilidad y vías de derivación (tanto en la recepción como al alta de los pacientes); 4.- Instrumentos para la detección de comorbilidades; 5:- Intervenciones que se ofertan.- 6.- Agentes del programa; 7.- Espacios docentes y buenos canales y espacios permanentes de comunicación entre los equipos que los suscriben así como con los servicios comunitarios.

Se recomienda que el equipo de Enlace esté compuesto por profesionales de varias categorías -psiquiatras, psicólogos y enfermeros- con habilidades en los siguientes campos: valoración y manejo de los trastornos mentales, respuesta psicológica a la enfermedad y procesos de afrontamiento; intervención en crisis y métodos psicoterapéuticos apropiados para pacientes médicos; psicofarmacología en pacientes médicamente enfermos; comunicación con pacientes terminales y sus familias; comunicación con equipos médicos y coordinación con otros recursos médicos y comunitarios[38, 47, 48].

¿QUÉ ATENDER? OBJETIVOS DE PROGRAMAS DE ENLACE

Existe un consenso general en tres grandes áreas como foco de esta atención los problemas derivados de dificultades en el afrontamiento de la enfermedad, la comorbilidad psiquiátrica y las dificultades en la relación del paciente con su equipo médico.

La importancia de abordar los trastornos mentales en el contexto de la enfermedad crónica tiene que ver con algunos hechos observados. La enfermedad puede, tanto desencadenar, como empeorar un cuadro depresivo y la depresión influye negativamente en el pronóstico[28, 30-32] y puede empeorar el malestar y algunos síntomas, como el dolor[52]. Alguno de los factores de riesgo para desarrollar depresión[53] lo son también para factores de riego de enfermedades crónicas (tabaquismo, obesidad) y para la presencia de estilos de apego que distorsionan la relación con los cuidadores y con el equipo médico lo que, a su vez, empeora el pronóstico[32]. Tratar la depresión de personas con enfermedad crónica tiene el potencial de mejorar la calidad de vida y la supervivencia[10].

Ya se ha hablado de cómo los problemas de afrontamiento y estilos de personalidad pueden influir en la comunicación médico-paciente pero ésta puede estar también interferida por las emociones y motivaciones de los propios profesionales. La enfermedad grave, su difícil abordaje y el contacto constante con la muerte pueden ser fuente de intensas emociones y generan defensas psíquicas que no siempre son las más adecuadas, ni para modular el estrés ni a la hora de establecer una relación de confianza, abierta y exenta de prejuicios. La posibilidad de que la relación médico paciente se desarrolle en términos productivos para ambos es que exista una buena comunicación y para ello es necesario conocer y abordar las necesidades emocionales y defensas psicológicas de ambas partes de la díada. Es con la aplicación de este conocimiento que los pacientes pueden sentir que se les entiende que se les da el mejor cuidado[54].

Desde su creación se ha señalado la función docente de los equipos de Enlace[38, 48, 55]. Las necesidades formativas de éstos van mucho más allá del conocimiento de la patología psiquiátrica, su detección y su abordaje que ya se ha señalado como esencial[56-58]. El clínico que pretenda proporcionar una atención integral al paciente crónico debe saber cómo obtener de los pacientes su perspectiva y sus relatos acerca del enfermar, tener conocimiento acerca de las motivaciones y expectativas de los pacientes; conocer las respuestas normales y patológicas al enfermar, a las pruebas o las hospitalizaciones; conocer las dinámicas familiares y su repercusión sobre la evolución del paciente; debe poder atender a su propia respuesta emocional hacia el paciente y la enfermedad o la muerte, conocer sus motivaciones y disponer de habilidades de comunicación y las estrategias básicas de apoyo necesarias para abordar la dimensión emocional del enfermar y situaciones problemáticas.

¿CÓMO ABORDAR LOS ASPECTOS EMOCIONALES Y LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO? INTERVENCIONES

El abordaje de los problemas psicológicos asociados a una enfermedad médica debe tener en consideración una serie de premisas. Debe comenzar desde el momento del diagnóstico y por parte del equipo médico

que será el responsable de dar la información sobre el diagnóstico y los tratamientos de la forma menos traumática y cuidando desde el principio de empatizar con la respuesta emocional y de promover su expresión[59]. La evaluación de los síntomas psiquiátricos en el contexto de enfermedad médica no de puede limitar al resultado de los instrumentos diagnósticos sino que debe hacerse en base a una amplia entrevista que investigue, además de los síntomas, información acerca de las limitaciones que producen y su influencia sobre la conducta de enfermedad del paciente. La evaluación debe incluir también aspectos del contexto social, incluidos el funcionamiento familiar e interpersonal del paciente[10]. La valoración por especialistas de salud mental se hará preferiblemente en el contexto de un programa específico de enlace y con objetivos concretos. Las intervenciones se indicaran de modo secuenciado comenzando por la menos intrusiva, incluyendo siempre algún tipo de intervención psicoterapéutica y reservando el tratamiento farmacológico para cuando la gravedad de los síntomas lo sugiera o si es la primera elección del paciente. Para la elección del tipo de tratamiento se tendrá en cuenta evidencia disponible.

En un primer nivel de atención se recomienda utilizar intervenciones de apoyo emocional, acompañamiento, psicoeducación o aconsejamiento[10, 39]. Todo el equipo médico, y en concreto los profesionales de enfermería con la debida formación, puede asumir este tipo de abordajes en el contexto del equipo multidisciplinar, reservando el tratamiento especializado para los casos mas graves o complejos que no han ido bien. Se ha sugerido la necesidad de diseñar intervenciones de éste tipo, adecuadas a los tiempos disponibles[39].

Intervenciones Farmacológicas

En la actualidad hay una sólida evidencia que sostiene el uso y la seguridad de los fármacos antidepresivos en los pacientes con enfermedad médica[10-12, 60, 61] aunque menos establecida en pacientes oncológicos[62, 63], y ello a pesar de que en los estudios de eficacia de la psicoterapia en depresión, la presencia de enfermedad física ha resultado un marcador de mal pronóstico[64]. Su uso se recomienda cuando existe franca clínica depresiva pero no para manejar la sintomatología subumbral a no ser que sea persistente, interfiera con la enfermedad complicando su evolución o la clínica o no haya mejorado con otras intervenciones. Los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, la apatía o la falta de apetito responden bien a la medicación y también está bien establecida su utilidad en el control del dolor crónico[65]. No se ha podido demostrar que su uso tenga efectos significativos en la evolución de la enfermedad médica pero sí se sabe que mejora la calidad de vida[60, 61]. Ningún fármaco parece superior a otro y los ISRS parecen una buena opción por los escasos efectos secundarios (aunque la hiponatremia y la interacción con anticoagulantes o las nauseas puede limitar su uso en algunos casos como el cáncer o los ancianos). Para la elección del más adecuado se tendrá en cuenta el perfil de efectos secundarios y las interacciones farmacológicas[10]. No obstante los beneficios sobre algunos síntomas de la depresión, los aspectos existenciales e interpersonales de la vivencia del enfermar solo se pueden abordar desde una perspectiva narrativa con psicoterapia. Algunos estudios apoyan el uso de estrategias combinadas[66-68].

Intervenciones psicoterapéuticas

Hoy en día hay consenso generalizado sobre los beneficios de la psicoterapia en esta población a pesar de que la evidencia sobre su eficacia y eficiencia es limitada por la escasez de estudios bien diseñados[69]. Con todo, algunas intervenciones se han mostrado eficaces. La más estudiada es la Terapia cognitivo conductual y es la que habitualmente se recomienda pero otros formatos y otras orientaciones también han mostrado su utilidad. Los grupos de autoa-

yuda o autoayuda dirigida[10] pueden ser útiles en un primer nivel de intervención para facilitar la adaptación. La terapia de apoyo, y las de orientación psicodinámica han sido ampliamente utilizadas[70]. La terapia Interpersonal ha mostrado beneficios en depresión en personas con enfermedad médica y en dolor[71, 74]. También se han utilizado con éxito las intervenciones que promueven la regulación emocional como la relajación, el minfullness[75, 77] y la hipnosis para síntomas concretos como la ansiedad o el dolor[8]. Se ha propuesto que cada terapia podría tener su función más útil o específica para diferentes momentos o consecuencias de la enfermedad[8].

PRINCIPIOS GENERALES DE LA AYUDA PSICOLÓGICA

A la hora de orientar el tratamiento psicológico de una persona con dificultades en el contexto de la enfermedad crónica es necesario hacer un plan individualizado de tratamiento que incluya, además de los objetivos que se persiguen con él, el tipo de intervenciones, su encuadre y su secuenciación así como los profesionales que las van a poner en práctica dentro del equipo multidisciplinar. Los siguientes principios pueden servir de guía en esta tarea.

1.- Decidir el nivel de actuación. La indicación de una ayuda psicoterapéutica a personas que afrontan un acontecimiento vital estresante, como es la enfermedad, debe considerase de forma secuenciada. En un primer nivel se trata de facilitar y no entorpecer el proceso de afrontamiento con intervenciones que apoyen la expresión emocional y el relato de las narrativas suscitadas por el acontecimiento (proporcionar el lugar y el tiempo adecuados, mantener una actitud de escucha no enjuiciadora) y que favorezcan los recursos del paciente. En un segundo nivel, cuando lo anterior no ha sido suficiente, puede ser preciso establecer una relación más continuada con la persona para reforzar sus recursos y contribuir a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. Por ultimo, si la persona ha desbordado sus recursos y presenta un problema de salud mental, será necesaria una intervención psicoterapéutica específica. Lo interesante de esta propuesta[78] es que las intervenciones no se deciden en base al estrato asistencial donde se realizan sino por las necesidades de la persona y la capacitación del profesional, más allá de su categoría profesional.
2.- Ayudar a aceptar la enfermedad y sus consecuencias. Suele llevar un tiempo y un esfuerzo a la persona aceptar que la enfermedad es real, que le va a acompañar largamente o el resto de su vida y que puede ser fuente de secuelas y limitaciones permanentes. Intervenciones del tipo de la educación acerca de la enfermedad y la psicoeducación que propicien el reconocimiento de los síntomas y sus tratamientos pueden contribuir a facilitar esta tarea.
3.- Ayudar a identificar y expresar o modular las emociones. Todas las intervenciones psicoterapéuticas y de acompañamiento incluyen técnicas para el manejo de las emociones. Una actitud receptiva y un lenguaje evocador, en lugar de formulismos y recomendaciones standard, da legitimidad a los sentimientos y la oportunidad de conectar con ellos y darles cauce.
4.- Ayudar a adaptarse a un mundo donde la enfermedad está presente. Implica reconocer los cambios de rol y en la imagen corporal y dolerse por las pérdidas y conlleva un esfuerzo de la persona por recuperar el máximo de autonomía, pero también una aceptación de la dependencia necesaria.
5. Ayudar a integrar la enfermedad como parte de la identidad y encontrar un nuevo sentido a la existencia. Se trata de reconocer que la vida no será más como antes pero la persona puede encontrar nuevos intereses, es un proceso estáti-

co sino una negociación continua entre la persona y sus circunstancias.

6.- Permitir tiempo para el proceso y las diferencias individuales en el proceso de afrontamiento.

7.- Ayudar a desarrollar una actitud positiva ante la enfermedad.

8.- Maximizar la disposición al tratamiento. Facilitar la asistencia con encuadres flexibles adaptados a cada momento de la enfermedad. Mejorar la comunicación con el equipo medico.

9.- Propiciar la ayuda mutua. Las asociaciones de pacientes y los encuadres grupales facilitan un aprendizaje interpersonal y son fuente de soporte e información.

10.- Mantener el foco en la enfermedad y sus consecuencias personales, relacionales y en el entorno social.

11.- Incluir a los cuidadores. Esto es importante tanto para mejorar la comunicación con ellos y maximizar la capacidad de apoyo, como para detectar sus necesidades de ayuda psicológica.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas son ya la principal causa de mortalidad en el mundo y crean un impacto importante sobre el sistema de salud que deberá replantearse un cambio del actual modelo centralizado que no puede dar respuesta a los retos que plantea la cronicidad

Se estima que el riesgo de padecer depresión mayor es aproximadamente el doble en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas que en población general (pero también son frecuentes las depresiones de menor entidad, los trastornos subumbrales y los cuadros de ansiedad. Cualquier plan general de cuidados de los pacientes crónicos debe contemplar la atención a las necesidades psicológicas y psiquiátricas y el tratamiento de los problemas de salud mental comórbidos debe ser un objetivo permanente ya que conllevan un deterioro aun mayor de la calidad de vida, interfieren en el tratamiento, distorsionan la relación médico paciente y contribuyen a empeorar el pronóstico.

El enfermo crónico y con patología múltiple se beneficia de un modelo asistencial centrado en el paciente más que en la enfermedad, un sistema asistencial proactivo y no meramente reactivo a las demandas, que persiga mantener al paciente en el radar del sistema con monitorización continua y tratado por un equipo multidisciplinar con criterios asistenciales compartidos y bien coordinado. Un planteamiento terapéutico que conceda más importancia al “cuidar que al curar”.

La atención a la salud mental debe estar integrada con los cuidados generales a través de programas específicos y de protocolos de actuación coordinados entre el equipo medico y salud mental: los programas de Enlace. La Psiquiatría de Enlace se ocupa de las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades crónicas, creando un contexto asistencial más amplio y proactivo, donde no es necesario esperar a que el paciente sea derivado para iniciar una serie de cuidados que se enmarcan dentro de atención primaria, secundaria y terciaria. Esta atención, a su vez debe estar integrada y coordinada con el resto de la red asistencial médica y psiquiátrica.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

National institute for health and Clinical Excelence. Clinical guideline 91. Depression in adults with a chronic physical health problem. 2009 www.nice.org.uk/CG91fullguideline. Guía de práctica clínica del National institute for health and Clinical Excelence (NICE) con recomendaciones basadas en la

evidencia sobre la depresión en los pacientes con enfermedad crónica. Propone una serie de intervenciones y modos de actuación secuenciados orientada a los equipos médicos y de salud mental. Tiene las desventajas de que al citar sólo aquellas intervenciones que cuentan con evidencia científica, deja fuera toda una serie de ellas que están comenzando a mostrar claros beneficios en la práctica y en aspectos concretos más allá de la depresión.

J Dorka Kenneth. Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2010. Desde un modelo constructivista, describe la adaptación a la enfermedad como una serie de tareas que el individuo ha de ralizar para lograr integrarla y dar sentido a la vida. Aunque está muy orientada a las enfermedades mortales, incluye muchas indicacions prácticas y el modelo de afrontamiento basado en tareas se puede adaptar a otro tipo de situaciones

The psychological care of medical patients. A practical guide. Royal College of Phisicians of London 2º Ed; 2003. Es la última edición de la guía que el Royal College of Phisicians of London edita sobre interconsulta y psiquiatría de enlace. Tiene la virtud de que está orientada, mas que hacia las de especificidades de cada enfermedad, a modos de enfermar, reacción al enfermar, la comunicación terapéutica y la valoración psicológica, la respuesta a la enfermedad, y la organización de los servcicios de interconsulta.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Enfermedades crónicas http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
(2) INE. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales e Igualdad http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0
(3) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Programas y proyectos. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
(4) Bengoa R. Empantanados. Rev Innovación Sanit Aten Integrada. 2008;1:1,art 8. Disponible en: http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8/
(5) World Health Organization. Innovative care for chronic contions: building bloks for action. Geneva: World Health Organization; 2002
(6) Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly 1996;74:511-544.
(7) Gervas J. El modelo de atención a crónicos (Chonic Medical Care)¿ Qué nos puede aportar y qué inconvenientes tiene? Salud 2000 2010; 127: 12-15
(8) Bengoa R, Nuño Solinís R. Eds. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Masson; 2008.
(9) Rodríguez Vega B, Bayón C Palao A, Benito G, Diéguez M, Hospital A. Depresión y cancer. Una revisión narrativa. Arch Psiquiatria 2008 ; 71:32-49.
(10) Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depresión, depressive symptoms and general medical illness. Biol Psychiatry 2003; 54: 216-226.
(11) National institute for health and Clinical Excelence. Clinical guideline 91. Depression in adults with a chronic physical health problem. 2009 www.nice.org.uk/CG91fullguideline.
(12) Evans DL et al. Mood disorders in the medicaly ill: scientific reiew and recomendations. Biol Psychiatry, 2005; 58: 175-189)
(13) Katon WJ. Depression and chronic medical illness. Dialogues in Clinical Neuroscience 2011; 13: 7-23
(14) Roy-Byrne PP, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 208-225.
(15) Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso: Atención al paciente con enfermedades crónicas 2011. Sevilla: Minerva Universidad. http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Crnicas_V02.pdf
(16) Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based World. BMJ 1999; 318: 323-5
(17) Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ 1999; 318: 48-50
(18) Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine . The Lancet 2000; 9247: 2086-2089
(19) Bury M. Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health and illness 1982; 4: 167-182
(20) Parsons T. The social system. New York: Free Press; 1951.
(21) Rodriguez JA. Salud y sociedad. 1987; Madrid: Tecnos
(22) Diéguez Porres M. Enfermedad Identidad y Fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. Atopos 2009, 8: 33-48.

(23) Sontag S. La enfermedad y sus metáforas 2003. Madrid: Suma de Letras
(24) Main T. The ailment. BMJ Psychology 1957; 30: 129-145. (Main T. The ailment and other psychoanalitical essays 1989; London: Free Association BooKs)
(25) Rodriguez Marin J. Psicología social de la salud 2001. Madrid: Síntesis.
(26) Kübler- Ross E. On death and dying. London: McMillan; 1969.
(27) Worden W. El tratamiento del duelo: asesoramiento y terapia psicológica. Barcelona. Paidos; 2010.
(28) J Dorka Kenneth. Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. Barcelona: Desclee de Brouwer; 2010.
(29) Katon W. Clinical and health services relationships between major depresión, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry 2003; 54: 216-226.
(30) DiMatteo MR; Lepper HS, Croghan TW, Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Arch Intern Med 2000; 160:2101-2007
(31) Ciechanowski P, Katon W, Russo J. Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function and cost. Arch Intern Med 2000; 160; 3278-85.
(32) Ciechanowski P, Katon W, RussoJ, Walker E. The patiente provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes Am J Psychiatry 2001;158: 725-730.
(33) Ciechanowski P, Katon W, RussoJ, Hirsch I. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. Gen Hosp Psychiatry, 2003; 25: 246-252
(34) Vázquez C, Hervás G, M Y Ho S. Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones Psicología Conductual 2006; 14: 401-432
(35) Vazquez C,Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. Psicooncología 2001; 4: 385-404
(36) Rodríguez Marin J, Pastor MA, Lopez Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema 1993; 5: 349-372
(37) Katon W. The epidemiology of depression in medical care. Int J Psychiatry Med 1987; 17: 93-112.
(38) Lobo, Saz P. Marcos REPEP Workgroup Depresive comorbidity in patients with somatic pathology. Neurotoxicity Research 2008; 14: 263-272.
(39) The psychological care of medical patients. A practical guide. Royal College of Phisicians of London 2º Ed.; 2003.
(40) Rodríguez Vega B., Bayón C., Palao A., Benito G., Torres G., Diéguez Porres M. ¿Atendemos bien a los pacientes oncológicos cuando están deprimidos. Calidad de vida en oncología 2008; 4: 5-10
(41) Ortiz A, de la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado atopos2004 2 15-22.
(42) Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. ABC of psychological medicine Organising care for chronic illness. B M Journal ; 325: 92-94
(43) Desviat M Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de trabajo social 2010; 23 :253-263
(44) Lipowsky ZJ. Consultation-liaison psychiatry: An overview. Am J Psychiatry 197; 131: 623-630
(45) Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196:129–136
(46) Valdes M, de Pablo J, Campos R, et al: Multinational european project and multicenter spanish study of quality improvement of assistence on consultation –liaison psychiatry in general hospital: clinical profile in Spain. Med Clin (Barc) 2000; 115: 690-4,
(47) Lozano M, Lobo A spanish proposal for a new denomination: Psychosomatic Psychiatry. J Psychosom Res 2005; 59: 451-452,
(48) Lobo A, Campayo A. Psiquiatria de enlace. En: Palomo T, Jimenez Arriero MA. Eds. Manual de Psiquiatría. Madrid: GSK; 2009.
(49) Strain J J Liaison Psychiatry. En Wise MG, Rundell JR Eds. Text book of Consultation-Liaison Psychiatry 2ª ed 2002. Washington: American Psychiatric Publishing,.
(50) Rundell y Wise. Concise guide to Consultation Psichiatry. 3ª ed. Washington: Am Psych Press; 2000.
(51) Söllner W, et al. European guidelines for training in consultation–liaison psychiatry and psychosomatics: Report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Journal of Psychosomatic Research 2007; 62: 501–509
(52) Gonzalez JS, et al. Depression and diabetes treatment nonadeherence: a meta-analysis. Diabetes care 2008; 31: 2398-403.
(53) Arnow B, et al. Relationship among depression, chronic pain, chronic disabling pain and medical costs. Psych services 2009; 60: 344-349.
(54) Kendler K, Garner C, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am J Psychiatry 2002. 159; 113-1145
(55) Kornfeld . Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. Am J Psychiatry 2002; 159:1964–1972

(56) Cassem NH. Psiquiatría de enlace en el hospital general 1994. Madrid: Diaz de Santos.
(57) Campbell C, McGauley G. Doctor-patient relationships in chronic illness: insights from forensic psychiatry BMJ 2005; 330: 667–70.
(58) Sollod RN. Beyond a sense of safety: A psychologist's tale of serious chronic illness. Psychother Pract 2002; 58: 1397-409
(59) Cassel MD. The nature of suffereing and the goals of medicine. New Engl J Medicine 1982; 306: 639-645.
(60) Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica; 1996.
(61) Gill D, Hatcher S. A systematic review of the treatment of depresión with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. J Psychosom Research 1999; 47: 131-143.
(62) van der Feltz-Cornelis CM, et al. Effect of interventions for mayor depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus; a systematic review and meta-analysis. Gen Hosp psychiatry 2010; 32: 380-395
(63) Ioveno N et al. Antidepressants for mayor depressive disorder in patients with a co-morbid axis III disorder: a meta-analysis of patient characteristics and placebo response rates in randomized contolled trials 2011 Int Clin Psychofarmacology; 26: 69-74.
(64) Rodin G et al. The treatment of depressión in cancer patients: a systematic review Supp Care cancer 2007; 15: 123-136
(65) Iosifescu DV. Treating depression in the medically ill 2007; 30: 77-90. cita TIP
(66) Bair MJ, Sanderson TR. Coanagesics for Chonic pain therapy: a narrative review. Postgrad Med 2011, 123; 140-150.
(67) Rodríguez Vega, B, et al, Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study 2011. Psycho-Oncology. doi: 10.1002/pon.2036
(68) Rodríguez Vega, B et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. Psycho-Oncology 2011; 20: 943–952.
(69) Losifescu DV. Treating depression in the medically ill 2007; 30: 77-90.
(70) Cimpean D, Drake RE. Treating co-morbid medical conditions and anxiety/depression 2011; 20: 2141-150. Vamos M. Psychotherapy in the medically ill: a commentary 2006 Aust N Z J Psychiatry: 40: 295-309.
(71) Lipsitt DR. Psychotherapi En: En Wise Mg, Rundell JR Eds Text book of Consultation-Liaison Psychiatry 2ª ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
(72) Koszychi D et al. An open- label trial of interpersonal psychotherapy for patients with coronary disease 2004. Psychosomatics; 45: 319-324,
(73) Ransom D et al. Telephone- delivered, interpersonal psychotherapy for HIV- infected rural persons with depression: A pilot trial 2008. Psychiatr Serv; 59: 871-877.
(74) Poleshuck E, et al. Interpersonal psychotherapy for women with comorbid depression and chonic pain 2010. J Nerv Ment Diseasse; 198: 597-600
(75) Poleshuck E Interpersonal Psychotherapy for co-ocurring depression and Chronic pain 2010. Prof Psychol Res Pr; 41: 312-318.
(76) Grossman P, et al. Mindfullness-based stress reduction and health benefits. A meta.analysis. J psychosom Res, 2004; 57: 35-43
(77) Praissman S. mindfullness-based stress reduction: a litrature rview and clinitian´s guide. J Am Acad Nurse Pract 2008; 4: 212-216.
(78) Chiesa A, Serretti A. mindfullness-based interventions for Chonic pain: a systematic review of evidence 2011; 17: 83-93).
(79) Fernández Liria A, et al. Intervenciones sobre duelo. En: Programa de Autoformación: Psicoterapia de Respuestas Traumáticas (Volumen 3). Madrid: You & Us; 2003.

5.9. La atención a personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad

Eva Almazán; Carolina Cabrera; Esther de Grado; José Morales; Cristina Rodríguez; Raquel Tierno

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento tanto en el número de pacientes diagnosticados de Trastorno de la personalidad grave (TPG) atendidos en los Servicios de Salud Mental, como en la complejidad de su tratamiento[1]. Esta complejidad ha puesto de manifiesto la dificultad para abordar la problemática de las personas con TPG en los dispositivos actuales, que son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental. Sin embargo, existe un amplio consenso sobre el hecho de que estos pacientes no se adaptan bien a los recursos existentes, constatándose la existencia de unos resultados frustrantes, estrés en los profesionales que les atienden, y un consumo excesivo de recursos[2, 3, 4].

La experiencia de los últimos años ha puesto en evidencia la eficacia de distintas técnicas de tratamiento en marcos estructurados de atención y con programas específicos para el adecuado tratamiento de estos pacientes, algo en lo que insiste la literatura psiquiátrica reciente[4, 5, 6].

Siguiendo a Bateman y Fonagy[7], los tratamientos psicoterapéuticos que han resultado efectivos en el abordaje de las personas diagnosticadas de TPG comparten las siguientes características (cuadro 1):

La naturaleza fluctuante de los síntomas que presentan estos pacientes y de su implicación en el tratamiento hace necesario que los programas que se planifiquen se caractericen sobre todo por la flexibilidad.

Hasta la fecha no se han identificado subgrupos de pacientes que permitan protocolizar el tratamiento en los diferentes dispositivos en los que son tratados (ambulatorios, hospital de día y hospitalización completa), por lo que no se han podido desarrollar programas terapéuticos específicos en función del perfil sintomático. Sin embargo, algunos autores se esfuerzan por intentar agrupar algunas características diferenciadoras que orienten el tratamiento:

P. Tyrer[8], por ejemplo, subdivide a los pacientes en función de su motivación al tratamiento. Distingue entre pacientes tipo R (resistentes a la ayuda) y tipo S (buscadores de ayuda). En el caso de pacientes con escasa motivación para el tratamiento, este autor considera necesario diseñar un "programa de preparación para el cambio", en el que se debe incluir a las familias.

Otros autores (Kernberg y cols)[9] prefieren utilizar el concepto de "organización límite de personalidad", en lugar de trastorno de personalidad. Describen dos

(Cuadro 1) CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS EFECTIVOS

- Están bien estructurados
- Enfatizan el cumplimiento
- Están claramente focalizados (con objetivos concretos)
- Son coherentes desde el punto de vista tanto del paciente como del terapeuta
- Son de larga duración
- Promueven un fuerte vínculo entre paciente y terapeuta
- Están bien integrados con otros servicios de salud disponibles para el paciente

categorías de pacientes según el nivel funcional que muestran, haciendo referencia tanto a la intensidad de la clínica como a la calidad de sus relaciones interpersonales. Así, las personas con un alto nivel funcional son aquellas capaces de desarrollar alguna actividad laboral o académica y de mantener algunas relaciones de cierta estabilidad. El marco de tratamiento habitual en estos pacientes es según estos autores, el ambulatorio. Las hospitalizaciones son esporádicas y cortas, relacionadas con crisis puntuales. Las personas de bajo nivel funcional se caracterizan tanto por unas relaciones afectivas como por una actividad laboral o académica muy alteradas. Suelen tener ingresos frecuentes y, en ocasiones, largos.

Gunderson[10] ha descrito varios niveles de tratamiento, donde se tiene en cuenta el número de horas de tratamiento o intensidad y el dispositivo adecuado para llevar a cabo dicho tratamiento en función del grado de contención que implican (cuadro 2):

Cuadro 2. NIVELES DE TRATAMIENTO
Nivel IV: Hospitalización completa (24 h/día)
Nivel III: Hospitalización parcial (8-12h/ día)
Nivel II: Tratamiento ambulatorio intensivo (3-6h/ semana)
Nivel I: Tratamiento ambulatorio (1-3h/ semana)

PROGRAMA ESPECÍFICO PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TPG[3]

Características del proceso, objetivo y definición funcional

El programa al que nos vamos a referir presenta una serie de características que permiten alcanzar una gestión coordinada de casos, y en el que participan distintos profesionales entre los que se encuentra el "facultativo de referencia" del paciente, responsable último del caso.

Este programa debe ser transversal, implicando a todos los dispositivos del Área de referencia y a algunos fuera de la misma, y longitudinal, haciendo un seguimiento a lo largo del tiempo de la evolución del paciente.

Para poder implantar un programa de estas características es necesaria una reorganización tanto de la propia institución como de los equipos que trabajan en salud mental, de manera que se pueda contar con los recursos sociosanitarios necesarios para tratar a estos pacientes, y los equipos reciban formación en técnicas específicas para su abordaje[11].

En definitiva, podríamos *definir funcionalmente* este proceso como un conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con TPG, que incluyen la prevención, detección, identificación y diagnóstico; la evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más cercano; y consecuentemente la elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento que reúna la aplicación de distintas intervenciones basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico, garantizando en todo momento la continuidad asistencial mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

El *objetivo general* del proceso es la recuperación funcional, la disminución del sufrimiento, así como la mejoría en la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con trastornos de personalidad y de su entorno próximo (familia).

Destinatarios

Todos aquellos pacientes que presentan un TPG deberían ser incluidos en un programa de atención específica. Además de tener un diagnóstico de trastorno de personalidad según la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (12), estos pacientes presentan el siguiente perfil:

a) Evolución prolongada en el tiempo o riesgo de evolucionar hacia la cronicidad, con discapacidad (nivel funcional bajo).

b) Comorbilidad con otros trastornos mentales graves (Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por déficit de atención, Trastorno del comportamiento alimentario, abuso/dependencia de alcohol y otras drogas, etc.)
c) Necesidad de un abordaje complejo, con elevado consumo de recursos, incluyendo, además de la atención sanitaria, intervenciones psicosociales y de rehabilitación, así como actuaciones sobre el medio social y de apoyo a la familia. Es, además, necesario garantizar la continuidad de la atención, con una adecuada coordinación interna y externa.

Asimismo son destinatarios los familiares de estos pacientes y los profesionales de la salud mental y de atención primaria.

Descripción general del proceso

El proceso que describimos a continuación es una propuesta de diseño de un programa específico llevado a cabo en una de las áreas sanitarias de Madrid y que se puso en marcha a partir de 2006.

El proceso comienza con la evaluación del paciente en el programa de adultos de su Centro de Salud Mental (CSM), donde se le asigna un "facultativo de referencia". Tras confirmarse que el paciente padece un TPG, se presenta en la Reunión de Evaluación y Coordinación para TPG del área, que se realiza de forma periódica con los objetivos que se detallan más abajo (ver cuadro 4), y en la que están presentes los profesionales que representan a cada uno de los dispositivos que participan en el proceso, y el facultativo de referencia que lleva el caso. A partir de dicha reunión se realiza una propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento, que incluye las intervenciones necesarias en cada caso y el dispositivo en el que se llevarán a cabo. El facultativo de referencia será el encargado de negociar y confirmar dicho Plan de Tratamiento con el paciente.

El facultativo asignado del CSM se mantendrá como "responsable del caso" sea cual sea el dispositivo que el paciente esté utilizando en un momento concreto como forma de garantizar, junto con las coordinaciones entre los distintos dispositivos, tanto la continuidad y coherencia en el tratamiento como la vinculación del paciente.

Las funciones del "responsable del caso" son (cuadro 3):

Cuadro 3. FUNCIONES DEL RESPONSABLE DEL CASO
1) Establecer un marco terapéutico. 2) Identificar las necesidades del paciente y desarrollar un plan de tratamiento (comorbilidad, nivel de atención, modalidades de tratamiento). 3) Controlar la seguridad del paciente. 4) Controlar la evolución del paciente. 5) Coordinar los tratamientos en los que está implicado el paciente. 6) Mantener la comunicación y la colaboración con el paciente y su familia. 7) Proporcionar psicoeducación a la familia.

Componentes del proceso

1. Prevención.

Dirigida a atender las necesidades de los hijos de pacientes con trastorno mental grave. Se pueden considerar otros campos de intervención, como la intervención temprana en niños y adolescentes.

2. Detección e identificación

La rápida detección e identificación de la persona con TPG que interfiere con la posibilidad de una vida adaptada a la comunidad es fundamental, dada la importancia que tiene como factor pronóstico de la evolución del paciente.

La identificación de estas personas puede producirse desde:

- Consultas de Atención Primaria
- Unidad de hospitalización breve (UHB) y CSM
- Otros agentes comunitarios como servicios educativos, servicios sociales etc.

3. Evaluación específica de TPG

Los objetivos principales de esta fase son:

a.- Detectar a aquellas personas afectadas de TPG que van a requerir, en función de la clínica y el deterioro asociado de sus capacidades y/o relaciones, intervenciones por parte de los Servicios de Salud Mental durante un tiempo estimado de al menos dos años

b.- Conocer la situación clínica, relacional y funcional de estas personas, que permita elaborar el plan de tratamiento individualizado.

Esta información será aportada por el "responsable del caso"

La "evaluación específica" se contempla como un proceso esencial y, según las diversas posibilidades de cada área de salud mental, puede ser realizada bien por alguno de los profesionales de los dispositivos a los que se derive el paciente, o bien por el propio responsable del caso. Se recomienda incluir en dicha evaluación una entrevista estructurada o semiestructurada, validada en España (DIB-R e.g.)[a]., algunas pruebas para la valoración objetiva de la ansiedad, depresión, "suicidabilidad" e impulsividad, así como alguna escala de calidad de vida (EEAG e.g.)[b]

Elección de las intervenciones a realizar y nivel de tratamiento

El objetivo fundamental de esta fase es decidir, en base a la información recogida:

- La secuencia de intervenciones necesarias (biológicas, psicoterapéuticas, rehabilitadoras, psicosociales) en cada caso
- El dispositivo o nivel de tratamiento en el que estas intervenciones se realizarán.

El Plan Individualizado de Tratamiento se revisa periódicamente y sirve como guión operativo del conjunto de intervenciones necesarias para asegurar la atención continuada del paciente.

Tanto el proceso de elaboración de dicho plan de tratamiento como su desarrollo

---

[a] J. Barrachina; J. Soler; M.J. Campins; A. Tejero; J.C. Pascual; E. Álvarez; M.C. Zanarini; V. Pérez Sola.Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R).Actas Españolas de Psiquiatría. 2004 Sep;32(5):293-298. (Nota de los editores).

[b] Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Eje V en el DSM-IV-TR. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson, 2002.(Nota de los editores).

posterior implica la puesta en funcionamiento de una estructura de coordinación a nivel de Área: la Reunión de Evaluación y Coordinación de TPG, integrada por los siguientes representantes de los dispositivos y programas que participan en el tratamiento de estos pacientes:

- Tratamiento ambulatorio intensivo (TAI)
- Continuidad de cuidados (CC)
- Dispositivos de Rehabilitación (DR)
- Hospital de día (HD)
- Comunidad terapéutica Hospitalaria (CTH)
- Unidad de Hospitalización Breve (UHB)

Además, a la Reunión acudirán los facultativos responsables de aquellos pacientes con TPG que vayan a ser derivados a intervenciones específicas y/o aquellos clínicos que deseen asesoramiento respecto a los casos propios.

Algunos de los dispositivos y programas donde el paciente será derivado son generales (atienden a diferentes patologías) y otros son específicos para TPG (cuadro 5)

A continuación se describen los dispositivos y programas anteriormente enumerados.

Cuadro 4. OBJETIVOS DE LA REUNION DE COORDINACIÓN DE ÁREA[c]

- Evaluación, seguimiento y alta de los pacientes incluidos del Programa
- Diseño de un plan de tratamiento individualizado, en el que se especifique el nivel de intervención adecuado para cada caso, en función de la gravedad, discapacidad, necesidad de contención y motivación
- Coordinación interna para evaluación de la situación global del programa o la necesidad de traspaso de pacientes de uno a otro equipo de intervención, lo cual requiere la presencia puntual del facultativo responsable del caso.
- Asesoramiento sobre el diagnóstico y abordaje adecuado para los casos dudosos

[c] Las autoras se refieren a las áreas sanitarias, elemento clave de la descentralización e integración de los recursos sanitarios, que contempla la Ley General de Sanidad aprobada en España en 1986, y que el gobierno conservador de la Comunidad de Madrid suprimió por decreto en 2010; haciendo inviables prácticamente determinados programas comunitarios, como el que inspira este capítulo, al fragmentar los dispositivos que reunían los servicios del área y considerar el conjunto de la Comunidad de Madrid (más de 5 millones de habitantes) la zona de referencia. (Nota de los editores).

Cuadro 5. DISPOSITIVOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO

DISPOSITIVOS GENERALES:

- Hospital de Día (HD)
- Programa de Continuidad de Cuidados (CC)
- Dispositivos de rehabilitación (DR)
- Unidad de hospitalización breve (UHB)
- Programa general ambulatorio

DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS:

- Tratamiento ambulatorio intensivo (TAI)
- Comunidad Terapéutica hospitalaria (CTH)
- Programa de continuidad de cuidados específico para TPG

	HOSPITAL DE DIA (HD)	COMUNIDAD TERAPÉUTICA HOSPITALARIA PARA TPG (CTH)
DEFINICIÓN	Modalidad de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día, abierto. Predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico. Doble dimensión de tratamiento: terapia intensiva y posibilidad de contención directa durante una parte del día. No es necesariamente una unidad específica para TPG, pueden acudir pacientes con otros diagnósticos.	Tiene la misma concepción terapéutica que el HD. La hospitalización es a tiempo completo, en régimen abierto (voluntario). Es una unidad específica para pacientes con TPG con los cuales no es posible realizar este tratamiento de forma ambulatoria o en el HD.
REQUISITOS	1- Pacientes mayores de 18 años. 2- Ingresos programados desde la reunión de evaluación del Programa de TP. 3- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en este dispositivo y acepta sus normas de convivencia. 4- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.	Los mismos requisitos 1,2 y 3 que en el HD
INDICACIONES	1- Pacientes difíciles de tratar ambulatoriamente, que con frecuencia tienen una historia previa de ingresos repetidos, o por el contrario aislamiento social, y que puedan beneficiarse de un tratamiento psicoterapéutico intensivo. 2- Con motivación para el cambio, con capacidad para implicarse y participar activamente en un tratamiento de las características del HD.	Las mismas indicaciones más: - Los pacientes no tienen suficiente soporte personal, familiar y social y es necesaria la contención durante las 24 horas.
CONTRAINDICACIONES	1- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD. 2- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa. 3- Trastorno orgánico de la personalidad. 4- Patrón de dependencia de drogas que interfiera con el tratamiento en HD. 5- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución. 6- Riesgo de suicidio inminente u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.	Las mismas contraindicaciones

OBJETIVOS	Los objetivos a corto plazo pueden ser: - Contención - Disminución y/o afrontamiento de la sintomatología. - Disminución de las conductas de riesgo. - Desarrollar alianzas en un ambiente empático y estructurado que permita aceptar el tratamiento y mejorar la conciencia de enfermedad. - Intervenir sobre las circunstancias sociales y familiares que modulan el curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad. Los objetivos a largo plazo pueden ser aquellos que permitan una mejora del ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes a través de: - Tolerancia a la soledad. - Desarrollo de relaciones personales íntimas y duraderas. - Satisfacción y estabilidad profesional. - Prevención y reducción de recaídas. - Prevención del deterioro.	Similares objetivos.
MODALIDADES DE TRATAMIENTO	Tratamiento individual (psicoterapéutico y farmacológico), terapias grupales, intervenciones y/o tratamiento familiar, consulta de enfermería y actividades encaminadas a organizar la vida cotidiana en los casos en que sea necesario y, en general, a facilitar metas laborales y/u ocupacionales.	Similares modalidades de tratamiento.

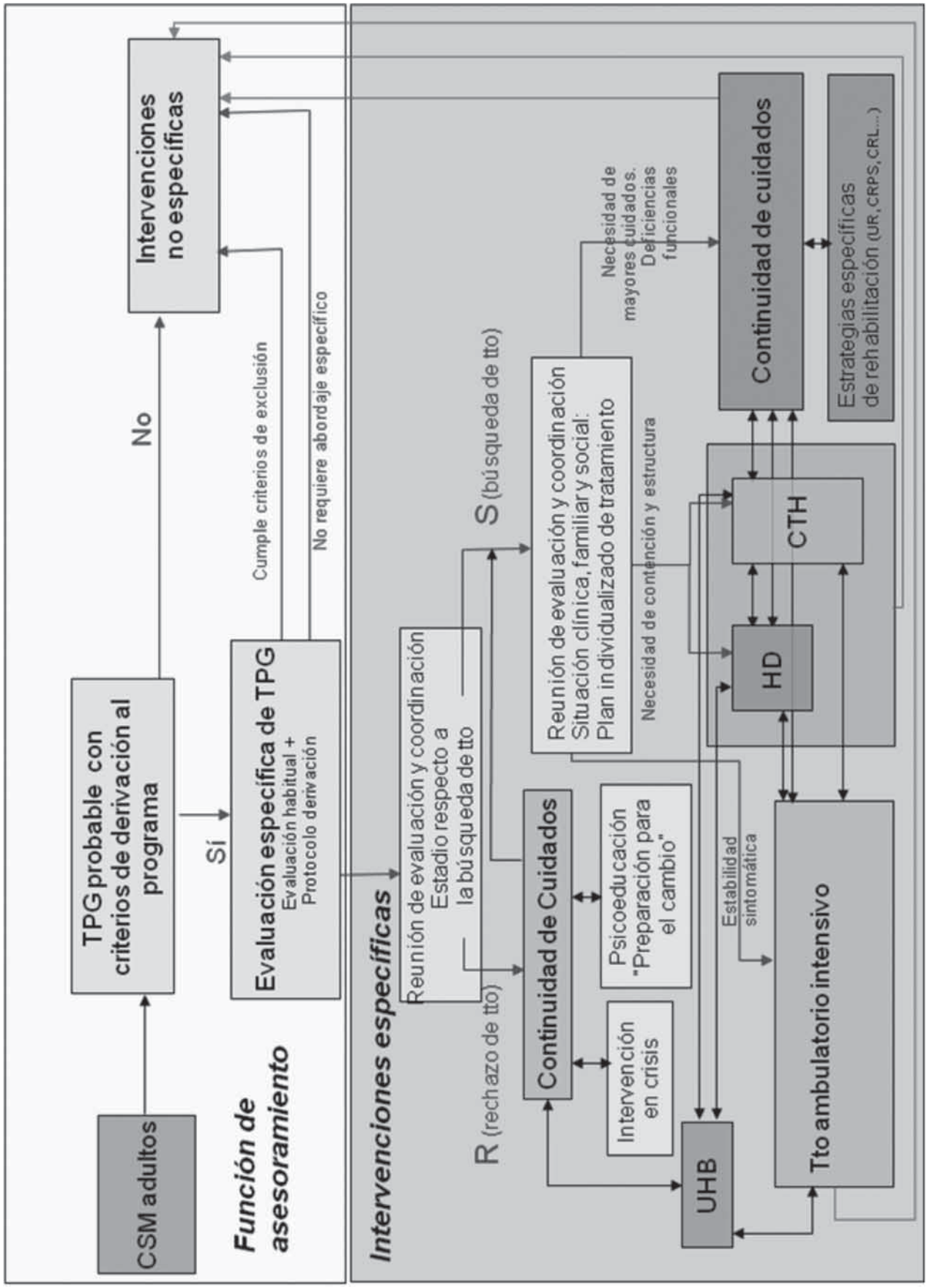
	TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO PARA TPG
DEFINICIÓN	Conjunto de intervenciones a nivel ambulatorio, psicoterapéuticas y psicoeducativas específicas para TPG de tipo individual y grupal.
REQUISITOS	- Pacientes mayores de 18 años. - Indicación programada desde la reunión de evaluación del Programa de TPG. - El paciente acepta las condiciones del tratamiento. - Suficiente soporte personal, familiar y social.
INDICACIONES	-Pacientes con TGP (fundamentalmente del cluster B) que reconozcan sus dificultades y estén dispuestos a trabajar en ellas. -Con autocontrol suficiente (sobre todo en impulsos suicidas), capaces de establecer y mantener vínculos y con relativo buen nivel funcional. -Pueden ser pacientes que pasan de un nivel a otro de tratamiento, p. ej. pacientes de alta en el HD o en la CTH y que continúan su tratamiento en el CSM.
OBJETIVOS	Los objetivos a corto plazo pueden ser: - Controlar los síntomas. - Disminuir conductas de riesgo. - Desarrollar alianzas que permitan aceptar el tratamiento y mejorar la conciencia de enfermedad. Los objetivos a largo plazo pueden ser: los mismos que la CTH y el HD.
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	- Psicoterapia individual - Psicoterapia grupal: - Grupo relacional: a) Grupo de alto nivel funcional b) Grupo de bajo nivel funcional - Grupo DBT (terapia dialéctico-conductual) - Grupos familiares

	PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS
DEFINICIÓN	Conjunto de intervenciones destinadas a garantizar, mediante la coordinación con todos los agentes implicados y la provisión directa de servicios, la cobertura de las necesidades de las personas con trastornos mentales graves (TPG y otros diagnósticos).
REQUISITOS	- Pacientes mayores de 18 años. - Indicaciones programadas desde la reunión de evaluación del Programa de TPG.
INDICACIONES	Pacientes con TPG que: - Necesitan un abordaje complejo, incluyendo dentro de la atención sanitaria, intervenciones psicosociales y de rehabilitación, intervención sobre el medio social y de apoyo a la familia y atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial. - Presentan una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa. - Tienen riesgo de evolucionar hacia la cronicidad, presentar discapacidad y necesitar abordaje complejo de atención.
OBJETIVOS	- Psicoeducación familiar. - Trabajar la conciencia de enfermedad y la motivación al tratamiento. - Intervención en crisis.
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	1. Programas psicoeducativos de preparación para el cambio 1.1. Intervenciones psicoeducativas en formato individual o grupal. Destinado a pacientes resistentes a comenzar un tratamiento (Tipo R de Tyrer). 1.2. Grupo psicoeducativo para familiares: Tiene un componente fundamental psicoeducativo orientado a la adquisición de nuevas estrategias de resolución de conflictos y también se fomenta el apoyo mutuo entre las familias. 1.3. Sesiones familiares de psicoeducación (con paciente y familiares): Cuando se busca aumentar la implicación de la familia en el tratamiento o cuando se quiere fomentar una lectura más sistémica sobre los problemas del paciente. 2. Tutorías, acciones específicas del programa y puerta de entrada a los dispositivos específicos de rehabilitación, en tanto que los pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad reúnen criterios de trastorno mental grave y pueden necesitar el diseño e implementación de estrategias de rehabilitación. En este sentido, el diseño de planes de tratamiento y actuaciones individualizadas centradas en el paciente, la familia y el entorno, son las propias de este programa.

	DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN
DEFINICIÓN	Los dispositivos específicos de rehabilitación son recursos asistenciales que tienen como objetivo la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales con graves discapacidades en el funcionamiento psicosocial (para TPG y otros diagnósticos).
REQUISITOS	- Pacientes mayores de 18 años. - La derivación se realizará desde el Programa de Continuidad de Cuidados.
INDICACIONES	- Importante deterioro psicosocial (estudios, trabajo, red social y familiar). - Importantes déficits en las capacidades (habilidades sociales, autocuidados). - Baja impulsividad. - Pacientes en cumplimiento de medidas de seguridad que cumplan criterios para el tratamiento en rehabilitación y que no cumplan criterios para ingreso en UHB o en CT.
	Se presentará el caso a uno de los siguientes dispositivos: 1. <u>Centro ambulatorio de rehabilitación</u>: Cuando los déficits en habilidades psicosociales son graves pero no requiere contención hospitalaria. 2. <u>Unidad de rehabilitación</u>: - Déficits de soportes en general. - Déficits de soporte familiar. - Severa limitación de autocuidados. - Disfunción familiar que agrava la situación clínica.
CONTRAINDICACIONES	- Pacientes sin motivación respecto a la búsqueda de tratamiento. - Retraso mental moderado o grave, o deterioro cognitivo grave que imposibilite el trabajo activo en rehabilitación. - Trastorno orgánico de la personalidad como primer diagnóstico, que impida el tratamiento en rehabilitación. - Patrón de dependencia a drogas que interfieran en el tratamiento - Trastorno antisocial de la personalidad como primer diagnóstico. - Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución. - Pacientes que supongan un elevado riesgo para el resto de las personas ingresadas de modo que impida el trabajo en los dispositivos de rehabilitación.

OBJETIVOS	- Entrenamiento en habilidades psicosociales y otras áreas de funcionamiento deficitarias - Búsqueda de apoyo y soporte familiar y comunitario - Normalización de la utilización de recursos comunitarios - Preparación para la integración laboral: para poder incluirlos en los Centros de rehabilitación laboral.
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	- Intervención en común con pacientes con otros diagnósticos: trabajo de tutorías, tratamiento farmacológico, grupo de habilidades sociales, grupo de rehabilitación cognitiva, grupo de autocontrol, grupo de relajación, talleres de rehabilitación prelaboral, actividades sociales y culturales, habilidades de ajuste laboral, habilidades de búsqueda de empleo, apoyo a las familias, ocio y tiempo libre. - Intervenciones específicas para TPG: terapia dialéctica cognitivo-conductual, grupo de habilidades psicosociales, tratamiento individual, tratamiento familiar.

	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE
DEFINICIÓN	Dispositivo con estructura clara y sencilla donde la contención es el elemento terapéutico más importante en una situación crítica del paciente. Se recomienda que los ingresos no se prolonguen en exceso para evitar la regresión, imitación y refuerzo de conductas así como distorsión del tratamiento de los demás pacientes (pacientes en crisis de cualquier diagnóstico).
INDICACIONES	1-Ingreso urgente: - Tentativa suicida grave - Trastorno del eje I que requiere ingreso (p. ej. episodio psicótico, depresivo…) 2- Ingreso programado: El facultativo de referencia o responsable del caso indica el ingreso para proporcionar estabilización suficiente para continuar el plan terapéutico 3- Otras situaciones: Posibles situaciones en la urgencia cuya decisión pueda posponerse hasta poder hablar con el terapeuta de referencia. Mientras el paciente puede requerir permanecer en observación unas horas hasta que el contacto sea posible.
OBJETIVOS	Ofrecer contención a los pacientes por motivos de seguridad, evaluación y plan de tratamiento.
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	- Intervención en crisis. - Evaluaciones psicológicas o neurológicas amplias. - Cambios en tratamientos previos.


CSM adultos
TPG probable con criterios de derivación al programa
No
Sí
Intervenciones no específicas
Evaluación específica de TPG
Evaluación habitual + Protocolo derivación
Cumple criterios de exclusión
No requiere abordaje específico
Función de asesoramiento
Intervenciones específicas
Reunión de evaluación y coordinación
Estadio respecto a la búsqueda de tto
R (rechazo de tto)
S (búsqueda de tto)
Reunión de evaluación y coordinación
Situación clínica, familiar y social:
Plan individualizado de tratamiento
Necesidad de mayores cuidados.
Deficiencias funcionales
Necesidad de contención y estructura
Continuidad de cuidados
Estrategias específicas de rehabilitación (UR, CRPS, CRL...)
CTH
HD
Continuidad de Cuidados
Psicoeducación "Preparación para el cambio"
Intervención en crisis
UHB
Estabilidad sintomática
Tto ambulatorio intensivo

RESUMEN

En los últimos años se ha puesto de manifiesto la dificultad para el abordaje terapéutico en los dispositivos actuales, de los pacientes con trastorno de la personalidad grave (TPG), así como la necesidad de contar con programas específicos para su adecuado tratamiento en marcos estructurados de atención. Para poder implantar un programa de estas características es necesaria una reorganización tanto de la propia institución como de los equipos que trabajan en salud mental, de manera que se pueda contar con los recursos sociosanitarios necesarios para tratar a estos pacientes, y los equipos reciban formación en técnicas específicas para su abordaje

Este programa debe ser transversal, implicando a todos los dispositivos de la red de salud mental del área y a algunos fuera de la misma, y longitudinal, haciendo un seguimiento a lo largo del tiempo de la evolución del paciente.

El objetivo incluye la prevención, detección, identificación y diagnóstico; la evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más cercano; y consecuentemente la elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento.

En el presente capítulo se describe el proceso de atención al paciente con un TPG, basado en una propuesta de diseño de un programa específico llevado a cabo en una de las áreas sanitarias de Madrid y que se puso en marcha a partir del año 2006.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Guía del trastorno límite de la personalidad. Guía para el profesional. Edita: IMC, 2010.

Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Recorriendo los límites. Edita: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, 2005 Estas dos Guías fueron el fruto del trabajo de un grupo de profesionales que atienden a pacientes TLP en distintos ámbitos. De una forma clara y concisa abarcan distintos aspectos relacionados con los TLP. La Guía para profesionales desarrolla, entre otros capítulos (etiología, diagnóstico…) un capítulo especial sobre la psicoterapia y un capítulo en el que describe una propuesta de Programa específico para el tratamiento integral del TLP. La Guía para familiares está escrita en forma de pregunta- respuesta para facilitar la comprensión de todas facetas de este trastorno.

Gunderson J. *Trastorno límite de la Personalidad.* Guía Clínica. Madrid: Aula médica, 2009. Un libro imprescindible y muy actualizado. Repasa los distintos tratamientos para TLP, señalando sus características distintivas. Acompaña viñetas clínicas que ilustran aspectos cruciales de los distintos tipos de tratamiento en un estilo muy directo y claro que refleja muy bien la gran experiencia del autor con este tipo de paciente.

Oldham, J.M.; Skodol, A.E.; Bender, D.S. *Tratado de los trastornos de la personalidad.* Edit: Elsevier Masson: 2007. Un texto amplio que abarca varios temas de actualidad en los trastornos de la personalidad desde los conceptos básicos, evaluación clínica, etiología etc. De especial interés por su precisión los capítulos dedicados a los diferentes tratamientos ya que están escritos por los autores representativos de cada uno de los modelos. Los dos últimos capítulos dedicados a problemas y poblaciones especiales y nuevos avances destacan por una perspectiva muy novedosa.

BIBLIOGRAFIA

(1) Moreno Díaz MJ, Medina León A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. Psiquiatria.com (revista electrónica) 2006; 10: 1. http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26136/?++interactivo

(2) Guía del NIMH Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion. 2003. http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf

(3) Varios autores de SaludMadrid. Guía del trastorno límite de la personalidad. Guía para el profesional. Edit: IMC, 2010

(4) Oldham, J.M.; Skodol, A.E.; Bender, D.S. Tratado de los trastornos de la personalidad. Edit: Elsevier Masson, 2007
(5) Monografía sobre trastornos de la personalidad. Journal of Personality Disorders. Febrero. 2004
(6) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder. 2006. Traducción al castellano: Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Edit. Ars Médica, 2006
(7) Bateman A, Fonagy, P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 138-143.
(8) Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment Rejecting and Treatment Seeking Personality Disorders: Type R and Type S. Journal of personality disorder 2003; 17: 263-268.
(9) (Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. Psychodinamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic Books, 1989.
(10) Gunderson J. Trastorno límite de la Personalidad. Guía Clínica. Madrid: Aula médica, 2009.
(11) Varios autores de SaludMadrid. Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Edit: Consejería de Sanidad y Consumo, 2005.
(12) CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Meditor. Madrid: 1992.

5.10. La atención a personas diagnosticadas de trastornos de la conducta alimentaria

Juan Alday Muñoz , María Diéguez Porres

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han adquirido una gran relevancia social y sanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para realizar un abordaje eficaz. En una primera aproximación a los TCA, existe tal cantidad de información en la literatura científica y en los medios de comunicación, y con tan diferentes perspectivas, que no es extraño sentirse desbordado y confuso. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes. Por un lado los tratados clásicos de psiquiatría ofrecen una visión organizada de los distintos trastornos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracones (TA), desde un modelo médico con una detallada descripción de su historia, su etiopatogenia, los criterios diagnósticos, los diagnósticos diferenciales y su tratamiento.

Otra materia de discusión entre profesionales de la salud mental es la posición epistemológica que la AN ocupa como objeto de conocimiento científico, algo de crucial importancia a la hora de observarla desde distintos puntos de vista y ser, por tanto, susceptible de conceptualizarse de diferentes maneras dentro del universo de las psicopatologías.

Para terminar de complicar este intento de aproximación está el debate social en torno a una enfermedad que afecta predominantemente a mujeres, nueve de cada diez casos de TCA, en el periodo vital de la adolescencia y su reflejo en los medios de comunicación en torno al papel de la moda, el éxito a través del ideal estético o la libertad de expresión en los foros de internet, hasta el punto de llegar al Parlamento y que éste formule su recomendaciones.

Desbordados con tanta información y prejuicios nos encontramos cara a cara con una chica joven y una familia que nos ofrecen un discurso sólido, igualmente cargado de múltiples y detalladas informaciones, de difícil acceso, en el que el problema es que su cuerpo no tiene apetito y ella quiere comer pero su cuerpo no puede, lo que hace que aumente más nuestra confusión.

Este capítulo desarrollará un punto de vista fundamentalmente teórico y clínico desde la óptica psiquiátrica y psicológica, sin obviar la innegable importancia de los factores sociales y culturales así como la evidencia de que la predisposición puede tener bases genéticas y constitucionales. Las incursiones a otros campos, constitucional, biológico y social se harán a título de encuadre y referencia, siendo conscientes del aspecto sesgado al dejar de lado otros abordajes importantes y con el deseo también de intentar mostrar la forma en que la perspectiva de unos profesionales de la salud mental puede articularse con otras formas de aproximación.

EL CONTEXTO SOCIAL

> "Un análisis de las condiciones sociales e históricas en las que vivimos los seres humanos, muestra la variabilidad de las manifestaciones psíquicas cuando varían aquellas". K. Jaspers[1]

La búsqueda del ideal estético se ha convertido en un sacrificio socialmente aceptado en la sociedad actual. El cuerpo ha marcado desde siempre la identidad de los individuos pero no nos habíamos revelado hasta ahora a las limitaciones que la biología impone a

los seres humanos. Se trata de un mundo donde quienes somos parece confundirse con la imagen que los medios nos proponen. Cualquiera quiere dotarse del sexo y del cuerpo que su deseo reclama y exige. La creación de una enfermedad es un proceso sociocultural que asume un significado en la relación dialéctica entre lenguaje médico y sociedad; estar enfermo no es una evidencia, sino poseer un lugar en el tejido social. Cuando la estructura cambia, afirma Appels[2], el lugar del ayuno se modifica: santo, rebelde, endemoniado y ahora enfermo.

Por estas cuestiones, señala Desviat[3], el cuerpo está en permanente redefinición en busca de prototipos con los que identificarse, algunos más imposibles que otros y se convierte en un terreno propicio dónde enterrar nuestros temores, angustias e insatisfacciones.

En este contexto, los TCA irrumpen de forma central, generando preguntas sobre la responsabilidad de las sociedades occidentales respecto a sus cánones de belleza, el papel de la moda y su exigencia estética y señalando su impotencia y vulnerabilidad. No es de extrañar por ello, que surjan voces como la de Steiner- Adair[4] que se pregunten:

"¿No sería hermoso que los anuncios de moda tuviesen advertencias sanitarias como tienen los paquetes de cigarrillos? Advertencia: la modelo de este anuncio no tiene un cuerpo sano. Su imagen ha sido alterada, no llega al peso mínimo deseable y sufre de anorexia nerviosa."

Siguiendo en el nivel social, la reubicación de la función femenina en la sociedad, su irrupción definitiva en el mundo laboral y los cambios en la estructura histórica que es la familia nuclear han sido otros de los elementos de debate, ya que los estudios norteamericanos y europeos presentan un aumento de la incidencia de TCA de cinco a seis veces en la década de los sesenta y setenta[5].

Ahora bien, si se tratara solamente de una intensa voluntad de adelgazar, la AN o la BN no serían enfermedades sino comportamientos sociales tales como los de los místicos religiosos o los de las jóvenes preocupadas por la línea. La presencia de aspectos socioculturales en los TCA es innegable pero hay más cuestiones que provienen de una estructura de personalidad muy particular como resultado de las deficiencias del desarrollo que preceden la enfermedad.

¿SON TAN FRECUENTES COMO PARECEN?

Los TCA han hecho clara eclosión en la literatura médica a partir de la década de los sesenta. Todavía se discute si tal eclosión es consecuencia de un significativo aumento de su prevalencia o se trata de un simple resultado de la expansión del conocimiento. A pesar de las dificultades metodológicas de acceso a la información, es destacable el aumento de la prevalencia de los TCA en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del llamado tercer mundo. Se ha estimado que la prevalencia vital de la AN sería del 0,5 al 3,7% y de la BN del 1,1 al 4,2% dependiendo de sí los criterios diagnósticos aplicados son estrictos o no[6]; estos datos incluyen las formas atípicas, incompletas o parciales, que no cumplen todos los criterios para AN y BN, conocidas como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). El tan publicado trastorno por atracón (TA) está incluido también en el heterogéneo grupo de los TCANE.

Repasadas las cifras, si se aplica la restricción diagnóstica con criterios somáticos y psicopatológicos entre los muchos adolescentes que se imponen dietas y ayunos, colisionaremos con la confusión de cifras que desde los medios de comunicación nos hablan de una epidemia casi imparable y tendremos que ser los profesionales los que impongamos cierta cordura.

Dicho esto, no deja de ser extraordinario el interés que despierta la AN pese a su relativamente baja frecuencia estadística en comparación con otros trastornos mentales.

¿A QUIENES VAN DIRIGIDAS NUESTRAS ACTUACIONES?

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso, que conllevan problemas físicos o del funcionamiento psicosocial.

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo tales como una dieta restrictiva estricta, hiperactividad física y conductas purgativas como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o uso de diuréticos. A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas que la padecen presentan un intenso temor a ser obesas. La caquexia puede conducir a graves trastornos nutricionales y cardiocirculatorios hasta el punto de llegar a ser mortales[a].

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones que las personas afectadas intentan compensar mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga e hiperactividad física. Muestran también una preocupación enfermiza por el peso y la figura y se trata habitualmente de un trastorno oculto que se vive con sentimientos de vergüenza y culpa.

El TA se diferencia de la bulimia en la ausencia de los mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad.

Muchos de los trastornos psicopatológicos son comunes a la AN y la BN y otros son exclusivos de una u otra, presentándose a veces sin clara solución de continuidad entre ellos. De hecho, casi la mitad de los pacientes con AN desarrollan signos bulímicos y algunos pacientes con BN presentan en su evolución rasgos anoréxicos[8]. Algunos autores como Brusset[9] consideran la AN y la BN como manifestaciones clínicas de la misma enfermedad en las que la comida ocupa el centro de la esfera psíquica y en las que se vive por y para ella, bien para ingerirla o bien para eludirla.

La preocupación por la dieta, por la delgadez o la gordura es una pantalla de humo. Ésa no es la verdadera enfermedad. La verdadera enfermedad, en palabras de Bruch[10], tiene que ver con la manera en que se sienten las pacientes, en la que tienen que lidiar día a día con la contradicción de que todo el mundo piensa que son brillantes y exitosas y ellas piensan que no lo son. Tienen un gran miedo, el ser normales o mediocres, algo que para ellas no es suficiente. Muchas anoréxicas y bulímicas consideran que sus vidas han sido auténticas pesadillas al intentar satisfacer las expectativas de su familia, siempre con el temor de no ser suficientemente brillantes en comparación con los demás y por tanto piensan que son unos fracasos totales. Esta dramática insatisfacción es el problema fundamental de la AN, el precedente de la dieta y la pérdida de peso. La dieta comienza pues con esa ansiedad y con el deseo de probar que tienen el control, que pueden hacerlo. Lo curioso es que eso las hace sentirse bien; pueden lograr algo que no todo el mundo puede conseguir. Como son diferentes, son especiales y ahí es donde radica su identidad y por tanto también la dificultad para el cambio. Al mismo tiempo, sin embargo, pierden sus ambiciones, aspiraciones y expectativas respecto a los otros.

El verdadero problema es que este sentimiento de superioridad llega desde la enfermedad; ese adelgazamiento considerable que a veces llega a la caquexia unido a una total angustia por el mismo es el que define a la verdadera anorexia. El anoréxico verdadero se identifica con su apariencia esquelética, no la encuentra anormal y hace de todo para mantenerla, contrariamente al anoréxi-

[a] En lo que se refiere al encuadre nosológico de la anorexia nerviosa y su peculiaridad a la hora de incluirla en las grandes agrupaciones psiquiátricas, valga la cita de Salvador Mascarell cuando afirma que "la anorexia mental no es una neurosis, ni una psicosis, ni una enfermedad psicosomática sino que es... la anorexia mental"[7]

co atípico que deplora sus perdidas de peso aunque se sienta impotente ante ellas. Este escamoteamiento de la angustia de muerte, angustia que nosotros sí sentimos al verle, está en relación con un trastorno fundamental que tiene un carácter puramente psiquiátrico: la distorsión de la imagen corporal y es de estos pacientes de los que nos vamos a ocupar preferentemente a lo largo de este capítulo. En lo que respecta a la anorexia atípica, se trata de una importante pérdida de peso de origen psicógeno, siendo ésta una consecuencia no buscada directamente por el paciente.

La anoréxica verdadera quiere imponerse a su cuerpo, por ejemplo decidir que no crezca, sobre todo a lo ancho, es decir, que no se desarrolle sexualmente. Una de las características de esta psicopatología es la necesidad de mantener y de imponer una situación de dependencia ya que siempre han hecho lo que les han ordenado y no han podido comprobar sus propias capacidades; en este sentido están atrapadas por formas de sus pensamientos infantiles.

" no me es forzoso ayunar por que no pude encontrar comida que me gustara; si la hubiera encontrado, puedes creerlo, no habría hecho mejor cumplido y me habría hartado como tú y como todos" F. Kafka[11]

Sean cuales sean el significado y las razones por las que se llega a un peso tan bajo, muchas de las conductas que presenta la paciente anoréxica tienen que ver con el hecho de que se trata de un organismo con síntomas de inanición. Aún así, la experiencia del hambre no es suficiente para explicar el desarrollo de la AN. Para entenderla, se deben tener en cuenta las alteraciones personales y las deficiencias de desarrollo que preceden la enfermedad. En este sentido, la literatura científica estima en alrededor de un 30% los casos de TCA que presentan trastornos de personalidad[12]. Las personas que cumplen criterios de BN, presentan asociado un trastorno de la personalidad, que categorizamos como límite e histriónico en la mayoría de los casos, con una alta prevalencia. En el caso de los pacientes con AN, mayoritariamente corresponden con trastornos obsesivos y por evitación.

Si a estas estructuras del carácter, le sumamos la experiencia del aislamiento, en particular con chicas de su edad durante un periodo importante de su adolescencia, podemos hacernos una idea de como los pensamientos sobre la comida acabarán invadiendo toda su capacidad intelectiva hasta el punto de que su conducta puede estar tan alterada que limite con la desorganización psicótica.

LAS FAMILIAS

El enigma de los TCA se puede resumir en cómo unas familias bien adaptadas fracasan a la hora de transmitir un sentido de autoconfianza adecuado a esas niñas.

No hay duda de que estos niños han estado bien cuidados a nivel físico, material y educacional; las dificultades y deficiencias están en la pauta de interacción, es decir en todas esas buenas cosas que les fueron otorgadas sin que respondieran a las necesidades o a los deseos del niño. Y siguiendo esta pauta disfuncional, se desarrolla una característica lucha de poder entre los padres, que tratan de forzar a la chica a comer, y la paciente, que responde con un rechazo violento o manipulaciones y engaños. Es en este terreno dónde quienes las quieren y las protegen, sus padres, van a quedar atrapados ya que más tarde o más temprano se darán cuenta de que de el excesivo control sobre sus hijas no hará más que favorecer el mantenimiento de la enfermedad.

Negar la existencia de la enfermedad, algo intrínseco a la anorexia, es también un rasgo característico de sus familias que insisten una y otra vez en negar las dificultades existentes: se culpa a la anorexia de ser la causante de todos los problemas actuales[b].

---

[b]Existe una tendencia a que cada miembro de la familia no hable por sí mismo, sino en el nombre del otro miembro, siempre modificando o invalidando lo que la otra persona ha dicho.

> Ellos intentaron construirla a su manera pero aquella ciudad no era más que una parodia del Cielo. Su ciudad era materialmente bella, con ricos minerales y joyas pero como les faltaba el espíritu del Cielo, el resultado era un tanto grotesco, absurdo y trágico. Milton[13]

La relación de los profesionales sanitarios con las familias, se trata por tanto de un terreno resbaladizo en el que necesitamos entendernos con los padres y ayudarles sin prejuicios. En la experiencia de Honey[14], lo que los padres reclaman a los terapeutas es que los incluyan en los tratamientos, los apoyen y guíen en el cuidado y les ofrezcan una actitud más positiva hacia ellos. Sin colaboración y sobre todo sin elaboración por parte de la familia no hay salida posible a esta enfermedad

LA POSICIÓN DE LOS SANITARIOS ANTE LOS TCA

En el papel de la configuración del orden social que se adjudica (o nos adjudicamos) a los profesionales de la salud mental, los ciudadanos del primer mundo exigen unas respuestas que no somos capaces de dar en muchos casos, más si tenemos en cuenta los ritmos de la gestión sanitaria actual que solicitan intervenciones protocolizadas, rápidas y tan breves como sea posible, dejando de lado la prudencia y la incertidumbre que solo la experiencia permite descubrir en la complejidad de la naturaleza humana.

Pocas condiciones evocan tan fuertes reacciones emocionales como el rechazo voluntario de la comida, a lo que se suma la creencia de que se trata de chicas "exitosas", inteligentes y responsables. Es, por tanto, fácil dejarse arrastrar por esta corriente de emociones, comportándonos en ocasiones de forma tan inútil e incoherente con las conductas manipulativas de las pacientes como lo hicieron sus familias, lo que nos lleva a la impotencia y la frustración.

Ningún profesional se exige que un paciente psicótico deje de delirar tras un ingreso en una Unidad de Agudos o en el transcurso de un programa de rehabilitación, sin embargo sí se enfada con relativa frecuencia tras el vómito autoinducido de una paciente meses después de un ingreso hospitalario para renutrición o tras varias sesiones de psicoterapia en el centro de salud mental[c]. Es más, debemos estar muy atentos a estas reacciones interpersonales ya que como señala Treasure[15] podemos jugar un rol, que puede pasar desapercibido, en el mantenimiento de los desórdenes alimenticios de nuestros pacientes si nos mostramos hostiles, obstinados en la realimentación o transmitimos pesimismo, dificultando aún más la motivación para el cambio o enzarzándonos en una lucha de poder con los pacientes.

En un primer encuentro, las anoréxicas, que rechazan cualquier sugerencia que se las pueda realizar, dan la impresión de ser orgullosas, de tener una gran resistencia y fuerza de voluntad. A medida que se las conoce, esa impresión es reemplazada por un cuadro subyacente de incapacidad para tomar decisiones y un miedo constante a no ser respetadas o valoradas suficientemente. Están siempre preocupadas por satisfacer la imagen que los demás tenemos de ellas.

Tenemos que tener en cuenta sus dificultades para mostrarnos empáticos y ofrecerles seguridad y apoyo, estableciendo límites claros, incluyendo una práctica reflexiva y una supervisión regular para prevenir la iatrogenia de nuestros abordajes.

PLAN DE TRATAMIENTO

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son, como hemos venido mostrando, enfermedades mentales de larga evolución, en las que las necesidades asistenciales son bien distintas según la etapa clínica. La evaluación psiquiátrica completa y un diagnóstico firme de comorbilidad solo es posible después de haber corregido los peores

---

[c] Se olvida con demasiada frecuencia que las pacientes no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por sus conductas.

efectos de la malnutrición. Se recomienda que la confirmación diagnóstica y las implicaciones terapéuticas sean realizadas por psiquiatras y psicólogos clínicos, así como el uso de cuestionarios adaptados y validados en la población española para la evaluación de los TCA[12].

Por tanto, el tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que intervendrán diferentes profesionales en distintos recursos con la continuidad de cuidados y la coordinación como filosofía. Los equipos serán multiprofesionales, con la participación de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales, médicos de familia, endocrinos y pediatras, que compartan una visión integral del fenómeno y del paciente, previniendo la tan habitual escisión cartesiana que daría lugar a una fragmentación de la atención en aquella que proporcionan los "médicos del alma" frente a la de los "los médicos del cuerpo". En los TCA, como en cualquier patología médica, se debe procurar una aproximación integradora y una responsabilidad compartida de la asistencia.

El equipo de salud mental diseñará un plan individualizado de tratamiento (PTI), que incluye el contrato terapéutico, en el que se formularan los objetivos y la propuesta de las técnicas apropiadas así como su secuenciación. La participación del propio paciente y su familia en en cada momento del proceso es crucial. El grado de deterioro nutricional, junto a la presencia o no de complicaciones médicas, determinan la selección de la vía de acceso, así como el lugar donde debe realizarse el seguimiento nutricional[16].

El modelo de atención propuesto en el que los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria transitan por varios dispositivos asistenciales, está sujeto a protocolos y guías elaboradas con criterios clínicos sobre los que actualmente hay poca evidencia que guíe las decisiones sobre dónde realizar la atención. Son, en algunas ocasiones, el amplio movimiento de pacientes, familias y asociaciones de usuarios, vinculados a los servicios públicos, los que actúan de forma complementaria y nos señalan las deficiencias existentes en la atención continuada a estos pacientes

NIVELES DE ATENCIÓN: LOS DISPOSITIVOS

La atención a los pacientes con un TCA generalmente comienza en los servicios de atención primaria, que constituyen el primer nivel de acceso a la red asistencial y que tiene un papel esencial en la prevención, detección y disminución del riesgo asi como en el establecimiento de una alianza de trabajo con los pacientes. Los servicios de atención especializada constituyen el segundo y tercer nivel asistencial pero no es infrecuente que el tratamiento se inicie en ellos – generalmente cuando ya hay complicaciones importantes-. La atención especializada se presta a través de recursos de hospitalización completa (el hospital psiquiátrico y el hospital general con servicios de interconsulta psiquiátrica), las consultas ambulatorias (centros de salud mental de adultos e infanto-juveniles), hospitales de día para la hospitalización parcial (generales de salud mental y monográficos de TCA) y los servicios de urgencias y servicios de endocrinología y nutrición de hospitales generales. En algunas Comunidades Autónomas hay unidades específicas de TCA que incluyen los tres niveles asistenciales. Este hecho ha generado el debate entre profesionales sobre la especificidad del tratamiento, esto es en centros específicos para TCA o dentro de la red general de salud mental. Cualquiera que sea el dispositivo escogido en cada momento para el tratamiento, y esto dependerá en buena medida de los recursos disponibles, lo verdaderamente relevante es que se mantenga la coordinación entre profesionales y dispositivos y que las decisiones se tomen en el equipo, en base al PIT y en función del momento evolutivo de los pacientes y con la continuidad de cuidados como un aspecto esencial. Se debe prevenir la posibilidad de que una paciente, tras una asistencia diaria en un hospital general pase a una atención mensual en su centro

de salud mental así como que una vez terminado su tratamiento en una Unidad especializada de TCA, no disponga de un plan de seguimiento al alta. Dicho esto, creemos que como especialistas de la red de salud mental tenemos la obligación de conocer al máximo posible esta enfermedad y a los que la padecen sin ser arrastrados por la idiosincrasia de nuestros pacientes y su necesidad de ser especiales y diferentes hasta el punto de que solo puedan ser tratados por especialistas en TCA. A día de hoy, teniendo en cuenta las características que proponemos de tratamiento comunitario, todos los especialistas en salud mental deben tener un amplio conocimiento de las necesidades específicas de estos pacientes.

Respecto a los dispositivos de atención más adecuados, Gowers[17] publicó los resultados de una encuesta realizada en doce países de nuestro entorno en la que se puso de manifiesto que si bien había un acuerdo importante en la necesidad de ofrecer una amplia cartera de servicios en los diferentes niveles asistenciales, existían diferencias significativas en las estrategias de los distintos países, en especial en lo que hacía referencia a criterios de hospitalización y el uso de los hospitales de día.

Para paliar estas deficiencias, las Guías de Práctica Clínica establecen sus recomendaciones de actuación en cada uno de los niveles de atención y los criterios de derivación y de alta en cada uno de los dispositivos según la evidencia disponible[18].

En líneas generales, la hospitalización completa se hace imprescindible cuando el estado biológico del paciente implique riesgos de complicaciones graves y/o presenten conductas autolesivas importantes o riesgo autolítico (ver tabla 1). La hospitalización parcial está indicada cuando el paciente es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio, existen conflictos graves en el domicilio o en las relaciones familiares que no se modifican ambulatoriamente y cuando la evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación del peso (ver tabla 2).

Se considera indicada la asistencia al hospital de día para aquellos pacientes que necesitan una estructura adicional que permita un contacto más frecuente, psicoterapia intensiva y/o implicación en grupos. La asistencia ambulatoria está indicada en pacientes médicamente estables, que no necesitan un ámbito más estructurado para abordar los síntomas de su TCA.

Los criterios de alta dependerán del PTI, pero en líneas generales, la finalización del proceso tendrá lugar cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un periodo de tiempo superior a dos años mantiene su peso, sin peculiaridades alimentarias perjudiciales para su salud y dispone de una vida relacional adecuada.

TÉCNICAS

La elección del tratamiento más eficaz para alguien que sufre un TCA depende de diversas variables, entre ellas el riesgo físico y psicológico, la motivación, el apoyo social, la comorbilidad y la edad.

En relación con la AN, el British National Institute for Clinical Excellence (NICE)[19] señaló que hay muy pocos ensayos clínicos controlados de asignación aleatoria para orientar el tratamiento, debido a la falta de motivación de los pacientes para el tratamiento. En segundo lugar, ningún centro de tratamiento tiene suficientes pacientes como para obtener una muestra del tamaño adecuado para un ensayo terapéutico significativo; de ahí la necesidad de estudios multicéntricos.

A diferencia de lo que ocurre en la AN, los datos con respecto a la eficacia del tratamiento farmacológico y la psicoterapia para la BN resultan más convincentes.

1. Renutrición y tratamiento de las complicaciones médicas-

De las diferentes intervenciones médicas que pueden indicarse en los TCA, sólo se ha identificado evidencia de algunos tipos

de renutrición: complementos vitamínico-minerales, alimentación artificial enteral oral y alimentación artificial así como del consejo nutricional. El soporte nutricional para personas con TCA será elegido en función del grado de malnutrición y la colaboración del paciente y consideramos importante sostenerlo con intervenciones psicosociales.

Cuando el estado de salud de la paciente y su grado de colaboración lo permiten, se recomienda la realimentación gradual y en base a alimentación natural. La estrecha colaboración con los equipos de nutrición no sólo es una recomendación, sino que se convierte en una auténtica necesidad.

2. Terapias psicológicas

La elección de la terapia psicológica se debe realizar en base a la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de una serie de terapias psicosociales estudiadas en personas con TCA. Tomando como referencia para el término evidencia la definición anglosajona que le confiere un sentido de prueba o demostración, frente a la que el castellano le da de certidumbre no expuesta a la duda, la evidencia ofrece unas recomendaciones que tienen por objeto guiar a los profesionales en la toma de decisiones.

Las terapias más estudiadas han sido las siguientes: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar (sistémica o no) (TF), terapia psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC) y la autoayuda (guiada o no) (AA). (ver glosario)

Para la AN, no hay evidencia de que un determinado tratamiento de los mencionados sea superior a otro tratamiento psicológico para adultos con AN al finalizar el tratamiento y en el seguimiento postratamiento. En líneas generales, la evidencia existente de la eficacia del tratamiento psicológico para la AN es débil, con excepción de la encontrada en el tratamiento psicológico para adolescentes, que es moderada. En este sentido se recomienda, con una alta calidad de la evidencia, la indicación de TF en niños y adolescentes con AN. En BN, la evidencia es fuerte para las intervenciones cognitivo-conductuales: la TCC para BN, con una muy alta calidad de evidencia, es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento. Un ensayo clínico aleatorizado (20) muestra que la TCC grupal es más económica y se obtienen iguales resultados que con la TCC individual. La TIP en BN, con alta calidad de evidencia, debería considerarse como una alternativa a la TCC aunque convendría informar a las personas que su realización implica de 8 a 12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC. Se considera con alta calidad de evidencia que un posible comienzo del tratamiento en la BN es iniciar un programa de AA (guiada o no). Para el TA, la evidencia es moderada para las intervenciones cognitivo-conductuales. Se considera con alta calidad de evidencia que un posible comienzo en el tratamiento de las personas con TA es animarlas a seguir un programa de AA (guiada o no).

3. Tratamientos farmacológicos

En la actualidad existe evidencia científica sobre la eficacia y la seguridad de una serie de fármacos en el tratamiento de diferentes aspectos de los TCA. Los fármacos considerados se incluyen dentro de los siguientes grupos: antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, orexígenos, antagonistas opiáceos, psicoestimulantes y antieméticos. En lo que respecta a las benzodiacepinas y el litio no se ha identificado ningún ensayo clínico aleatorizado sobre su uso en los TCA.

La literatura sobre medicación en AN es escasa e inconclusa; los abandonos de los pacientes que reciben tratamiento farmacológico son muy elevados, en especial en los ensayos clínicos aleatorizados realizados con pacientes en tratamiento ambulatorio. Los psicofármacos no deben ser el único tratamiento en pacientes con AN y se recomienda utilizarlos en combinación con las intervenciones psicosociales y diferir su uso, siempre que sea posible, hasta que se haya

restablecido el peso. En la práctica clínica se utilizan ISRS al haber demostrado mayor evidencia y menos problemas de efectos secundarios y antipsicóticos de segunda generación y de baja potencia en algunos pacientes con síntomas graves de AN, aunque su evidencia es limitada.

Hay una considerable evidencia sobre el efecto del tratamiento con fluoxetina (60 mg/día) a corto plazo de personas con BN. Sin embargo, no existe evidencia de su efectividad a largo plazo, como tampoco de la duración óptima del tratamiento. Se recomienda no utilizar para la BN otros tratamientos farmacológicos aparte de los antidepresivos, que reducen la frecuencia de atracones y purgas y los síntomas psicológicos relacionados con el TCA y previenen las recaídas.

Como no hay evidencia en cuanto al TA, se recomienda a los clínicos que traten al paciente de acuerdo al TCA que más se asemeje a su problema de alimentación. Es una recomendación de alta evidencia la propuesta de un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS a pacientes con un TA.

4. Combinación de intervenciones

La única evidencia encontrada en los ensayos clínicos aleatorizados es que la TCC y la combinación TCC- fluoxetina tienen mejores resultados en BN que el tratamiento con fluoxetina sola en la disminución de los atracones y las purgas al finalizar el tratamiento. La presencia de un trastorno de personalidad o un trastorno del control de los impulsos en pacientes con BN se asocia a pobres resultados en el tratamiento administrado.

No obstante, a pesar de que la evidencia disponible es limitada, se combinan de forma habitual psicoterapia y psicofármacos en la práctica clínica.

PRONÓSTICO

Existen datos contradictorios sobre el pronóstico de los TCA a pesar de su prolongado recorrido histórico. A grandes rasgos, un 30% de los pacientes logran la curación, un 30% se curan, aunque con síntomas a lo largo de su vida y con recaídas, un 30% tienden a la cronificación y un 10% fallece[18].

PREVENCIÓN

La investigación sobre prevención primaria sugiere que enseñar a los adolescentes cuales son los riesgos de los trastornos alimenticios puede animarlos todavía más a que caigan en ellos. Por ello, los programas de prevención se centran en formarles sobre la salud y los prejuicios en cuanto al peso o la figura, en enseñarles a hacer una lectura crítica de los mensajes de los medios de comunicación y en el activismo social y político. Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias a menudo complementarias: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo, dirigida a aquellas personas que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores como ser mujer, adolescente o participar en deportes de riesgo ya sea de forma profesional o como ocio. Las recomendaciones de investigación futura están centradas en la realización de estudios que clarifiquen los beneficios, frente a los riesgos potenciales, de los programas de prevención primaria en la escuela y en los medios de comunicación.

La prevención terciaria tiene como objetivo resolver los síntomas más graves, paliar las complicaciones más severas y evitar el riego vital en los casos crónicos, sin embargo a día de hoy no se dispone de evidencia científica sobre el efecto de las diferentes intervenciones dirigidas a los casos crónicos de TCA. Sería recomendable disponer de recursos asistenciales capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo para los casos de TCA crónicos así como contar con apoyo social para reducir la discapacidad futura.

RESUMEN

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han adquirido una gran relevancia social y sanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para realizar un abordaje eficaz.

La aproximación a los TCA resulta difícil ya de entrada por su peculiar posición epistemológica en el universo de las psicopatologías y el debate social que generan, que no pasa inadvertido para pacientes, familiares y profesionales.

Los TCA son enfermedades mentales de larga evolución, en las que las necesidades asistenciales son bien distintas según la etapa clínica en la que se encuentren.

El tratamiento es por tanto complejo y requiere la puesta en marcha de varias estrategias secuenciadas y coordinadas en distintos dispositivos según el momento evolutivo, así como la intervención de distintos profesionales, que compartan una visión integral del paciente. Éste incluye un abordaje nutricional, un tratamiento psicosocial y un tratamiento farmacológico, que se combinan de forma habitual en la práctica clínica, a pesar de que la evidencia científica aún es limitada.

En la actualidad se investiga el riesgo/beneficio de los programas de prevención primaria en la escuela y en los medios de comunicación.

Tabla 1. Criterios de hospitalización completa

- El estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves: nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos, IMC<16, alteraciones iónicas, vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes y uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias
- Hay síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis.
- Conductas autolesivas importantes.
- No son criterios absolutos y, según la intensidad, puede estar indicado el hospital de día (hospitalización parcial).

Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d´Autoevaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009.

Tabla 2. Criterios de ingreso en el hospital de día

- Desde el *Centro de Salud Mental:* Si el paciente no cumple los criterios de atención médica urgente ni de ingreso psiquiátrico urgente y cumple alguno de los criterios siguientes:
  - La persona afectada es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada, etc.
  - Hay problemas graves de comportamiento en el domicilio, existen conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar y no se modifica ambulatoriamente.
  - La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación de peso.
- Desde la *hospitalización completa:* Si se debe mantener más control sobre la alimentación o las conductas, pero se puede hacer de manera ambulatoria. También en aquellos casos que por la intensidad de su psicopatología necesitan un tratamiento psicológico para modificar su imagen, sus cogniciones, asertividad u otros aspectos de los TCA.

Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d´Autoevaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009.

GLOSARIO: TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Terapia cognitivo conductual (TCC): Terapia psicológica diseñada para que las personas puedan establecer vínculos entre sus pensamientos, sentimientos y sus conductas actuales o pasadas y revalorar sus percepciones y creencias sobre ellas. La intervención debería incluir por lo menos uno de los siguientes aspectos: 1) el control de pensamientos, sentimientos o comportamientos en relación con la conducta, 2) la ayuda para utilizar formas alternativas de hacer frente a la conducta y 3) reducir el estrés. Para la BN se ha desarrollado una TCC específica (TCC-BN) que, por lo general, implica 16-20 horas de duración en sesiones individuales durante cuatro a cinco meses. Su atención se centra no sólo en ayudar a estas personas a cambiar sus hábitos alimenticios, sino también a hacer frente a sus formas de pensar. De la TCC-BN se ha derivado la TCC para personas afectadas con TA (TTC-TA).

Terapia Interpersonal (TIP): La TIP fue desarrollada originariamente con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque en la actualidad se han ampliado sus indicaciones a una variedad de trastornos diferentes. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficit interpersonales. Se ha adaptado para el tratamiento de la BN (TIP-BN). En la TIP-BN no hay atención directa a la modificación de los hábitos alimentarios, sino que se espera que cambien al mejorar el comportamiento interpersonal. En el caso del TA se adapta la TIP-BN a las personas con TA (TIP-TA).

Terapia familiar (TF): La TF es una forma de psicoterapia que se enfoca en la mejora de las relaciones y patrones conductuales familiares como un todo, así como entre miembros individuales y grupos o subsistemas dentro de la familia. La TF pone el énfasis en las relaciones en el interior de la familia en el presente y revalora el rol del paciente designado, de la utilidad, del valor simbólico y de la ganancia secundaria del síntoma para el sistema familiar.

Terapia psicodinámica (TPD): Tipo de psicoterapia basada en principios psicoanalíticos que consiste en la realización de unas sesiones regulares de terapia individual con un psicoterapeuta entrenado, o bajo su supervisión. Se utilizan una variedad de estrategias, como las acciones orientadas hacia la comprensión, de apoyo o actividad directiva.

Autoayuda (AA): Intervención que usa un modelo y una estructura de tratamiento claras e incluye todas las instrucciones sobre cómo el usuario puede mejorar sus habilidades para sortear y tratar sus dificultades. El material puede encontrarse en cualquier medio, es decir, libros, CD-ROM e Internet y pueden incluirse materiales de psicoeducación. Puede ser individual o grupal. La autoayuda guiada incluye el contacto con un "terapeuta" que puede ser un profesional de salud mental o una persona no especializada. Esta intervención no incluye el material de prevención exclusivamente educativo ya que el énfasis está en el terapeuta que dirige las sesiones y está presente en la mayor parte de la "acción". El número de horas que constituye la orientación puede variar.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Bruch H. *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa.* Barcelona: Paidos Ibérica, 2002. Publicado por primera vez hace más de veinte años, La jaula dorada es un libro clásico sobre la anorexia nerviosa. La autora narra la historia de este desorden alimentario con un estilo elegante y preciso, que combina con gran habilidad la divulgación y el rigor. El libro ofrece testimonios de pacientes reales que nos cuentan su experiencia con la enfermedad y su recuperación. Está escrito en un estilo directo y accesible, alejado de la terminología científica, lo que hace que sea muy recomendable para terapeutas, pacientes, padres e interesados en el tema, siendo considerado uno de los mejores libros sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Puertas Tejedor P. *El grupo de anoréxicas: una alternativa nutricia*. Bilbao: Ediciones Altxa, 2002. El interés de este libro radica en la descripción y elaboración de lo acontecido en un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica compuesto por jóvenes anoréxicas que tuvo lugar durante cinco años y medio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en Bilbao. Su autora describe con valentía lo que piensa una terapeuta, la dificultad de su experiencia y el reto contratransferencial que supuso, al tiempo que realiza una elaboración intelectual desde su óptica psicoanalítica, destacando el paralelismo que establece entre la modalidad de la relación de objeto en las distintas fases de la

vida grupal y su relación con la comida en las sesiones terapéuticas. En estos tiempos en los que los que las intervenciones inmediatas y de "demostrada eficiencia" parecen ser las únicas válidas, tiene aún más sentido este texto que intenta dotar de significado y contenido a la complejidad de los fenómenos acontecidos en un grupo de pacientes con desórdenes alimenticios.

Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d´Autoevaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009. Propiciada por el Sistema Nacional de Salud a través del proyecto GuíaSalud del Ministerio de Sanidad, esta guía intenta contestar a una serie de preguntas básicas en torno a los trastornos de la conducta alimentaria que se plantean de inicio y que son de gran interés para los profesionales que atendemos a pacientes con desordenes alimentarios en nuestro entorno. Auspiciada por la corriente de la Medicina Basada en la Evidencia, se trata de un trabajo exhaustivo que pone de manifiesto que hay muchas más preguntas que respuestas apoyadas en la evidencia sobre los TCA y que ofrece herramientas útiles para el uso de los recursos y las terapéuticas existentes de forma racional y homogénea.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Jaspers K. Psicopatología general. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España S. L, 1996.
(2) Appels A. Culture and disease. Social Science and Medicine. 1986; 23: 477- 483.
(3) Desviat M. Editorial: El cuerpo como campo de batalla. Átopos. 2009; 8: 2-4.
(4) Steiner- Adair C. Prólogo. En: Bruch H. La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona: Paidos Ibérica, 2002.
(5) Toro Trallero J, Castro Fornieles J. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Volumen II. 2º Edición. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L, 2010.
(6) García Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson, 2001.
(7) Mascarell S. De la anorexia mental como encrucijada. Revista del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. 1979; 4: 59- 93.
(8) Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partyal syndromes. Am J Psychiatry.2000; 157: 393-401.
(9) Brusset B. Psychopathologie de l´Anorexie Mentale. Paris : Dunod, 2008.
(10) Bruch H. La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona: Paidos Ibérica, 2002.
(11) Kafka F. La metamorfosis. Madrid: Alianza Editorial ,1998.
(12) Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d´Autoevaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009.
(13) Milton J. El paraiso perdido. Madrid: Cátedra " Letras Universales", 1986.
(14) Honey A, Boughtwood D, Clarke S, Halse C, Kohn M, Madden S. Support for parents of children with anorexia: what parents want. Eat Disord. 2008; 16(1): 40-51.
(15) Treasure J, Crane A, McKnight R, Buchanan E, Wolfe M. First do no harm: iatrogenic maintaining factors in anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2011; 19(4): 296-302.
(16) Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. 2º Edición. Grupo de trabajo para los trastornos de la conducta alimentaria. En: Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. American Psychiatric Association. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación S. L, 2006.
(17) Gowers S, Edwards S, Fleminger S, Massoubre C, Wallin U, Canalda G. Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe. Eur Eat Disord Rev. 2002; 10: 271-80.
(18) Fernández Liria A, Diéguez Porres M. Guía clínica para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria en el Área 3 de Madrid. Alcalá de Henares: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2005.
(19) Clinical Guidelines. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related disorders. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
(20) Chen E et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2003; 33(3): 241-54.

5.11. Atención al problema del alcoholismo en la comunidad

Pedro Cuadrado

1. ALCOHOL Y SALUD PÚBLICA

La relación del consumo de alcohol con la salud mental desde una perspectiva comunitaria no puede quedar restringida a los trastornos mentales inducidos por el alcohol (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, etc.) o a los trastornos específicos ligados a la forma de consumo (dependencia de alcohol, abuso de alcohol). Su ubicuidad y su implicación en procesos que van desde la génesis de enfermedades y problemas en individuos concretos hasta su papel en el aumento de conductas violentas, mortalidad o disminución de la productividad, y la necesidad de intervenciones dirigidas tanto a individuos aislados, grupos específicos y población en su conjunto, hace que los problemas de salud originados por el alcohol se deban abordar como un problema de salud pública. La OMS, en su 58 Asamblea de la Salud del 16 de mayo de 2005, venía a reconocer que los hábitos, el contexto y el nivel general del consumo de alcohol influyen en la salud del conjunto de la población y que a nivel mundial, el consumo de alcohol es responsable de alrededor de dos millones de muertes anuales, más de un 3% de la mortalidad registrada y de un 4% de la carga mundial de morbilidad, constituyendo el factor etiológico en más de 60 enfermedades.

1.1. *Consumo de alcohol en España*

Los datos de la última Encuesta Domiciliaria de Abuso de Drogas en España (EDADES) de 2009-2010, sobre una muestra de 20109 personas entre 15 y 64 años, señalan un aumento del consumo de alcohol en todos sus indicadores de entre 1 y 3 puntos porcentuales y tanto para hombres como mujeres, respecto a la encuesta de 2007-2008. La edad media de inicio del consumo de alcohol está un poco por encima de los 16 años y casi un 90% ha consumido alcohol alguna vez en su vida. La mayoría de la población lo consume de forma esporádica o habitual: un 78.7%, lo ha hecho algún día durante el último año y un 63.3% algún día durante el último mes, mientras que un 11% lo ha consumido a diario durante el último mes. Respecto al patrón de consumo: un 18.4% de la población informó haberse emborrachado al menos 10 veces en el último año, y el 14.9% había bebido en forma de "*Binge Drinking*" o atracón de alcohol (5 o más copas o bebidas alcohólicas seguidas o en un plazo no superior de dos horas) en los últimos 30 días. Además un 4.4% de la población cumplía criterios de "bebedores de riesgo". El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con ratios hombre/mujer que van desde el 1.2 a 3 en función del indicador estudiado.

1.2. *Morbilidad y mortalidad*

La enfermedades, lesiones y problemas que se asocian al consumo de alcohol están relacionados con la cantidad de alcohol consumida, el patrón de consumo y las características individuales del bebedor que van a determinar una mayor o menor vulnerabilidad para unos problemas que para otros. De manera general, existe una relación lineal entre dosis y efectos, aunque para determinadas enfermedades como la cirrosis se ha descrito una relación de tipo exponencial o en forma de J para problemas como la isquemia cardiaca, isquemia cerebral y Diabetes tipo II que a dosis bajas parece tener un efecto beneficioso y tóxico por encima de éstas.

Algunos problemas se derivan de consumos puntuales intensivos (amnesia lacunar,

arritmias, accidente cerebrovascular hemorrágico, epilepsia y pancreatitis aguda, episodios psicóticos). Sin embargo, son los periodos prolongados de alto niveles de consumo los que se asocian a la mayoría de las enfermedades relacionadas con el alcohol, incluidos los trastornos psiquiátricos. En la Tabla 1 adaptada de Rehm et al 2004, se recoge el riego de padecer distintas enfermedades en función de la dosis y el sexo.

Tabla 1. Riesgos relativos para determinadas enfermedades donde el alcohol es un factor de riesgo

	Mujeres Consumo de alcohol, g / día			Varones Consumo de alcohol, g / día		
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Enfermedades neurológicas						
Epilepsia	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8
Enfermedades gastrointestinales						
Cirrosis hepática	1.3	9.5	13.0	1.3	9.1	13.0
Várices esofágicas	1.3	9.5	9.5	1.3	9.5	9.5
Pancreatitis aguda y crónica	1.3	1.8	1.8	1.3	1.8	3.2
Enfermedades metabólicas y endocrinológicas						
Diabetes mellitus	0.9	0.9	1.1	1.0	0.6	0.7
Neoplasias malignas						
Cánceres de boca y faringe	1.5	2.0	5.4	1.5	1.9	5.4
Cáncer de esófago	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Cáncer de hígado	1.5	3.0	3.6	1.5	3.0	3.6
Cáncer de mama	1.1	1.4	1.6			
Otras neoplasias	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7
Enfermedades cardiovasculares						
Hipertensión arterial	1.4	2.0	2.0	1.4	2.0	4.1
Enfermedad coronaria	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1.0
Accidente cerebro-vascular isquémico	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Accidente cerebro-vascular hemorrágico	0.6	0.7	8.0	1.3	2.2	2.4
Arritmia cardíaca	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2
Alteraciones perinatales						
Aborto espontáneo	1.2	1.8	1.8	1.0	1.4	1.4
Bajo peso al nacer (1)	1.0	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Parto prematuro (1)	0.9	1.4	1.4	1.0	1.7	1.7
Retraso del crecimiento intrauterino	1.0	1.7	1.7			

(1) El riesgo relativo se refiere al consumo de alcohol por parte de la madre. *Fuente*: Rehm, J, Room, R, Monteiro, M, Gmel, G, Graham, K, Rehn,T, Sempos, CT, Frick, U, Jernigan, D. (2004) Alcohol. En: OMS (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors.Ginebra: OMS.

Las lesiones tanto intencionales como no intencionales son las complicaciones más frecuentes de la intoxicación etílica y son la consecuencia directa del aumento de las conductas violentas, conductas suicidas y los accidentes. Así el alcohol está presente en más del 50% de las lesiones por peleas y agresiones, y entre las víctimas de agresiones entre un 25 y un 40% habían consumido alcohol en las horas previas. Además el alcohol actúa como facilitador tanto de las tentativas de suicidio como del suicidio consumado por su capacidad para modificar los estados de ánimo y disminuir el control de los impulsos. Entre un tercio y la mitad de las victimas por suicidio consumado presentaban una intoxicación etílica, así como un 15% en el caso de las tentativas de suicidio. En cuanto a la siniestralidad, de manera general se estima que el conducir bajo los efectos del alcohol es responsable del 30 al 50% de los accidentes con víctimas mortales, del 15 al 35% de los que causan lesiones graves, y del 10% de los que no causan lesiones existiendo una relación directa entre estos parámetros y los niveles de alcohol en sangre. En el caso de los accidentes domésticos y laborales, el alcohol multiplica por dos o tres veces su riesgo y está implicado en alrededor del 25% de todos ellos y en un 1/3 de los accidentes laborales con víctimas mortales.

Un aspecto relevante son los daños a terceros. Los más importantes son los ligados al aumento de la violencia. Así, estaban bajo los efectos del alcohol entre el 35 y el 50% de los encausados por homicidio, entre el 50% y el 66% de los implicados en la violencia de pareja, en el 50% por agresiones sexuales y en un tercio por maltrato infantil. En este apartado se incluyen también los daños sobre la familia, con una relación estrecha entre consumo excesivo y ruptura de pareja, negligencia en el cuidado de los hijos y repercusiones psicológicas en éstos, y los costes económicos por gastos en servicios de salud, sociales y justicia, así como los costos derivados de la pérdida de productividad.

En cuanto a la mortalidad atribuible al alcohol, en España, se sitúa alrededor del 4.5% de la mortalidad total, y lo hace fundamentalmente por su contribución a la mortalidad por neoplasias, enfermedades digestivas y accidentes intencionales y no intencionales, con una relación 2 a 1 para el hombre.

2. TIPOS DE PROBLEMA Y POBLACIONES DIANA

De cara a definir las poblaciones diana a quienes van dirigidas las actuaciones podemos distinguir tres tipos de problema: consumo de riesgo, problema relacionado con el alcohol y dependencia alcohólica. Estas tres entidades no son estáticas sino que suelen formar parte de un continuum a lo largo del cual se van moviendo los individuos en distintos periodos de su vida, aunque la instauración del síndrome de dependencia va a implicar un punto de no retorno donde cualquier consumo se va a acompañar de síntomas del mismo.

El *Consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si se prolonga en el tiempo. Es una categoría que se basa exclusivamente en la cantidad de alcohol consumido por unidad de tiempo. Lleva implícita la idea de que hay niveles de consumo que no originan problemas para la salud y otros niveles que si, aunque la doctrina más establecida en la actualidad es que a mayor consumo mayores problemas y que no existen umbrales de consumo que aseguren la ausencia de riesgo. En Europa se tiende a considerar el límite en 280 g/semana para el hombre y en 168 g/semana para la mujer.

Cualquier consecuencia perjudicial para la salud que se pueda relacionar con el consumo y la manera de consumir el alcohol de una persona, constituye un *Problema Relacionado con el Alcohol.* Esta categoría no está ligada a la cantidad sino que implica, sobre todo, una atribución de causalidad. Al alcohol o a la manera de consumirlo por un

individuo concreto y en un contexto social concreto se le hace responsable del origen, agravamiento o persistencia de distintas enfermedades y problemas de salud. En la última clasificación de la OMS (CIE 10), se incluye la categoría de *Consumo Perjudicial* que se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física o mental. Se asemeja al concepto de Problema Relacionado con el Alcohol pero deja fuera las complicaciones sociales y no se puede utilizar este diagnóstico en presencia de cualquier otro trastorno mental específico.

El concepto de *Síndrome de Dependencia del Alcohol* se introdujo en la CIE 9 de 1978, para sustituir al término de "alcoholismo, manteniéndose hasta la actualidad. La CIE 10 define el síndrome de dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Se trata de un problema relacionado con el alcohol que pertenece al ámbito de los trastornos mentales y su asociación a la persistencia de altos niveles de consumo de alcohol hace que se acompañe de la mayoría de los otros problemas asociados al alcohol.

3. ACTUACIONES

3.1. Consumo de riesgo

Detección

La detección de los consumos de riesgo debe formar parte de las políticas de promoción de la salud que se han de llevar a cabo desde la red sanitaria normalizada a través de campañas de cribado de población atendida así como incorporando la anamnesis del consumo de alcohol a la práctica cotidiana de Atención Primaria y departamentos de salud laboral de las empresas. Se puede preguntar directamente por el consumo o utilizar instrumentos validados y fiables como el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Consumo de Alcohol de la OMS (AUDIT-C), y cuyas tres primeras preguntas interrogan sobre la frecuencia del consumo, la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. Considerándose positivo para puntuaciones superiores a 5 en varones y 4 en mujeres. Se considera consumo de riesgo el superior a 280 g/semana para el hombre y 168 g/semana para la mujer. Más práctico es recoger el consumo mediante Unidades de Bebida Estándar (UBE) que se obtienen de combinar el volumen de bebida ingerido con la graduación de esa bebida, así: un vaso de vino sería una unidad, una caña o quinto sería una unidad y una copa o combinado de bebidas destiladas serían dos unidades. En Europa cada UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro.

Intervenciones

En los casos identificados estaría indicada una Intervención Breve. Se considera como tal aquella realizada en un espacio reducido de tiempo y cuya intensidad y duración son inferiores a las de un programa terapéutico específico. Su efectividad está bien documentada, sobre todo en Atención Primaria, y los ingredientes que han demostrado su eficacia se agrupan bajo el acrónimo en inglés FRAMES (feedback, responsability, advice, menu, empathy, self-efficacy). Puede ser una única intervención de no más de 15 minutos, sin seguimiento posterior, con entrega de material de apoyo (folletos informativos), ó acompañarse de dos o tres visitas de seguimiento para reevaluar y reforzar el pacto de reducción, seguidas de un control anual. Estas intervenciones se pueden utilizar de forma oportunista en aquellos ámbitos asistenciales en los que se identifique un bebedor de riesgo que ha acudido a consulta o formando parte de un cribado sistemático.

3.2. Problema Relacionado con el Alcohol

Detección y diagnóstico

El punto de partida para la detección es la existencia de un problema de salud y un

nivel de consumo por encima del considerado de riesgo. Los niveles de consumo se obtienen a través de la *anamnesis del consumo* y ante la presencia de un consumo elevado se confirmará mediante *cuestionarios y marcadores biológicos*. Entre los cuestionarios, el más utilizado es el AUDIT, utilizándose como punto de corte 12, para ambos sexos. Entre los marcadores biológicos**,** los más utilizados son la elevación del Volumen Corpuscular Medio (VCM), que da positivo en presencia de consumos elevados durante varios meses, y sobre todo, por su sensibilidad y especificidad, la elevación de la GGT (Gamma-Glutamil-Transpeptidasa) como expresión del aumento de la actividad enzimática microsomal inducida por alcohol. Aunque el marcador más sensible y específico de todos es la elevación de la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT) y son suficientes una o dos semanas de consumos superiores a 60 gramos para que de positiva. Se considera que su combinación con la GGT permite establecer un valor predictivo del 100% de consumos superiores a 60 gramos/día.

La dificultad está en establecer la relación causal entre el problema de salud y el consumo de alcohol, sobre todo cuando los niveles de consumo se acercan al umbral del consumo de riesgo, y porque en la etiología de los problemas relacionados con el alcohol están implicados no solo los efectos del alcohol sino la forma en que éste se consume, el estado del bebedor en el momento del consumo, las características genéticas, fisiológicas y psicológicas del mismo, el contexto social en el que se produce la bebida y las repercusiones sobre éste.

Desde el punto de vista diagnóstico los problemas los podemos agrupar en: enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol, problemas de salud mental relacionados con el alcohol y problemas sociales relacionados con el alcohol.

Entre las *enfermedades* caben destacar las del aparato digestivo, sistema cardiovascular, sistema nervioso, hematológicas, endocrino-metabólicas y los cánceres. Su detección se va a llevar cabo en Atención Primaria, Centros de Atención Especializada y Servicios Hospitalarios. Las *lesiones* pueden afectar al propio bebedor o a terceras personas y suelen detectarse en Atención Primaria y sobre todo en los Servicios de Urgencia y Servicios de Traumatología y Cirugía hospitalarios.

Los *problemas de salud mental* son la consecuencia de las alteraciones de los sistemas emocionales y de control de la conducta originadas por el alcohol y de la respuesta del propio bebedor a las mismas. Algunos de ellos se relacionan con los efectos agudos (intoxicación, trastornos de comportamiento, trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos, conductas suicidas), aunque todos ellos son más frecuentes cuando hay una historia de consumos prolongados, y otros aparecen con el cese del consumo tras un periodo prolongado de bebida (abstinencia, trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos). El problema de salud mental más importante es el síndrome de dependencia alcohólica que suele precisar, aunque no siempre, de consumos excesivos mantenidos durante meses. La detección de estos problemas se va a llevar a cabo en Atención Primaria, dispositivos específicos de salud mental (CSM, USM), y Servicios de Urgencia y Psiquiatría o Salud Mental hospitalarios.

Los *problemas sociales* se originan tanto por las alteraciones que produce el consumo de alcohol en las relaciones con los demás en el ámbito personal, familiar y laboral, como por la respuesta de éstos ante el consumo y sus efectos. Son problemas que afectan tanto al bebedor como a terceras personas y suelen estar relacionados con los efectos agudos del alcohol en personas con consumos crónicos. Los problemas más importantes son los ligados a la violencia y a la comisión de delitos, los problemas familiares, los problemas labora-

les y el aislamiento progresivo y la exclusión social. Su detección se va a llevar a cabo en ámbitos judiciales y penitenciarios, en los dispositivos de servicios sociales tanto sanitarios como los ligados a infancia-adolescencia, mujer o exclusión social y en dispositivos sanitarios y de salud mental ligados a la excusión social.

Intervenciones.

Ante un problema relacionado con el alcohol, las intervenciones han de ir dirigidas, por un lado, a modificar la conducta de bebida y, por otro, a resolver el problema de salud específico.

La intervención sobre la bebida se dirige a modificar de los niveles de consumo. Inicialmente y mientras persista el problema de salud relacionado, el objetivo ha de ser la abstinencia absoluta. Una vez resuelto el problema asociado, el objetivo será mantener niveles de consumo por debajo de los niveles de riesgo. Para conseguir estos objetivos se utilizan las *Intervenciones Breves* que constan de una entrevista central de alrededor de treinta minutos en la que se comenta la información recogida, se establece la relación entre el consumo y el problema relacionado, se plantean objetivos, se analizan ambivalencias y remueven las resistencias al cambio y se dan estrategias para mantener la abstinencia o reducir el consumo. En ocasiones es necesario incorporar *Entrevistas Motivacionales* estructuradas para conseguir estos objetivos. Esta primera entrevista se sigue de 4 visitas más de reevaluación de objetivos y de refuerzo de las estrategias que se hayan mostrado eficaces en el mantenimiento del cambio.

La intervención se iniciará en el dispositivo asistencial donde se haya detectado el problema y se completará y se llevará a cabo el seguimiento en el dispositivo donde se lleve a cabo el tratamiento del problema o su seguimiento. El momento del diagnóstico de los problemas relacionados constituye una situación motivacional muy propicia para facilitar el cambio de hábitos de consumo y hay bastante literatura que lo pone de manifiesto al demostrar la eficacia de estas intervenciones cuando se ponen en práctica en este momento, tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias y Servicios de Traumatología, Medicina Interna y Digestivo hospitalarios.

3.3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Ámbitos de intervención

El Manejo del síndrome de dependencia alcohólica va a implicar a distintos dispositivos asistenciales en distintos momentos y situaciones del proceso de atención. La detección se va a llevar a cabo en los dispositivos que están en contacto con el consumo de riesgo y los problemas relacionados con el alcohol: Atención Primaria, Departamentos de Salud Laboral, Servicios de Atención Especializada tanto ambulatorios como hospitalarios, red de atención a drogodependencias, servicios sociales, dispositivos de atención a la exclusión social, instituciones judiciales y penitenciarias y asociaciones de autoayuda. El diagnóstico y el núcleo principal del tratamiento se va a llevar a cabo en los en dispositivos específicos de atención especializada, ya sean Programas de Alcoholismo en Unidades o Centros de Salud Mental ó en Unidades de Conductas Adictivas. Las necesidades de desintoxicación y deshabituación o consolidación de la abstinencia van a precisar de unidades específicas de internamiento ya sea en hospitales generales o monográficos. Las intervenciones sobre las comorbilidad y complicaciones asociadas al síndrome de dependencia se llevarán a cabo en los ámbitos específicos para cada una de ellas.

Detección y criterios de derivación

El punto de partida es la presencia de consumos de riesgo o problemas con el alcohol detectados en los distintos dispositivos asistenciales. La sospecha de un síndrome de dependencia vendrá dada por la intensidad de los problemas, la duración de los altos niveles de consumo (meses) y la persistencia

del consumo y problemas asociados a pesar de la puesta en marcha de intervenciones breves para resolverlos. También se pueden utilizar *cuestionarios y marcadores biológicos*. En los ámbitos sanitarios se utilizan el AUDIT y de forma muy específica para la el síndrome de dependencia el CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation), que consta de cuatro preguntas, referidas a los dos últimos dos años ("¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?", "¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?", "¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?" , "¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?)", que se pueden incluir en el contexto de una entrevista más amplia sobre estilos de vida y hábitos de consumo, o utilizarlo como un cuestionario autoaplicado que rellena el paciente. Los marcadores biológicos (VCM, GGT CDT) no detectan la dependencia alcohólica sino que apoyan la presencia de consumos excesivos prolongados de alcohol, que con frecuencia se asocian a ésta.

Los criterios de derivación a dispositivos específicos van a ser: persistencia de consumos excesivos de alcohol y problemas asociados al mismo a pesar de de la puesta en marcha de intervenciones breves para resolverlos, puntuaciones en el AUDIT superiores a 20 y en el CAGE superiores a 2 y marcadores biológicos positivos.

Diagnóstico

El diagnóstico va a implicar no solo reconocer la relación anómala de una persona con su conducta de bebida (síndrome de dependencia) sino también establecer los problemas relacionados con el alcohol que suelen acompañar a este síndrome y sobre los que es preciso intervenir.

Los dos sistemas de clasificación más utilizados, la CIE 10 y la DSM IV establecen unos criterios similares para hacer el diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólica:

> Se precisa que en los últimos 12 meses hayan estado presentes 3 o más de los rasgos siguientes: a) deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol, b) disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida, c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia, d) tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo del consumo de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas, e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión s causa del consumo del alcohol, con un aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos, f) persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales sobre su salud.

Se utilizan cuestionarios que ayudan a confirmar el diagnostico y a definir las áreas de intervención. Los más utilizados son el MALT y el EuroASI. El MALT (Münchner Alkoholismus Test) consta de dos partes, el MALT objetivo (MALT-O) que es cumplimentado por el entrevistador a partir de datos de la anamnesis, exploración y laboratorio, y el MALT subjetivo (MALT-S) que es autoaplicado. Puntuaciones iguales o superiores a 11 se consideran diagnósticas de dependencia alcohólica. El EuroASI (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción) es una entrevista semiestructurada que recoge información a través de ítems objetivos y subjetivos y la agrupa en seis áreas diferentes (situación médica, situación laboral/apoyos, consumo de alcohol/otras drogas, problemas legales, relaciones familiares/sociales y estado psiquiátrico), con una puntuación de gravedad (de 0 a 9) que orienta la necesidad e intensidad de los tratamientos.

Intervenciones

Terapia individual

Constituye el núcleo del tratamiento y ha de ser el marco en el que se engloban distintas intervenciones que se van a ir poniendo en marcha en distintos momentos de la evolución de una enfermedad que tiende a la cronicidad. Las *primeras consultas* tienen como objetivo el establecimiento de una relación terapéutica sólida y hay elementos que la favorecen y que constituyen las señas de identidad de este tipo de terapia: la escucha empática, la disponibilidad, la flexibilidad, la directividad y la existencia de un modelo de dependencia alcohólica compartido con el paciente. Dentro de este modelo, el primero y principal objetivo del tratamiento es el cese del consumo o adquisición de la abstinencia. De entrada, en todos los casos de dependencia, el objetivo a conseguir es la abstinencia absoluta y esa debe ser la prescripción. El segundo objetivo es el control de las complicaciones asociadas a la dependencia. Las *consultas sucesivas o seguimiento* tienen como finalidad culminar los objetivos planteados en las primeras consultas así como facilitar el mantenimiento de la abstinencia y la adaptación de la persona a la vida sin alcohol y lo hacen al actuar como control externo del consumo, trabajar la conciencia de enfermedad, manejar las situaciones de recaída y riesgo de recaída y definir las intervenciones complementarias necesarias que se requieran en cada momento. Estas intervenciones complementarias las podemos agrupar en función de que vayan dirigidas a conseguir la adquisición de la abstinencia o el mantenimiento de la abstinencia.

Intervenciones sobre la Adquisición de la abstinencia

Las intervenciones van dirigidas a motivar al paciente para que tome la decisión de no beber y ayudarle a hacerlo controlando las situaciones de riesgo de consumo y los estados emocionales que acompañan al cese del consumo. El núcleo de estas intervenciones es la desintoxicación y manejo del Síndrome de Abstinencia del Alcohol (SAA), cuando éste está presente. Existen escalas que miden su gravedad y sirven de guía para planificar el tratamiento farmacológico necesario. La más utilizada es la CIWA-Ar (Revised Clinical Institute Witdrawal Assessment). En la mayoría de las ocasiones este tratamiento se lleva a cabo ambulatoriamente, pero en ocasiones es preciso hacerlo en régimen de internamiento (presencia de enfermedades médicas graves o embarazo, patología psiquiátrica activa o riesgo de suicidio, síntomas graves de abstinencia, especialmente delirium o convulsiones, que existan antecedentes de síndromes de abstinencia graves, dependencias asociadas de otras sustancias psicotrópicas e imposibilidad de hacer un seguimiento ambulatorio por falta de soporte social). Las Benzodiacepinas, especialmente las de vida media larga, son el tratamiento de primera elección y como segunda opción están los anticomiciales como la carbamacepina, oxcarbacepina y gabapentina y el antidopaminérgico tiapride. Como tratamiento complementario se utilizará vitaminoterapia del complejo B.

Intervenciones sobre el Mantenimiento de la abstinencia

Prevención de recaídas

La Prevención de Recaídas hace referencia a un conjunto de intervenciones dirigidas a mantener la abstinencia que ponen el énfasis en las estrategias que promueven el cambio de hábitos. Los principales componentes son: 1) el aprendizaje de información relativa a las causas y consecuencias del consumo de alcohol y al papel de las expectativas, creencias y atribuciones en sus efectos, 2) el análisis de la conducta de consumo identificando las situaciones de riesgo y 3) el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales dirigidas al control de las situaciones de riesgo situacionales (distracción, evitación, imaginación, búsqueda de apoyo social) y al manejo de emociones negativas (auto-instrucciones, la

detención del pensamiento, la resolución de problemas o la reestructuración cognitiva). La filosofía y estrategias de la prevención de recaídas pueden formar parte de la Terapia Individual o aplicarse como un programa estructurado ya sea en un formato individual o grupal (8 a 10 personas), 10 a 12 sesiones semanales, de 60 a 90 minutos de duración y llevada a cabo por profesionales con formación psicoterapéutica de orientación cognitivo conductual.

Farmacoterapia

Los más utilizados son los *fármacos antidipsotrópicos* que bloquean el enzima aldehído-deshidrogenasa y producen una acumulación de acetaldehído que provoca un síndrome de tipo alérgico al asociarlos al alcohol. En nuestro medio contamos con el Disulfiram, entre 250 mg-y 500 mg en una única toma y la Cianamida Cálcica 75 mg repartidos en dos tomas. Se utilizan como disuasores, tras convencer al paciente de su uso y previa información de las repercusiones del consumo de alcohol tomando este medicamento. Se pueden utilizar en forma auto administrada o bajo supervisión del dispositivo asistencial o de un familiar que se responsabiliza del tratamiento. Son fármacos eficaces, aunque su eficacia está directamente relacionada con las intervenciones motivacionales dirigidas al cumplimiento del tratamiento, del compromiso del paciente con el mismo y del seguimiento de este compromiso.

En dependientes del alcohol que presentan una necesidad imperiosa de beber o "craving" que se sigue de conductas de búsqueda y consumo de alcohol, están indicados los *fármacos anticraving,* que actuarían sobre los sustratos neurobiológicos ligados a los sistemas de recompensa, disminuyendo el deseo de beber y facilitando la decisión de no consumir. La Naltrexona es el más utilizado y para el que hay más evidencias de su eficacia, a dosis de 50 mg/día. También se utilizan con este fin el Acamprosato y los nuevos anticomiciales, sobre todo el Topiramato.

Para el *control de sintomatología residual* de tipo inestabilidad emocional, estados depresivos, ansioso-fóbicos e insomnio que persisten más allá del periodo de desintoxicación se van a utilizar benzodiacepinas, estabilizadores del ánimo y antidepresivos, sobre todo ISRS.

Grupos de autoayuda

Los Grupos de Autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Asociaciones de ex alcohólicos, Alcohólicos Rehabilitados, etc.) cumplen el papel de puerta de entrada al tratamiento para muchos pacientes que compaginan ambas intervenciones. Además puede ser un recurso muy útil de apoyo al tratamiento, sobre todo para cubrir necesidades de apoyo social en un grupo de pacientes con una mala evolución, dificultad para mantenerse abstinente y sin redes de apoyo social propias.

Intervenciones sobre la comorbilidad y las complicaciones de la dependencia

El manejo de la comorbilidad y la resolución de las complicaciones ligadas a la dependencia alcohólica van a determinar la calidad de vida de la persona dependiente, contribuyendo directamente al mantenimiento de la abstinencia. Las intervenciones serán las específicas para cada una de las complicaciones que se hallen presentes. En el caso de las complicaciones somáticas se requerirá la coordinación con atención primaria y dispositivos ambulatorios y en régimen de internamiento de atención especializada. En el caso de las complicaciones de salud mental, las intervenciones irán dirigidas al manejo de la comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de otras sustancias psicotrópicas, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos) que va estar presente en más del 75 % de los dependientes del alcohol tratados en los dispositivos ambulatorios específicos. Lo deseable es que el tratamiento de la comorbilidad se lleve a cabo por el mismo equipo

que trata la dependencia y que para cubrir las necesidades de internamiento se utilicen los de la red de salud mental normalizada o dispositivos específicos de internamiento para patología dual. Para cubrir las necesidades de las complicaciones sociales es necesario que haya diplomados en trabajo social en todos los equipos de tratamiento de la dependencia así como la coordinación con la red de Servicios Sociales.

Intensidad del tratamiento

La intensidad del tratamiento dependerá de la evolución y las características clínicas de cada paciente. Un tratamiento ambulatorio tipo se compone de una o dos entrevistas de evaluación y consultas de seguimiento a los siete días, 15 días, al mes y una consulta mensual el primer año de tratamiento y cada dos meses el segundo año. La persistencia del consumo, la presencia de sintomatología de abstinencia severa, el riesgo de recaída y las recaídas va a implicar intensificar las consultas o reiniciar los tratamientos para el manejo de estas situaciones. La duración del tratamiento no será inferior a dos años, planteándose el alta tras al menos un año de abstinencia absoluta continuada.

RESUMEN

1.- ALCOHOL Y SALUD PÚBLICA. El alcohol es responsable de un 3% de la mortalidad registrada, de un 4% de la carga mundial de morbilidad, constituyendo el factor etiológico en más de 60 enfermedades, está presente en el 50% de las lesiones por agresiones, en 1/3 de los accidentes (tráfico, laborales y domésticos) y es un factor de primer orden en originar daños a terceros (violencia, problemas familiares y aumento de costos sociales). En España, más de un 78% ha consumido alcohol algún día del último año, un 11% todos los días del último mes y un 4.4% cumple criterios de consumidor de riesgo.

2.- TIPOS DE PROBLEMA Y POBLACIONES DIANA. Podemos diferenciar 3 tipos de problema: Consumo de riesgo (Consumo de alcohol puro superior a 280 g/semana para el hombre y en 168 g/semana para la mujer), Problema relacionado con el alcohol (cualquier problema de salud que esté relacionado con la cantidad o con la forma de consumo de alcohol) y Síndrome de dependencia alcohólica (Trastorno mental definido por la relación de pérdida de control de una persona sobre su conducta de bebida).

3.- ACTUACIONES

3.1.- Consumo de riesgo: *Detección*: anamnesis del consumo y cuestionario AUDIT-C> 5 en hombre y 4 en mujer. *Intervención* (Intervención Breve; 1 entrevista breve y 2 o 3 de seguimiento. *Ámbito de intervención*: Atención Primaria.

3.2.- Problema relacionado con el alcohol: *Detección*: anamnesis del consumo, cuestionario AUDIT > 12, marcadores biológicos (VCM, GGT, CDT). *Intervención*: 1) intervención sobre el consumo (Intervención Breve (1 entrevista breve, 3 o 4 entrevistas de seguimiento con técnicas motivacionales), 2) intervención específica sobre el problema asociado. *Ámbito de intervención*: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios hospitalarios de urgencia e internamiento.

3.3.- Síndrome de dependencia del alcohol: *Detección*: anamnesis, cuestionarios AUDIT > 20 y CAGE> 2 y marcadores biológicos (VCM, GGT, CDT). *Diagnóstico*: Criterios CIE 10 o DSM IV, cuestionarios MALT>11 y EuroA-

SI. *Intervención*: 1) Terapia individual, 2) Intervenciones sobre la Adquisición de la abstinencia y manejo del Síndrome de Abstinencia Alcohólico (SAA) (benzodiacepinas, anticomiciales, tiapride), 3) Intervenciones sobre el mantenimiento de la abstinencia (Prevención de Recaídas, Farmacoterapia (fármacos antidipsotrópicos, fármacos anticraving), Grupos de autoayuda (AA, Asociaciones de Ex alcohólicos y Alcohólicos Rehabilitados), 4) Intervenciones sobre la comorbilidad y las complicaciones de la dependencia. *Ámbito de Intervención*: Programas de alcoholismo de Centros o Unidades de Salud Mental o Unidades de Conductas Adictivas; Unidades de hospitalización para manejo del SAA (Unidades de Desintoxicación, Unidades de Hospitalización Breve), Unidades de Hospitalización para consolidación de la abstinencia (Unidades de Deshabitución, Comunidades terapéuticas), Unidades de hospitalización psiquiátrica para comorbilidad psiquiátrica, Atención Primaria y Atención especializada para complicaciones somáticas y dispositivos sociales para manejo de complicaciones sociales.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol y Salud Pública*. Barcelona: Prous Science, 1997. Constituye uno de los libros básicos para entender en toda su complejidad las relaciones entre el alcohol, la salud y la pérdida de ésta tanto desde el punto de vista de la población en su conjunto como a nivel individual. Sienta las bases para crear un marco de referencia que nos permite establecer distintos tipos de problemas originados por el consumo de alcohol, sus poblaciones diana, su relación con la cantidad y forma de consumirlo, así como con la reacción social ante el consumo y las formas de consumo y sus consecuencias. Revisa las tendencias del consumo y analiza la relación entre el consumo y el grado de riesgo tanto a nivel individual como a nivel poblacional y sientas las bases para las políticas sobre el alcohol basadas en estudios contrastados.

Guardia, J. (Coord.). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol, 2007. Como ocurre con todas las Guías Clínicas, y ésta no es diferente a otras en su forma de elaboración y de presentar las recomendaciones, una de sus funciones fundamentales es contribuir a organizar el proceso asistencial basándose en las mejores evidencias con el objetivo de maximizar la efectividad y la equidad de la atención de las personas con problemas de alcohol. Se trata de una Guía Clínica con un enfoque psiquiátrico que comienza definiendo los conceptos básico, para centrarse en las complicaciones y trastornos psiquiátricos originados por el consumo (excesivo) de alcohol, para seguir con los instrumentos de detección y diagnóstico de dichos trastornos y termina con las indicaciones de las intervenciones utilizadas, diferenciando las dirigidas a la desintoxicación de los tratamientos utilizados en la deshabituación (farmacoterapia e intervenciones psicosociales). Aunque las recomendaciones sobre las intervenciones psicofarmacológicas tienen mucho más peso que aquellas sobre las intervenciones psicoterapéuticas, también se señalan aquellos factores que orientan en la elección de éstas.

Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.* Washington,D.C: Organización Panamericana de la Salud,2008. Aunque es un texto dirigido a los profesionales de Atención Primaria, su enfoque del alcoholismo desde un modelo de salud pública, y el recorrido que hace desde los daños ocasionados por el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, los instrumentos para su detección y las intervenciones terapéuticas para su manejo, hasta el diagnóstico y tratamiento de la dependencia alcohólica, permite una visión integral del alcoholismo, ofrece una posición respecto al problema que va a facilitar su abordaje y le convierte en un texto básico para todos los profesionales de salud que trabajan en este campo. Además, el texto está muy bien documentado, apoyado en revisiones de las evidencias científicas existentes, con referencias bibliográficas muy bien seleccionadas y con una claridad expositiva que facilita su lectura.

5.12. Atención al problema de las adicciones

Iñaki Markez, Fernando Pérez del Río

INTRODUCCIÓN

Las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; para facilitar determinadas sanaciones, en otros actúan como una válvula de escape para evitar el malestar y, en este terreno, y más propio de nuestra época, sirven simplemente para procurarse diversión o favorecer vínculos de relación entre las personas.

Hablar de las drogas es tan extenso como la historia misma, pero los tratamientos que ofrecen atención a las drogodependencias son el reciente empeño por encontrar lugares adecuados para estas personas desde los diferentes *Sistemas Sanitarios*. En las últimas décadas las drogas, sus elevados consumos y consumidores que no decrecen significativamente desde su explosión hace ya más de tres décadas, permitió justificar unas políticas contra las drogas en ocasiones ineficaces. Nadie niega que existen problemas por la dependencia a drogas y por sus inapropiados consumos; pero se puede afirmar que la opción de control sobre las sustancias psicoactivas condujo a las medidas prohibicionistas, por consiguiente a la clandestinización de la producción, distribución, venta y consumo, y por añadidura, también podemos apuntar como consecuencias la dificultad en diseñar estrategias terapéuticas y, de conflictividad e inseguridad social, masificación en instituciones penitenciarias y asistenciales, riesgo de fenómenos de corrupción en los responsables de las medidas de control y represión del uso y tráfico, etc. en suma a la marginalización de las drogas y de sus usuarios[1]. A este fenómeno se añadirían, sobre todo en las dos últimas décadas, otras adicciones no relacionadas con sustancias químicas que ocasionan trastornos adictivos con importante repercusión familiar, social y económica.

LA EXPANSIÓN DE LAS DROGAS

Los principales factores favorecedores de la expansión de las drogas a finales del s. XX, han sido el crecimiento de las ciudades, la marginalidad y los estilos educativos inadecuados, o excesivamente rígidos o demasiado flexibles. También se han esbozado como hipótesis de tal expansión, las agotadoras jornadas laborales, pero si tuviéramos que destacar entre todos un factor principal, éste no sería otro que la formidable expansión del comercio y la comunicación. Con la Revolución Industrial se desplegaron las industrias químicas y farmacéuticas, y aparecieron las drogas sintéticas, lo que no solo trajo consigo la necesidad de producir sino también la de intercambiar y la de consumir. Consecuentemente, este consumo de sustancias comienza a ser un problema social y político desde el momento en que se produce, se intercambia y comercializa a una mayor escala y, por ello, es de gran accesibilidad[2]. Todos estos factores señalados y otros que seguro se han quedado en el tintero, propician que se extienda el consumo masivo de sustancias en el mundo.

Vivimos en el reino de la mercancía donde todo lo que es, es mercancía susceptible de ser comercializada. Droga es todo y es nada, es una relación que es atribuida a determinadas sustancias muy dispares. Es un estereotipo, un símbolo del mal en la cultura occidental moderna[3]. Quedan lejos los síntomas de conversión y parálisis de la punitiva Inglaterra victoriana de principios de siglo XX, donde existía una rígida e in-

flexible estructura social, donde se hallaba un importante respeto por las figuras de autoridad y, en el cual, los valores predominantes eran entre otros el respeto a las costumbres y la moral religiosa[4]. Asistimos a una cultura que se da de bruces con los innumerables avances tecnológicos y científicos que tendrán lugar a lo largo de dicha centuria donde gasto e inmediatez perfilan la cultura de consumo.

El uso de drogas, especialmente la heroína, la cocaína y los derivados del cannabis, así como el abuso de determinados fármacos y la más reciente aparición de análogos sintéticos de drogas, han provocado un fenómeno sociocultural sin precedentes, motivado por la falsa creencia de su inocuidad, y hoy, el disfrutar no es un derecho es una obligación. No hay que olvidar que el consumo de otras drogas, como el tabaco y las bebidas alcohólicas, se encuentra muy arraigado y socialmente aceptado en nuestra sociedad, afectando de una forma especial a los adolescentes y jóvenes, como sectores de la población más vulnerables. Un problema tan singular reclama un abordaje comunitario. De otra mano, la experiencia nos ha enseñado que la ilegalidad de las drogas es un factor bastante nocivo a la salud, a la "salud pública". La prohibición obstruye remedios evidentes, por ejemplo tan solo muy recientemente se han podido comercializar medicamentos con THC, cannabis, entre sus componentes.

Los estereotipos sobre consumidores y dependientes de drogas han ido cambiando. Los modelos médico, jurídico-represivo, sociológico, antropológico o psicosocial se han apoyado en el toxicómano como enfermo, en el toxicómano delincuente, en el inadaptado social,... ofreciendo una visión parcializada y estrechamente vinculada a conceptualizaciones individuales sobre los usuarios. Con las implicaciones de cada modelo, con sus valores, su ideología e intereses, con su marco conceptual, se han sucedido con mayor o menor peso de las medidas coercitivas a través de la imposición de sus códigos, el penal, hipocrático o social, prescribiendo sus tratamientos en forma de fármacos, leyes, ideología o pautas de comportamiento. Se llegó a pasar en el campo policial de una ignorancia casi total del narcotráfico a convertirlo en una de las tareas que más tiempo y esfuerzo han ocupado durante décadas. Con la justificación de la represión anti-droga se realizan grandes redadas, se persigue a los jóvenes de aspecto «poco convencional» y en definitiva se restringen las libertades y se da rienda suelta a policías, jueces, psiquiatras o sectas redentoristas[3]. Los profesionales institucionalmente relacionados con la ley -jueces y policías- o con la salud -médicos, psicólogos, enfermería,...- son considerados como los más aptos para el desarrollo y mantenimiento de uno u otro modelo, con tentación bien definida: la institucionalización de las soluciones coercitivas.

Conviene aclarar que los países europeos fueron adaptándose paulatinamente a los cambios y problemas que iban generando las drogas. El sistema sanitario de cada país iba absorbiendo las nuevas demandas y los nuevos problemas asociados a las drogas. España se encontró de golpe con un problema casi desconocido y, dadas nuestras condiciones de entonces, sobra decir que no estábamos suficientemente preparados para enfrentarnos a las dificultades que se nos avecinaban. Inmersos en una realidad de escasez de recursos y conocimiento, numerosos clínicos se vieron obligados a adaptarse a marchas forzadas con mayor o menor suerte.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Los años 80

A finales de los años 70 comienzan las primeras iniciativas espontáneas que, tomarán mayor impulso y desarrollo en los 80s, comenzaron a crearse dispositivos y proyectos asistenciales y de prevención desde las CC.AA., los entes locales y desde colectivos impulsados por asociaciones

vecinales, grupos religiosos, de familiares de afectados o desde profesionales. En un inicio, al no existir una experiencia anterior, la formación de nuevos profesionales se apoya en expertos internacionales y en los propios de la sanidad pública así como en modos de autoformación basados en experiencias próximas en el medio afectado.

El caso del Estado español fue algo excepcional, por pasar en poco tiempo de una cierta ingenuidad en el discurso social y asistencial, así como padecer una importante precariedad de recursos, a estar frente a una epidemia; en los primeros años de la *epidemia de la heroína*, el desconocimiento sobre cómo tratar a estos pacientes casi era generalizado, los servicios sanitarios se vieron desbordados. Cuando se produjo la "epidemia" de la heroína, la psiquiatría estaba ocupada en su Reforma, y esto retrasó la "psiquiatría social" y, en aquellos años se vio con muy buenos ojos que diferentes entidades desarrollaran programas asistenciales para aquellos pacientes con problemas de drogodependencia. A nadie se le escapa que en muchas ocasiones confluyeron la falta de experiencia con el temor y rechazo a tratar a estas personas, pues nadie ignoraba que el drogodependiente solía causar, o pudiera causarlos, numerosos problemas. La imposibilidad, en ciertas ocasiones, de dar contención a este tipo de personas, y las resistencias a tratarlos en otras, facilitó el fuerte desarrollo en España de diferentes organizaciones que han desarrollado redes de prestación de servicios de prevención y rehabilitación a personas con drogodependencias así como a sus familiares dependientes de instituciones públicas (en las CC.AA., Diputaciones, ayuntamientos, o del propio SNS) o de organismos privados, con frecuencia, de interés público y sin ánimo de lucro.

Las entidades que germinaron en aquellos años, que en parte daban respuesta al problema, eran centros con un fuerte espíritu de voluntariedad, notoria iniciativa y altruismo, lo que significaba bajos costes para el Estado y las administraciones públicas, lo cual facilitó su proliferación.

Corrían los años 80 cuando se consolida un modelo teórico para las drogodependencias basado en la psicología humanista y en los modelos bio-psico-sociales, con su apuesta por la familia; un modelo relacional y de trabajo en equipos multidisciplinares pero, por añadidura, en aquellos años carente de contrastación empírica. En aquellos inicios, el lema a la hora de trabajar con estos pacientes era: *hay que valer.* Los primeros centros de Proyecto Hombre se ubicaron en San Sebastián, Bilbao y Madrid, siendo referentes en la formación de terapeutas con un estilo propio que, a su vez, irían creando una considerable red de atención para las personas afectadas. Con mucha mayor amplitud, también acontecía este fenómeno de capacitación y voluntarismo en otros dispositivos específicos de las redes públicas de atención a las drogodependencias, donde gran parte del éxito era saber acoger. Hoy, ya al profesional, le podemos pedir "competencia técnica" y competencia ética. La competencia técnica exige conocer la teoría, el conocimiento sobre el *pathos.* La "competencia ética", implica que se esté dispuesto a salir del despacho, a trabajar en equipo, no invadir a los compañeros, etc[5].

A mediados de los 80 hasta principios de los 90 fue la heroína la droga estrella, una droga que sólo se vio frenada por campañas publicitarias y sobre todo por la aparición del *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (VIH). Desde el año 1985 y durante más de una década la cuestión de las drogas fue "el problema" social equiparado a los problemas de índole económica. Pero a partir del año 1993 esta preocupación ha ido descendiendo lentamente según han señalado encuestas y estudios sociales. Según el barómetro del CIS de enero 2011 el problema de las drogas había bajado hasta el puesto nº 20. En los primeros puestos están el paro, los problemas de índole económica y el problema denominado como *la clase*

política[a]. En aquellos años, el tratamiento para drogodependientes por excelencia, en ocasiones sobredimensionado, fue la Comunidad Terapéutica.

Un psiquiatra Ernst Simmel[6] ya en los años veinte del siglo pasado, creó un modelo terapéutico en Tegel (Berlín), para personas con problemas de drogodependencia. Simmel propuso trabajar en equipo y con los familiares los pacientes, los usuarios participaban de las labores educativas y realizaban actividades tipo talleres tal como lo entendemos y hacemos hoy en día. Estas Comunidades cuya implantación en España fue tardía, llegaron a ser el principal dispositivo de atención a los drogodependientes en los años 80. Se ha de reconocer que en aquellos años 80 este tipo de tratamiento era prácticamente la única alternativa, asimismo la creación de estos centros supuso un loable esfuerzo de muchas personas. Desde que se creara la primera comunidad terapéutica en 1979 se ha ido incrementando su número, año tras año, hasta alcanzar la cifra de 119 comunidades ya en el año 2005, asistiendo a 5.935 personas[7].

Años 90

A finales de los 80 e inicios de los 90**,** los consumos de drogas empezaron a dejar de estar tan vinculados a grupos marginales, también dejaron de estar claramente asociados a posiciones contraculturales: dejó de ser algo reducido y relativamente controlable. A mediados de los años 90, el perfil de los consumidores y las pautas de consumo experimentaron algunos cambios, disminuían las personas con problemas con la heroína y aumentaban los que padecían problemas con la cocaína[8]. Un impulso importante, en aquellos, fue la aparición del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), creado en España el 20 de marzo de 1985 para el apoyo a la red de atención a drogodependientes, aunque con sus avatares de modelo pasando de una cartera ministerial a otra, entre Sanidad, Asuntos sociales o Interior.

Tras aquella década de los 80 y gran parte de los 90, las energías terapéuticas fueron encaminadas a alcanzar la abstinencia definitiva del drogodependiente, siempre pretendían la deshabituación total de drogas (ilegales) mediante el uso temporal de otras drogas (legales). Era la farmacoterapia y era lo que se llamaban *programas libres de drogas*…de drogas ilegales había que puntualizar.

Pese a la creación de dispositivos, muchas de las personas afectadas se quedaban fuera. Se evidenció que los tratamientos libres de drogas funcionaban solo para una parte de la población. El 54% de las personas drogodependientes no llegaba a iniciar el tratamiento[9]. Esta fue la razón fundamental por la que se puso en solfa el tratamiento de la comunidad terapéutica como recurso: ciertamente los objetivos no habían sido alcanzados, entre ellos los desiguales resultados de los programas que pretendieron la abstinencia. Los débiles resultados de los programas de tratamiento hegemónicos basados en la abstinencia absoluta, llegaron a generar un cierto desánimo entre los técnicos de la salud mental y de la atención a las drogodependencias.

A mediados de los 90, se pasó a hablar menos de las CT, dejaron de ser noticia en los periódicos. Silenciosamente, se dedicaron a evaluar, a mejorar tratamientos e intervenciones y, en algunos casos, a lograr certificaciones de calidad. Ya no se trataba solo de "*hay que valer*". Eran años donde se pretendía la homologación, se buscaba más rigor en las intervenciones. Esto también se debió a que, de forma paralela, en los años 90 se empezó a dar importancia a los programas de reducción del daño, fue una excelente apuesta para acercarse a las personas que no querían nada, estos programas se diseñaron con el objetivo de acercar los centros a los usuarios tras verificar que

[a] Barómetro del CIS enero 2011. Ante la pregunta ¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿y el segundo?

un amplio colectivo de drogodependientes no llegaba a dichos centros, ni siquiera se conseguía contactar con esa población, en ocasiones llamada "población oculta".

El consumidor, dependiente o no, seguía siendo estigmatizado como delincuente, se le prejuzgaba como inadaptado o como enfermo que requería atención por los profesionales sanitarios, y cuya intervención estará centrada fundamentalmente en lo biológico; opinando en ocasiones que se trata de una expresión comportamental, un síntoma de automedicación, por carencias de bases psíquicas o sociofamiliares predisponentes. ¿O será en realidad un "chivo expiatorio" en esta sociedad nuestra?, dicen otras voces[1]. Explicaciones que han variado según la concepción ideológica o el modelo asistencial que acompañe el momento.

Por parte de la mayoría de los centros asistenciales *no públicos*, concertados con las instituciones públicas (generalmente son centros de gestión privada concertados y coordinados con la sanidad pública y con diferentes tipos de convenio), se evidenció una fuerte tensión, por ejemplo, entre los que empezaron a incorporar la metadona en las comunidades terapéuticas y los centros que seguían apostando por los tratamientos libres de drogas como única alternativa. Lo cual también ocurrió inicialmente en los centros públicos.

En definitiva, en esa década comenzaron acciones y servicios orientados a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas, apuestas flexibles que tuvieron excelentes resultados: el intercambio de jeringuillas, salas de inyección más segura, los preservativos, la metadona, la educación sanitaria, campañas de sexo seguro.

Si un medicamento ha tenido éxito con la de heroína ese ha sido la metadona. A partir de este momento los modelos empezarán a coexistir. Se pasó de tener programas diseñados con el objetivo de obtener la abstinencia, y en los que el usuario debía abandonar cualquier adicción a cualquier sustancia a una diversificación de la oferta asistencial, como los de reducción del daño, conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos y sociales) asociados al consumo de drogas y a mejorar la calidad de vida[10]. El mayor aumento de programas se dio en los dispensadores de metadona, que pasó de tener 113 centros y tratar a 9.470 pacientes en 1992 a 1.723 centros donde se trataban a 78.806 pacientes en el año 2000[11] estabilizándose su crecimiento en esas fechas.

Como cabe suponer no existe el programa que abarque todas las problemáticas de todos los drogodependientes al mismo tiempo, es lícito sostener, pues, que cada programa responde verdaderamente a las necesidades de un determinado grupo de personas con problemas de drogas. Podemos sostener que la abstinencia impuesta puede acarrear repercusiones tan perniciosas como el consumo excesivo. Hoy día, la cuestión no es tanto crear nuevos recursos asistenciales sino colaborar unos con otros y promover actuaciones comunes, ya sabemos que los programas de tratamiento son rentables, estimándose que por cada euro que se invierta en programas para adictos, se recuperaban y restituyen tres euros[12]. Es decir, la sociedad termina ahorrando en las múltiples consecuencias sanitarias, sociales, delictivas, etc.

Según Mino[13], realizado el duelo de una sociedad sin drogas era necesario lograr que los usuarios fueran aceptados por su sociedad y ofrecerles unos servicios sanitarios adecuados. Además de cambiar los criterios de *éxito-fracaso* en relación a los tratamientos para drogodependientes. En los años 90 se produjo una ampliación de la oferta con importantes modificaciones en los enfoques terapéuticos: la supervivencia del usuario, la mejora de la calidad de vida y la preservación de la salud comunitaria serían los objetivos prioritarios. Nuevas pautas de intervención aunque "en general" se sigue sin escuchar cuál era la demanda del paciente.

Ya no se trataba de curar o de reconvertir la identidad del toxicómano. Ahora, teníamos pendiente reconvertir nuestro ideario y curarnos de la necesidad de curar. Restituir la salud *ad integrum* puede ser "imposible" pero no lo es cuidar o paliar los daños. La asistencia a los drogodependientes y la prevención ha puesto el acento en la reducción de riesgos y daños o *harm reduction*. Los tratamientos paliativos, de mantenimiento, de sustitución o de desintoxicación siempre dentro de los llamados *Programas de reducción de Daños y Riesgos*, que al comportar una mayor flexibilidad chocaron con el anterior modelo controlador y represivo acorde con la representación social del fenómeno. Ofrecían una alternativa clara: disminuir los daños asociados al uso de drogas ilegales con intervenciones más pragmáticas, de tipo sociosanitario. Podemos decir que el control dejó de estar en los terapeutas y pasó a estar en las decisiones de los usuarios, puesto que ahora tomaban sus propias decisiones en acuerdo con el terapeuta. El ejemplo de la metadona y su utilización terapéutica es muy gráfico. Podemos observar como siendo conocidos los Programas con esa sustancia opioide desde mediados de los años 60[14], no toma auge hasta finales de los 80 coincidiendo con el importante deterioro de la población toxicómana dependiente de la heroína y sus consecuencias sociales, hasta el actual auge, una vez comprobado que es un recurso favorecedor de la mejora de la calidad de vida de miles de usuarios.

Siglo XXI

Si aceptamos modelos que asumen la multicausalidad en este fenómeno, actuaríamos erróneamente si se interviniera en función de una parte de las consecuencias. En realidad no existen los modelos ni las intervenciones unívocas y puras sino con elementos de unos y otros. Es necesario caminar hacia un modelo integral que redimensione lo que tiene de problema social, con una visión del fenómeno global de las drogodependencias, del comercio y consumo de drogas. Basado en concepciones realistas, ofreciendo alternativas al presente y no a concepciones de décadas anteriores, puesto que las relaciones sociales y los estilos de vida responden a momentos y procesos históricamente determinados[13] que se expresan por comportamientos diversos. Con intervenciones que exigen una participación multidisciplinar, ínter y multisectorial e interinstitucional. Con un abordaje global, superador de las tradicionales medidas represivas y sanitarias que, aunando recursos e iniciativas, supere la atención a los síntomas, redimensionando lo que de fenómeno social tiene, en lo económico, político, sanitario, existencial y cultural, y todo ello con una visión estructural del sistema.

Hoy es el día que podemos decir que los profesionales se forman aquí. Con una formación reglada institucional "interno residente" a través de los MIR, PIR o EIR, si bien sigue siendo débil la capacitación en el área de las adicciones. También desde algunos másteres universitarios, desde los proyectos de intercambio de formación en adicciones subvencionados por la Unión Europea y otras iniciativas menores. En el año 2010 España fue uno de los dos países más demandados para formar terapeutas en drogodependencias de los 25 países de la Unión Europea.

Con el paso de los años, se puso el acento en la *disminución del riesgo* un concepto más próximo a la prevención. Así, por ejemplo, al objeto de prevenir accidentes, estos programas destinan esfuerzos a evitar que las personas usen un vehículo si han bebido o estén bajo los efectos de cualquier droga, o por ejemplo se diseñarán programas de ocio nocturno.

Hoy es el día en que los dispositivos están más abiertos en todos los sentidos, en estás últimas dos décadas se han creado buenos programas para adolescentes. Se da más importancia a la privacidad del usuario, a sus decisiones, y lo anecdótico es que alguien que estando en tratamiento

no se cite con su psiquiatra de referencia o de distrito o zona. Otro elemento a destacar en esta década es el aumento de los encuentros entre los centros y, asimismo las posturas de los centros se han acercado mucho teóricamente y también en relación a las técnicas empleadas, podemos decir que son mucho más similares de lo que realmente se cree, esto puede ser debido a la fuerte incorporación de psicólogos a este tipo de centros en estas dos décadas, estos profesionales han incorporado por igual las técnicas aprendidas en la Universidad y en los diferentes másteres.

Hoy se plantean nuevas demandas y retos, nos topamos con otros patrones de usos. Las drogas están más asociadas al ocio y a lo recreativo y encontramos a consumidores de fin de semana que abusan puntualmente de las drogas. Esto implica que los tratamientos y programas deben forjar nuevos ajustes. Aunque hoy también se insista en la importancia de la inserción laboral en la recuperación, vemos que la gente viene más formada. Según el informe Europeo de 2010, un 47% de los que inician un programa ambulatorio y un 71% de los que inician un programa residencial declararon no tener trabajo.

Otro cambio importante es el aumento de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes, el terapeuta se ve frente al reto de trabajar con perfiles que portan mayor sintomatología a causa de la mayor variedad de sustancias que han consumido. Por otro lado, en el presente asistimos al policonsumo[2], lo cual ha llevado a los centros de tratamiento a trabajar de forma sistemática con la red de Salud Mental; a realizar más evaluaciones de los programas; a mejorar la calidad de las intervenciones y a la prevención.

Se trataba y se trata de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial para las drogodependencias y los dispositivos de salud, y mejorar la calidad de vida. En definitiva, lo que se pretende es dar prioridad a aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas. Si se desea consumir drogas que sea con la mayor seguridad posible. Se trata de ofrecer planteamientos más pragmáticos y no sujetos a moralismos alejados de la realidad.

En relación a la investigación, la Estrategia Europea 2005-2012 señala como objetivo: "una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una respuesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura". Por otro lado el informe de la *United Nations Office on Drugs and Crime*[15, 16], la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, señala que las drogas ya no son un problema incontrolable, alejándose del carácter cronificado y recidivante con que se las etiquetaba en décadas anteriores. Aunque no por ello dejen de generar sufrimiento en quienes las consumen compulsivamente y su entorno.

RECURSOS Y ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES

En buena lógica, podemos decir que, a medida que se han diversificando los patrones de consumo de drogas, de unas y otras sustancias, los programas se han ido adecuando a las nuevas realidades, adaptándose a los diferentes perfiles. Reflejamos una exposición en cuatro niveles que nos sirve de orientación y es útil para la exposición.

I. Recursos de primer nivel, son programas fácilmente accesibles a la población, con dispositivos de orientación, información, captación, motivación, diagnóstico, y derivación a otros recursos más especializados en el tratamiento para drogodependientes. Recursos generales de primer nivel de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales y recursos específicos con programas diversos de baja exigencia. Entre estos últimos cabe señalar los servicios de información y orientación, servicios de intervención y asesoramien-

to en Juzgados y programas diversos de reducción de los riesgos y de los daños, basados muchos de ellos en estrategias de acercamiento a la población drogodependiente".

II. Recursos de segundo nivel, con dispositivos tienen como misión principal realizar una evaluación diagnóstica bio-psico-social del paciente, que diseñan el plan individualizado y pueden realizar tanto la desintoxicación como la deshabituación y, se debe añadir aquí otras funciones como son la coordinación con otros recursos de la red y, también será en estos mismos dispositivos donde se pueda trabajar la educación sanitaria, la inserción social y otras actividades preventivas.

Para mayor abundamiento en el segundo nivel consideramos programas de segundo nivel los *Programas de deshabituación del tabaco* y las *unidades para el tratamiento del alcoholismo, Centros de Día* (CD) para drogodependientes; recursos que prestan un tratamiento intensivo, altamente estructurado y de elevada exigencia a drogodependientes en régimen intermedio. Donde el paciente dedica una parte del día a realizar tratamiento de desintoxicación, rehabilitación o reinserción. Con posible terapia psicológica y dando importancia a la inserción sociolaboral.

También son de segundo nivel los *Centros de Encuentro y Acogida* (CEA); éstos son estructuras destinadas a una estancia corta que en ocasiones se utilizará como paso previo a la entrada en una comunidad, con el fin de que los pacientes realicen la desintoxicación. Y no sería acertado terminar este apartado sin antes hablar de los programas asistenciales en Centros Penitenciarios en general considerados de segundo nivel. España, de alguna manera, ha sido pionera en Europa a la hora de tomar iniciativas para llegar a esta población. Aunque con lentitud y a veces tardíamente, hay numerosos programas de reducción de daños. En los años 90, surgen nuevos programas y actuaciones de atención a las drogodependencias. Primero con programas higiénicos y preventivos (administración de lejía, preservativos), después espacios terapéuticos con programas de desintoxicación y, más tarde, inicio y desarrollo de los programas de mantenimiento con metadona (PMM) hasta ser asumidas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Se ha ofrecido apoyo jurídico a personas drogodependientes, se han impulsado, asimismo, módulos terapéuticos, "comunidades terapéuticas" dentro de las cárceles. No olvidemos que España y Austria son los Estados europeos donde mayor desarrollo han adquirido los tratamientos de sustitución[17].

En el caso de las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, hablaríamos de un recurso de tercer nivel. La cárcel está diseñada casi en exclusiva con un método conductista donde no se favorece la escucha en ninguna de sus formas. Un método éste que fomenta la infantilización de los usuarios; un espacio que promueve la pérdida de autonomía, y donde la única referencia es la propia prisión, por lo cual habrá que adaptarse a ella para poder progresar. Si bien aumenta el reconocimiento acerca del potencial de la cárcel como un espacio en el que respuestas efectivas de salud pueden llevarse a cabo, así como el necesario desarrollo continuado de las alternativas a la prisión mejorando la información epidemiológica, situación y tendencias[17], y a documentar buenas prácticas, si bien las intervenciones orientadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios de drogas en las cárceles han de ser mejorar notoriamente.

III. Recursos de tercer nivel, con recursos con un nivel de especialización alto; son por lo tanto lugares donde el paciente es tratado residencialmente. Este tipo de recursos está diseñado para las personas que padecen un fuerte deterioro, esto es, que el consumo las ha deses-

tabilizado profundamente, generando problemas médicos, judiciales, etc. Se trata de personas que en muchos casos han perdido apoyos familiares y sociales, y por añadidura manifiestan estar poco motivadas.

Estos programas son denominados integrales y suelen trabajar casi todos los aspectos bio-psico-sociales. Se concede importancia a la familia, a la salud, a la inserción laboral, al tiempo libre, etc. Son programas cuya duración varía en función de sus objetivos. En general suelen ser programas bien definidos, con un marco muy claro y aplicar un plan a cada persona de forma individualizada.

Como recursos de tercer nivel destacamos, en principio, las *Unidades de Patología Dual* (UPD), son centros especializados destinados a tratar a personas que padecen varios o más diagnósticos. Uno de los diagnósticos es por dependencia a una sustancia y el otro por alguna enfermedad mental con criterios de admisión que varían en cada centro. También forman parte de este nivel las *Unidades de Hospitalización* Psiquiátrica (UHP), de las que no hablaremos en detalle en este trabajo. El acceso a estas unidades será por derivación de un equipo terapéutico acreditado. En estas unidades se realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, y son dispositivos que suelen estar insertados en un centro hospitalario. Además de la desintoxicación pueden estar siendo tratadas por otra enfermedad mental; y pueden ser personas con conductas que pueden poner en peligro a ellos mismos o a su entorno.

Otro tipo de centros residenciales de tratamiento intensivo y de más larga duración son los *Centros Residenciales para la Rehabilitación de Alcohólicos* (CRA). Estos centros, en un régimen de internamiento, tienen como función la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de personas con problemas de dependencia o consumos desmedidos de alcohol. Quizá debamos decir que los centros más "representativos" del tercer nivel son las *Comunidades Terapéuticas* (CT), también denominadas *Unidades de Deshabituación Residencial* (UDR).

IV. Recursos de cuarto nivel, como lugar intermedio entre la comunidad y la inserción social completa, Existe gran variabilidad de centros y maneras de plantear una reinserción, pero en general la intensidad del trabajo terapéutico es menor. Se lo acompaña en su integración socio laboral, en el reajuste con su familia y con su entorno afectivo, y se va realizando un seguimiento de cómo se va encontrando con el entono; común es que estas estructuras suponen el final del proceso de deshabituación. Su función básica es el apoyo al tratamiento ambulatorio y al proceso de incorporación social del drogodependiente. Realizan actividades de carácter formativo, cultural, ocupacional, recreativo o social.

RETOS, VISIÓN DE FUTURO Y ALGUNAS RECOMENDACIONES

Sostenemos que la red para la atención a las drogodependencias está más o menos creada y podemos afirmar que se ha sabido dar una respuesta adecuada. Desde nuestra experiencia, el primer reto sería conservar diferentes elementos que han ayudado a las personas a superar sus problemas con las adicciones a lo largo de todos estos años, por ejemplo se advertirá que vemos importante seguir trabajando con la demanda del paciente, atender a su problema específico, y que llegue a entender cuál es la función de su síntoma, y modificarlo. Sigue siendo importante crear marcos para trabajar con la familia y apoyos sociales así como la conveniencia de las intervenciones grupales como instrumento adecuado, además de seguir apostando por los aspectos psicoeducativos para una mejor reinserción laboral y social. Sobre este particular y sin pretender sentar cátedra alguna vemos importante acompañar a los procesos desde

la igualdad de roles de los diferentes profesionales. El norte debe ser el enfoque comunitario.

Es importante trabajar estos problemas "de base" (inserción social, familia, entorno, la función del síntoma), si no se hace así "el sujeto utilizará los dispositivos de las diversas instituciones como sustitutos de los espacios familiares y microsociales sobre los que se asienta la problemática real"[19].

Hemos dado pasos hacia una política sobre drogas más justa y eficaz respecto a la prevención, la información, la transparencia y el control. Partimos de la aspiración de lograr políticas de drogas que no causen daño a la salud de los consumidores, que respeten los derechos de los ciudadanos y ciudadanas, incluso precisaremos cambios en las leyes que pongan freno a la entrada masiva de personas usuarias en las prisiones; sin duda la apertura de este debate social debe ser con todos los agentes de la comunidad.

Algunas recomendaciones

1) La redefinición de las estrategias de prevención psico-sociales dirigidas a jóvenes, y personas adultas, en base a criterios integrales, realistas y participativos y con enfoque de género. Apostar por la innovación, por la detección e intervención precoz y extender los tratamientos para adictos a toda la población afectada, especialmente a la más vulnerable. Implantar la promoción de la salud a edades tempranas es uno de los actuales retos para retrasar la edad inicio en los consumos.
2) Hoy la red asistencial está integrada en el sistema público y creemos que debe ser así. Pero, por otro lado, lo más conveniente sería que estos centros asistenciales de prevención y rehabilitación para adictos fueran centros *concertados*. Esto permitiría aprovechar lo mejor de las dos redes, es decir, facilitaría una gestión y modos de intervención profesionalizados y, asimismo atesorar bases comunes y optimizar recursos ya existentes. El hecho de estar integrados en la red de salud pública no quiere decir que se unan, quiere decir que los centros (hoy gestionadas por muchas ONG) deben seguir manteniendo su creatividad e ideario.
3) El reto, en la década pasada, era tener la voluntad de trabajar en red, hoy ya no se trata de tener voluntad, el trabajo en red es una obligación "ética". El reto es cómo integrar mejor a los pacientes sin multiplicar los servicios, para lo cual se deben fomentar protocolos comunes que faciliten las derivaciones. Rentabilizar los recursos sin perjudicar al paciente es el *leimotiv* de esta década. Según el informe de la OEDT[20], los servicios destinados a consumidores de drogas están cada vez más amenazados por los recortes presupuestarios, que pueden afectar negativamente a quienes consumen drogas y también a las sociedades en las que viven.
4) Habrá que abordar como diseñar un diagnóstico común que aglutine a las adicciones sin sustancia como la ludopatía y así, dar la espalda al empeño por poner de moda trastornos adictivos coyunturales, cuando realmente hablamos de lo mismo. De otra mano, no es necesario tener un centro para cada tipo de droga, lo importante es tratar la función del síntoma y abordar adecuadamente su problema "de base" sea cual sea la sustancia consumida. A fin de cuentas, se trata de promover la autonomía y alejarse del trastorno discapacitante, tenga el título que tenga.
5) Hace 30 años que existe el diagnóstico de ludopatía y todavía no se ha incluido en la legislación de algunas autonomías. Lo mismo ocurre con otras dependencias sin sustancia, a las que últimamente hemos añadido el abuso de las nuevas tecnologías, todo un submundo en torno a la cibernética y el llamado progreso. Será aconsejable adecuar las denominaciones de las instituciones de atención a las mismas, no solo por uso inadecuado.

6) Otro reto es mejorar nuestro trabajo en las cárceles. Según la encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión[21, 22] de 2006, el 33% está condenado por delitos contra la salud pública, incluyendo en estos últimos la elaboración, tráfico y venta pública de drogas, y un 30,5% de los internos ha estado alguna vez en tratamiento de drogodependencias en la prisión. Otro informe, esta vez europeo, nos subraya que en Europa, entre un 10% y un 36% de los recursos son consumidores regulares dentro de las cárceles[21]. En conclusión, se requiere incrementar los cumplimientos alternativos de penas, subvencionar a los centros asistenciales que atienden a estas personas y "reforzar todos los programas de educación para la salud en el interior de los centros penitenciarios"[23].
7) ¿Y el exceso de burocracia? Coincidimos con quienes afirman que la burocracia suplanta a la creación del vínculo cuando este no se sabe hacer. Ha de haber indicadores comunes, pero es muy saludable que cada programa de tratamiento para adictos parta de diferentes presupuestos teóricos, trabaje con poblaciones específicas, plantee sus propias técnicas terapéuticas y persiga diferentes objetivos[24].
8) La estrategia *antidroga* durante muchos años fue una guerra abierta contra las personas consumidoras, y hoy sigue existiendo una "lucha contra las drogas" aunque se reconoce abiertamente su ineficacia[23] y la falta de otras propuestas. Coincidimos en el dicho de *la guerra contra las drogas causa más daño que las drogas mismas.* Por ello se necesitan políticas centradas en la salud pública, basadas en los derechos humanos y sensibles a las diferencias de género. Abordando la regulación de algunas sustancias, empezando por separar el mercado del cannabis de otras drogas ilegales, sin olvidarnos de la adecuada protección y educación de los menores.
9) Otro reto es acceder y conectar con la población inmigrante. La inmigración como factor añadido de exclusión relacionado con cómo viven la integración y las diferencias. Los inmigrantes y sus asociaciones no suelen derivar y, por lo general, suelen acudir a los servicios sociales y no a la red de drogodependencias. En no pocos casos carecer de papeles impide cualquier acercamiento a estos centros, lo cual hace conveniente seguir estudiando las posibles estrategias para el acceso a tratamiento de las personas afectadas de estos colectivos.
10) La corriente actual a biologizar y medicalizar los tratamientos puede ser un peligro real y grave para las personas que padecen problemas con las drogas. La prevención nunca ha sido el objetivo, ni la estrategia, ni la medida fundamental en la intervención ante las drogodependencias para la Administración que ha respondido en función de reducir la demanda atendiendo a la percepción social olvidando los aspectos relacionales. Magnificar el consumo y los riesgos, y primar lecturas sanitaristas o de exclusión no parece que deba ser la estrategia más adecuada. Nos toca repensar si la sociedad acepta las estrategias de décadas anteriores, que olvidaron el diálogo, el debate social o el análisis cercano a la realidad. Quizá el objetivo deba ser que aunque se consuman drogas, que estas ocupen escaso espacio en el significante de las vidas de las personas.

CONCLUSIÓN FINAL

A quienes desde hace algún tiempo estamos trabajando e investigando en este campo, nos corresponde trasladar los nuevos conocimientos sobre la prevención, asistencia y rehabilitación al objeto de propiciar la reflexión en vez de trasmitir consignas irreductibles o propiciar actitudes intolerantes y excluyentes. No debería haber obstáculo para que los investigadores en esta área acep-

ten criterios comunes para medir y valorar sus resultados. De esta forma será posible comparar los diferentes programas y superar las deficiencias existentes. Son los investigadores, evaluadores y epidemiólogos quienes deberían adaptarse a los dispositivos y saber que no todas las intervenciones se han de regir por un mismo patrón.

Si la salud pública y el respeto a los derechos humanos han de ser prioridades de cualquier política sobre las drogas y las dependencias, tendremos que aprender a respetar la libre decisión de consumo como opción vital para muchas personas y, en atención a la justicia y beneficencia deberán exigirse medidas para la reducción de los posibles daños asociados. Hemos de ser respetuosos con la pluralidad, la diversidad y la riqueza que genera esta realidad y, por supuesto, estar atentos a los posibles riesgos que pueden generar la atomización y dispersión que pudiera provocar, pero siempre desde la filosofía de la inclusión y no de la exclusión, hemos de sumar para multiplicar ante una cuestión trasversal que afecta a las diferentes generaciones, clases sociales, género, etnias, ocupaciones y creencias.

RESUMEN

En el presente capítulo se realiza una revisión histórica de la expansión y los tratamientos para las personas drogodependientes, centrándose sobre todo en las últimas décadas. Se destacan varios períodos, desde los inicios con los tratamientos libres de drogas y posteriormente los programas de reducción del daño, pasando por modelos diversos. Sin olvidar los tratamientos y dispositivos actuales y, algunas consideraciones y retos para el futuro inmediato.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones. En este libro se expone las adicciones sin sustancia más frecuentes. Se insiste en la importancia de tener un diagnostico común y se explica por qué la adicción es un síntoma funcional, y la importancia del tratamiento bio-psico-social.

VV.AA., Pedrero, E. (Coord.) (2011). *Neurociencia y Adicción*. Edita SET y PNsD. Un número importante de estudiosos de la investigación sobre adicciones y trastornos relacionados reúnen sus trabajos con conocimientos necesarios para transitar por caminos de la prevención y el tratamiento con enfoque traslacional que obliga a clínicos e investigadores a compartir espacios y reflexiones de su práctica cotidiana relativas a los problemas derivados de los consumos inadecuados a sustancias. Los modelos neuropsicológicos, los fundamentos neurobiológicos, los modos y terapias de tratamiento, los diferentes tipos de evaluación y de rehabilitación tienen su espacio en este libro.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Markez, I. Dependencias: de la coerción a la reducción de daños. Crítica Año LVIII, 2010, nº 967: 33-38.
(2) Pérez, F. Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Burgos: Edita Diputación de Burgos; 2011.
(3) Garrido, F. La droga como figura contemporánea del mal. Gazeta de Antropología 15, 1999, Texto 15-2.
(4) Pérez, F. y Martín, I. Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?. Guadalajara: Intermedio Ediciones, 2007.
(5) Torralba Roselló, F. Competencia ética y competencia técnica. Revista Proyecto. 2005. Nº 56. Pp 13-16.
(6) Simmel, E. (1937). Psychoanalytic treatment in a sanatorium, 1929, The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement, Bulleting of the Menninger Clinic, 1, 133-143.
(7) Comas, D. Las políticas de juventud en la España democrática. Edición Injuve, 2007.
(8) Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf

(9) Marina, P. ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? Adicciones, 1999. Vol 1, nº3: 237-241.
(10) O´Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. y Drucker, E. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Grup Igia, Barcelona; 1995.
(11) Plan Nacional Sobre Drogas, memoria 2000. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2000.pdf
(12) Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome. Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction, 98: 291-303.
(13) Mino, A. Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias. En Díaz M, Romaní O (Coords.) Contextos, sujetos y drogas: manual sobre drogodependencias. Ayuntament de Barcelona y FAD, 2000.
(14) Dole VP y Nyswander, M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) adiction. JAMA 193, 1965: 80-4.
(15) UNODC (2000) Informe de la United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2000.
(16) Aceijas, C; Stimson,GV; Hickman M and Rhodes, T Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS 2004; 18: 2295-2303.
(17) Markez, I, Póo, M y Merino, PP. Atención a las drogodependencias en los centros penitenciarios En Hernández, M y Herrera, R (Coords.) La atención a la salud mental de la población reclusa. Edita AEN, Madrid, 2003.
(18) Iñigo, C y Markez, I (Coords.). Guía Atención primaria de la Salud mental en prisión. Edita GSMP/ OM Editorial. Bilbao, 2011.
(19) Joe, G.; Singh, B.; Lehman, W.; Simpson, D., y Sells, S. Agency differences in post-treatment out - comes: a follow-up of drug abuse treatment clients. International Journal of Addiction, 1983. 18: 523-538.
(20) OEDT (2011) Informe anual de 2010. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Lisboa.
(21) Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Madrid, 2006.
(22) Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas ente los Internados en Prisión (ESDIP), Madrid, 2006.
(23) BOE Boletín Oficial de las Cortes Generales. Informe de la comisión mixta. Ponencia sobre sistemas de tratamiento y atención en drogodependencias. 31 de mayo de 2011. Nº 432. Serie A. Actividades parlamentarias, 2011.
(24) Sánchez-Carbonell, J. La evaluación de los programas de tratamiento de las personas adictas a drogas opiáceas. Revisiones en Salud Pública, 1991. 2: 119-149.

5.13. Atención intercultural a la salud mental en la diversidad

Nabil Sayed Ahmad Beiruti

La complejidad de las relaciones del pensamiento mítico, mágico religioso y en general de los contenidos del respectivo ambiente cultural, se pone de manifiesto en la aparición de contenidos delirantes, fóbicos o de conducta anómala característicos de las diversas civilizaciones y culturas[1].

INTRODUCCIÓN

La sociedad española, al igual que la mayoría de las sociedades constituidas en estados, cuenta con una considerable diversidad cultural, étnica[a] y socioeconómica (clases/estratos sociales, etc.); que implica una diversidad de situaciones, experiencias, vivencias y dificultades, así cómo diferentes enfoques de abordaje y soluciones. En España esta diversidad se ha incrementado en las últimas dos décadas debido al fenómeno migratorio.

La cultura, como apunta Martínez[2], además de ser un esquema cognitivo de representaciones, símbolos y formas de pensar, es también un sistema abierto que modela la experiencia y la emocionalidad humanas, y a su vez se modela por estas experiencias. Las culturas son "por sí mismas mundos particulares"[3] que configuran patrones peculiares de expresión del sufrimiento y de la enfermedad; de ese modo las culturas se convierten en el principal medio de interpretación, comprensión de los símbolos, valores y costumbres, asimismo como base de la socialización y de la adaptación de la persona a su entorno. Conviene subrayar que la cultura, no es algo estático, congelado, descontextualizado y atemporal, sino todo lo contrario, es un proceso dinámico y dialéctico, diacrónico y sincrónico, estrechamente relacionado con el contexto social de cada momento histórico, es por tanto continuamente creada, negociada, redefinida en actos, valores, costumbres, modos de vivir y de producción de bienes.

Como resultado de la diversidad, en una misma sociedad podemos tener diferentes culturas o subculturas (desde la perspectiva de clase, de género, de edad, étnica, etc.), que están en continuo intercambio y relación las unas con las otras son, como sugiere Said[4], sistemas abiertos ninguna es única y pura, todas son híbridas, heterogéneas, extraordinariamente diferenciadas y no monolíticas.

La visión unilateral del otro, de su cultura, tiene el riesgo de deshumanizarle, cosificarle, marginarle, ver solo los aspectos diferenciales y negativos, incluso puede llegar a privarle de su dignidad como persona. Es una visión sesgada y una actitud de poder que construye muros de separación y de prejuicios.

Una actitud de diálogo intercultural con los otros, tiene sus ventajas, les dignifica, les respeta, mantiene su humanidad, busca las similitudes, construye puentes de comunicación, con una visión bilateral y holista,

---

[a] Una etnia o grupo étnico es un grupo social que se cohesiona a partir de la idea de un origen común, de una tradición cultural compartida y de algunos elementos que son destacados como fundamentales, como la lengua, la religión, determinados rituales, etc. Ver: *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental, hacia la equidad en salud. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.* Sanidad 2011. NIPO en línea: 860-11-105-3. Pág. 13. http://publicacionesoficiales.boe.es http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPomocion/promocion/desigualdadSalud/competencia_intercultural.htm

es una relación simétrica y no de poder. La actitud intercultural, como señala Soriano[5], tiene un doble plano, a) el ético, es decir las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural, y b) el sociológico o sea la igualdad de todas las culturas en su interacción y la búsqueda de puntos comunes entre sus creencias, valores y comportamientos.

CULTURA Y SUJETO

Todos los seres humanos somos culturales en la medida que vivimos en sociedad, la consolidación de nuestro sentimiento de identidad depende de factores biológicos, socioculturales e históricos como nuestras experiencias y vivencias.

La identidad del sujeto se forma por la interacción y combinación aleatoria de infinidad de elementos, "aunque cada uno de esos elementos está presente en gran número de individuos, nunca se da la misma combinación en dos personas distintas, y es justamente ahí donde reside la riqueza de cada uno, su valor personal, lo que hace que todo ser humano sea singular y potencialmente insustituible"[6]. Elementos que podemos agrupar en tres grupos: el biológico, el psicológico y el sociocultural, que forman los tres niveles que configuran el sujeto. El nivel biológico es el del organismo con sus interacciones, reacciones y relaciones internas y con el medio. El nivel psicológico, es el de la personalidad, la identidad, las relaciones, las habilidades, las capacidades, los sentimientos, las vivencias, las emociones y las motivaciones, etc. En el nivel sociológico y cultural se configura y se define la personalidad, el sentimiento de mismidad y de pertenencia. El sujeto se define por los valores culturales universales y los de su sociedad, que junto a las experiencias personales y sus circunstancias, crea una identidad diferenciada y con valores personales, es decir el significado que el sujeto da para su conducta. En otras palabras, la persona adquiere mediante la interacción, el aprendizaje y la adaptación progresiva a su entorno sociocultural, actitudes de grupo, de clase, de género, ajustándose a las situaciones y circunstancias que su entorno le ofrece, con unos valores personales que a su vez proceden, siempre, de un sistema de referencias, de una cultura.

El sujeto es un sistema de enorme versatilidad, es un sistema abierto, en continuo cambio y adaptación a la realidad, es por lo tanto "…un sistema constructor, ejecutor y regulador de las actuaciones mediante las cuales establece relaciones adecuadas con la realidad y consigo mismo"[7], que dispone de conocimientos a partir de los cuales comprende la realidad y adquiere el sentido de la realidad, conocimientos que son el resultado de la combinación de su historia personal, familiar y de su pertenencia sociocultural. Entendiendo la realidad como "aquello que un número lo suficientemente amplio de personas ha acordado *designar* como real" [8].

Esta concepción del sujeto implica una visión holística de la salud/enfermedad mental, permite superar la dicotomía entre lo biológico y lo psicológico, sin olvidarnos de la vertiente socioeconómica y cultural, ni de la interdependencia sujeto-realidad. Es una concepción que tiene en cuenta la interacción e influencia mutua de lo bio, psico y social, sin menoscabo de ninguno de ellos a favor del otro, que permite una comprensión global, integral, integradora, dinámica y contextualizada de la salud y de la enfermedad mental.

CULTURA Y ENFERMEDAD

En todas las culturas aparecen enfermedades y trastornos mentales, pero su formato y expresión varían por la influencia de las creencias culturales, como señala Bastide[9] "todos los trastornos mentales se forman, de alguna medida, por los factores culturales". Todas las sociedades, en general, consideran algunos comportamientos "extremos" como rasgos de enfermedad; en el sentido de que un comportamiento "inadecuado" es visto como desviación en

todas las culturas, pero lo que varía es la definición de lo "inadecuado" y de la "desviación", de una cultura a otra dependiendo de sus valores y costumbres. La cultura, por tanto, está involucrada en la forma de percibir de las personas de su bienestar y su malestar, y también en sus ideas respecto de las causas, diagnóstico, evolución y cuidados de las enfermedades.

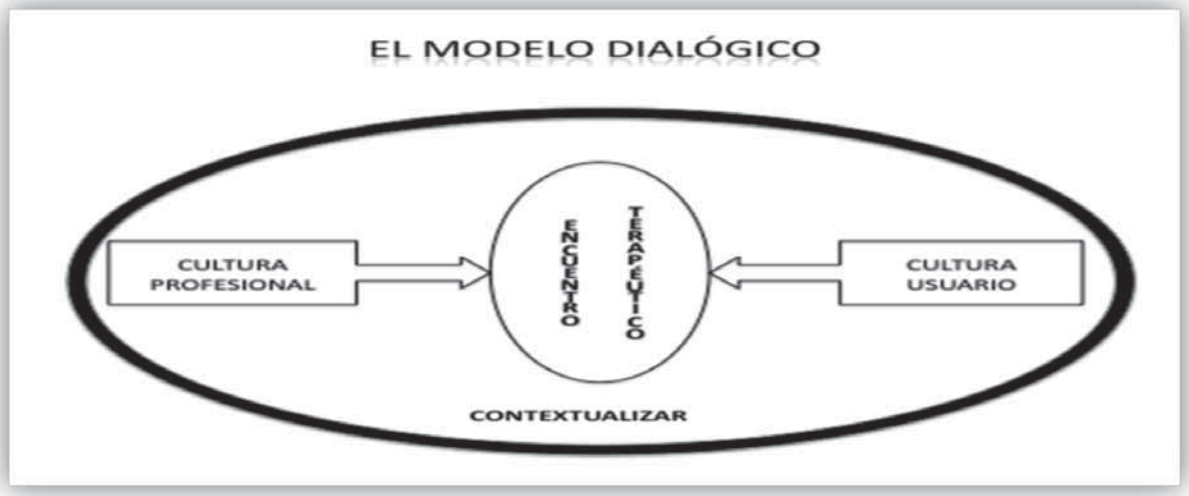
En otras palabras la idea de salud/enfermedad mental es culturalmente delimitada, y refleja a la sociedad y su idea de lo normal/anormal, idea que está en estrecha relación con el contexto sociocultural, y que cambia de una cultura a otra, pero también en la misma cultura, según el momento histórico de su evolución. La consideración de "normal" y "anormal" de una conducta es el resultado de su relación con el contexto en el cual se produce la acción, es decir su grado de adecuación al contexto, porque para cada situación existen reglas decisorias de la operatividad de la conducta que determinan si una conducta debe ser considerada normal o no. Como ejemplo el hecho de que una persona hable con su cónyuge fallecido, es considerado como algo normal en el proceso de duelo en los amerindios[10], podría ser calificado como signo de enfermedad por otras. Incluso en el contexto de una misma cultura, un determinado comportamiento, como por ejemplo crisis de ansiedad con llanto compulsivo, conducta demostrativa y pérdida del conocimiento, es considerado como normal en un funeral, sin embargo este mismo comportamiento en otro contexto sería considerado inadecuado o anormal.

El relativismo cultural, aportado por la antropología, ha sido sumamente útil en el campo de la medicina, permitiendo el cuestionamiento del modelo biomédico y su abandono por un sector de profesionales, y por tanto terminar con la falacia del modelo biopsicosocial, concebido de manera unidireccional con hegemonía de lo biológico sobre los otros niveles que configuran al sujeto, el psicológico y el sociocultural. Desde la perspectiva cultural, los procesos de enfermedad y de salud no se pueden comprender en toda su extensión, sin tener en cuenta el papel de la cultura y las relaciones sociales, pasando estos a ocupar el lugar que les corresponde tanto en la explicación y en la interpretación de la salud y de la enfermedad, como en la promoción de la salud, y la prevención y cuidado de la enfermedad. Esto es aplicable inclusive a las enfermedades somáticas, de entre ellas las infecciosas, como por ejemplo la tuberculosis, que desde los tiempos de Virchow, se reconoce que no debe ser valorada únicamente desde el punto de vista puramente biológico, sino también han de ser considerados los factores culturales, sociales y condiciones de vivienda e higiene.

En un estudio multinacional[11], se ha observado, en el caso de la esquizofrenia, que los factores culturales y sociales están estrechamente ligados a la prevalencia, así como su incidencia y su curso varían en diferentes países a causa de la interacción de los factores biológicos y socioculturales en diversas poblaciones. También, en otros estudios, se ha observado que es más frecuente en las clases socioeconómicas bajas, lo más probable debido a las dificultades sociales y al deterioro general en las condiciones de vida.

El modelo biomédico se caracteriza por ser un modelo monológico, que se define por ser: a) unidimensional, porque desocializa los procesos de salud y de enfermedad para que sean percibidas como realidades naturales independientes; b) unidireccional consagrando la primacía de lo biológico; y c) jerárquico, no participativo, que establece relación de poder. Como es lógico este modelo tiene sus consecuencias negativas en las intervenciones en lo referente al tratamiento, a la prevención o a la promoción de la salud.

La cultura no debe entenderse como una dimensión superflua en los procesos de salud/enfermedad, sino como un factor decisivo en el establecimiento de una visión



dialéctica y holística, superando así al reduccionismo biológico. Como consecuencia surge el "modelo dialógico", que según Martínez[12], se define por los siguientes principios epistemológicos: a) la multidimensionalidad que supone "un cambio en la naturaleza de la teoría explicativa existente y no un simple acomodo", b) la bidireccionalidad que implica "el intercambio de saberes, representaciones, informaciones, valores, etc., entre los profesionales y los grupos sociales…" facilitando la participación de los diferentes actores, y c) las relaciones simétricas que podría derivar en "…una mayor corresponsabilidad y empoderamiento de los actores y los grupos sociales".

CULTURA Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La red de atención a la Salud Mental se caracteriza por su diversidad de recursos, de profesionales y de disciplinas, y por consiguiente existe una diversidad de culturas y de respuestas. La red a su vez está enmarcada dentro de una organización más amplia, es decir dentro de un Sistema de Salud, que a su vez tiene su cultura de organización y de respuesta a las demandas de salud. Esta compleja organización se inserta en una sociedad, diversa étnica y culturalmente, que a su vez genera demanda diversa, según la pertenencia del colectivo que hace la demanda sea étnica, cultural (con perspectiva de género, de edad, de clase, etc.) o por ser ligado a un tipo de patología.

Ante esta diversidad caben, por lo menos, dos actitudes: a) estática, rígida y jerárquica, y b) dinámica, flexible y dialogante, que busca activamente la compatibilidad y complementariedad en las soluciones y respuestas a la demanda, respetando la singularidad e interculturalidad. Uno de los muchos retos en el campo de la Salud Mental "es la búsqueda de modos de atención que tengan en cuenta la diversidad de los comportamientos humanos, con sus perturbaciones y la diversidad de los recursos de atención cuya coordinación es necesaria para garantizar los cuidados necesarios"[13].

Para intervenir en la diversidad hemos de tener en cuenta: 1) la existencia de esta diversidad cultural, 2) la influencia de la cultura en la definición y modulación de la demanda y de la respuesta, 3) la interacción entre ambas culturas (la de la organización y la de la sociedad), y 4) la necesidad de llegar a acuerdos que pasen por conocer y reconocer la singularidad de las situaciones y de las personas, pero también por la articulación de recursos complementarios. Todo ello requiere introducir cambios en la cultura de la organización sanitaria, de modo que ésta pueda integrar en su seno las diversidades de las diferentes culturas, favoreciendo la coexistencia y el intercambio entre las mismas, sin renunciar a los valores culturales propios ni a los avances logrados, procurando una atención de igualdad y con equidad.

Como señala Onis[14], el encuentro terapéutico es un momento en el que todo está abierto y nada definido, en este espacio se decide todo, todas las opciones son válidas y, se define la calidad de la interacción y de la intervención, es justamente aquí, en la concreción de esta interacción, donde se constituye *el espacio terapéutico y la competencia profesional*. En la situación de diversidad, en el encuentro intercultural, "la percepción de la distancia y la falta de concordancia (ya sea real o imaginaria), inevitable en el contexto transcultural, puede generar ansiedad en el paciente y el terapeuta"[15], así también prejuicios, rechazos, miedos, malentendidos y tensiones. En todo proceso de relación institucional, entre profesionales y usuarios, la demanda y la respuesta no están dadas a priori, sino que ambas se definen como resultado de una interacción recíproca; para la correcta actuación intercultural, se necesita tener algunas nociones básicas de la cultura de un colectivo determinado o sujeto, pero es más elemental tener empatía y sensibilidad cultural.

El modelo de atención que más se adapta a la diversidad y concepto bio-psico-social del sujeto, es el modelo de Salud Mental Comunitaria, el trabajo en red y el trabajo en equipo interdisciplinar, que tiene en cuenta tanto los aspectos diacrónicos (biográficos) como los sincrónicos, "*el aquí y el ahora*", del sujeto y de su contexto. Que al mismo tiempo tiene en consideración las interacciones e interrelaciones del sujeto, dentro de las redes familiares y sociales, y su importancia en su salud mental, en la génesis de los conflictos y enfermedades mentales, y también en el abordaje, en la búsqueda de soluciones, en la promoción y prevención de la salud mental.

INTERVENCIÓN INTERCULTURAL

La intervención intercultural debe tener presente el contexto sociocultural donde se produce la demanda, y mantener una actitud dialogante, flexible y de simetría, aunque podría ser asimétrica que no significa jerárquica; la no consideración del contexto social es tan parcial como la no evaluación de la psicopatología de la enfermedad.

Contextualizar la demanda significa, evaluar las características sociales, culturales, religiosas, económicas y étnicas de los usuarios para realizar una buena aproximación a su padecimiento y conocer su modelo explicativo.

Contextualizar la intervención significa: a) analizar la propia cultura profesional, nuestro modelo explicativo y orientaciones; b) analizar la cultura institucional, y su influencia en la toma de decisiones sobre qué tipo de respuesta se va a dar o se puede dar a la demanda; c) tener en cuenta los hábitos y patrones culturales de los usuarios,

en materia de salud y cuidados, a la hora de planificar los planes de intervención y cuidados; d) adaptar y reformular nuestras técnicas de intervención buscando la complementariedad y no el antagonismo entre los dos modelos explicativos y de cuidados.

La contextualización institucional, sociocultural e individual (usuario y profesional) del proceso terapéutico, implica no ir en contra de las creencias y valores de la persona y de su entorno (aunque las mismas no sean compartidas), y en consecuencia aproximarse a sus problemas desde su contexto particular, para comprenderle y ayudarle a usar sus capacidades para encontrar los mecanismos y métodos de identificación de los factores causantes de su malestar, así también la búsqueda de las soluciones adecuadas para la recuperación de su bienestar. El abordaje por tanto, debe incorporar a la persona, a su contexto familiar, social, laboral, cultural y económico. En el caso de que el/la paciente pertenezca a minorías étnicas o culturales (población gitana, población inmigrante con su diversidad étnico-cultural, etc.) debemos considerar primero su singularidad como persona, en segundo lugar su pertenencia a una minoría y finalmente como miembro de un grupo étnico específico. No se debe asumir, a priori, que la identidad étnica de una persona determina cuales van a ser sus valores o modelos de conducta particulares.

El sistema explicativo profesional influye en el diagnóstico y por consiguiente en el plan de intervenciones. Existen estudios que han demostrado que el mismo sujeto valorado por diferentes terapeutas de distintos países, visualizando el video de la entrevista, llegan a diferentes diagnósticos, como por ejemplo calificar a un niño de hiperactivo o no, diagnosticar depresión o no. Tseng[16], señala que existen cuatro maneras de diferenciar normalidad de anormalidad: 1) por la definición profesional, basada en la "naturaleza" del fenómeno; 2) por la desviación de la media estadística; 3) por la valoración funcional del impacto de la conducta en el individuo, en los otros, en el entorno; y 4) por la definición social de la conducta y la tolerancia cultural de la misma.

El cuidado interculturalmente competente, es un sistema que adapta las intervenciones a la diversidad cultural, porque

reconoce la importancia de los cuidados culturales y tradicionales, los incorpora al plan de cuidados y favorece la complementariedad de los dos modos de cuidados, el tradicional y el profesional, manteniendo el diálogo fluido y necesario entre ambos sistemas de cuidados. "Muchos autores, (según Tseng[17]), señalaron que las enfermedades mentales siempre son experimentadas y tratadas en el contexto del sistema local de cuidados de salud de acuerdo con los conocimientos culturales, estructuras familiares locales, comunidades, y el sistema popular de sanación, así también el servicio médico local". El uso de los diferentes sistemas de cuidados, es recomendable, porque "… cada uno cubre diferentes necesidades, en muchos casos orienta la percepción de los pacientes hacia una intervención más holística y a resultados más satisfactorios"[18], lo que favorecería la corresponsabilidad , la aceptación y la adherencia a los programas de atención.

En la elaboración de los planes de cuidados interculturales, además de lo dicho, debe prevalecer el principio de no perjudicar ni dañar a la persona, por acción o por omisión, y que estos respeten su dignidad humana, manteniendo siempre una actitud asertiva y de diálogo, evitando el enfrentamiento y buscando el consenso sobre qué aspectos de los cuidados culturales y tradicionales se pueden incorporar a un plan de cuidados concreto. Dicha actitud nos habilita ante la persona y su entrono, favorece la adherencia, la corresponsabilidad, la implementación y el intercambio de la información sobre el desarrollo de los mismos.

En la diversidad cultural podemos diferenciar entre dos tipos de intervención: 1) *la intervención intracultural* cuando no existen diferencias culturales entre el terapeuta y el paciente, o sea ambos pertenecen al mismo contexto sociocultural. En el caso de las minorías, si el terapeuta es conocedor de la cultura de la sociedad mayoritaria, está adaptado a ambas, en este caso estamos ante el terapeuta bicultural; 2) *la intervención intercultural*, que es administrada con un trasfondo étnico o cultural considerablemente diferente entre paciente y terapeuta, debido a esta diferencia cultural tiene lugar, de forma consciente o inconsciente, una interacción entre los componentes culturales que influye significativamente en el proceso terapéutico. Esta intervención, ofrece una excelente oportunidad para el examen del papel y del impacto de la cultura en la clínica y en el desarrollo del proceso terapéutico.

Con el fin de dar respuesta a la diversidad (étnica, cultural y situacional) de la demanda, y a las necesidades de los/las profesionales de disponer de una herramienta que les ayude, oriente y proporcione las claves y medios oportunos para mejorar su respuesta y disminuya el estrés y la ansiedad, que se generan en las situaciones de incertidumbre y dudas, se hace necesario elaborar un *programa de intervención intercultural*, un programa "puente", que no sustituye a los programas ya existentes, que cumple la función de conexión con los mismos y facilita la adaptación de las diversas intervenciones sociosanitarias a las expectativas de la demanda, y a la diversidad cultural y situacional. Es recomendable que se disponga, también, de instrumentos que faciliten la valoración de la competencia intercultural de instituciones y de profesionales.

ASESORAMIENTO, INTERPRETACIÓN Y ORIENTACIÓN

El/la terapeuta intercultural necesita considerar ampliamente cómo hacer interpretaciones culturalmente convenientes, apropiadas, significantes y eficaces. Desde el punto de vista cultural, es necesario reflexionar sobre qué aspectos de la enfermedad se pueden comunicar, cómo y a quién se puede informar y el impacto que pueden tener sobre paciente, familia y entorno; y sobre el grado de estigma que podría sufrir en un entorno cultural y en otro. Por ejemplo, es posible que en algunas culturas sea preferible el término de "neurastenia, tristeza o intranquilidad" sobre el de "depresión",

por las connotaciones más negativas de la depresión que es vista, en algunas culturas, como el resultado de la debilidad de la voluntad, o sobre la conveniencia de que la comunicación dada a paciente y familia, sea compartida o no, con la persona más significativa en su entorno cultural, como por ejemplo "el jefe del clan" o líder espiritual, previo consentimiento de paciente y familia.

Para que el/la profesional de salud mental sea competente, precisa de una serie de requerimientos: que sea sensible, humano, equipado con buen conocimiento y experiencia en el trabajo clínico-terapéutico y el trabajo en red. Para el correcto asesoramiento intercultural, debe reunir algunas cualidades más: 1) empatía cultural, 2) habilidad de guiar al/la paciente de forma objetiva y culturalmente adecuada, 3) actitud[b] intercultural. Así también conocimientos sobre: a) el relativismo cultural del concepto de enfermedad mental, es decir que definir a una persona como normal, sana o enferma, está sujeto a la influencia de la cultura, y que la ruta de resolver los problemas así como los mecanismos que se deben utilizar para ello, están sujetos a los factores culturales y sociales, b) que la legitimidad de una cultura no viene dada por sí misma, sino por su capacidad de admitir tanto el mestizaje con nuevos valores, como la crítica de los propios valores por parte de los individuos, que pueden tener sus valores particulares y que no son recipientes vacíos a los que se les rellena.

LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL ENTRE TERAPEUTA Y PACIENTE

La comunicación, es considerada como el elemento fundamental de la terapia y uno de los mejores aspectos de la interacción. Determina cómo se logra la información, comprensión y la obtención de resultados efectivos. Cómo el sujeto relata e informa sobre sus problemas y, cómo el/la terapeuta escucha, recibe y le proporciona relevantes explicaciones, son las áreas clave de la comunicación paciente-terapeuta que está fuertemente relacionada con el logro de una terapia satisfactoria y efectiva.

El modo en que la persona presenta sus explicaciones necesita de una cuidadosa evaluación y comprensión desde la perspectiva sociocultural. El contexto social, cultural y económico-político es una realidad que se debe tomar en consideración, porque influye en la experiencia, la expresión, el curso y el pronóstico del sufrimiento, así como en la relación terapéutica. La habilidad de la persona para describir algo y la buena voluntad para la comunicación, a menudo está influenciada por sus condiciones socioeconómicas, sus motivaciones y la comprensión del propósito de lo que se va a hacer. En general los problemas emocionales y los sentimientos personales están considerados algo muy privado. En muchas culturas la comunicación sobre alguno de estos sentimientos se considera una indiscreción y equivale a estar "desnudo" en público. Los conflictos familiares, tradicionalmente, se consideran problemas "internos" y que no se deben revelar a extraños. La vida sexual y los problemas de la sexualidad son áreas de difícil exploración en muchas culturas.

En el contexto de la comunicación intercultural es conveniente tener presente el fenómeno de la transferencia y contratransferencia culturales, y que lo que les diferencia de las inherentes al proceso terapéutico, es que están basadas primordialmente sobre conocimientos previos, prejuicios, disposiciones y experiencias de terapeuta y paciente en relación a un particular grupo étnico o gente de un cierto sistema cultural (la población gitana, los norteafricanos, etc.). Pueden ser positivas o negativas, como cualquier otro tipo de transferencia

---

[b] Las actitudes por ser un "complejo cognitivo-emocional", modulan la conducta de las personas y la hacen singular, dado que la conducta humana se produce siempre en un contexto concreto y en función de una actitud determinada. (Castilla del Pino, Carlos. *Conductas y actitudes.* Tusquets Editores, S. A. Barcelona, 2009. Obra póstuma, editada por los herederos).

o contratransferencia. Desde la perspectiva cultural, el reto es procurar tender puentes para el entendimiento entre paciente y terapeuta, mediante una escucha activa empática y culturalmente sensible.

En la situación de la diversidad cultural, cuando terapeuta y paciente pertenecen a distintos grupos culturales y étnicos, con frecuencia puede ser necesaria la intervención de *agentes sociosanitarios/agentes de salud/ mediadores interculturales*. La mediación intercultural actúa como puente con el fin de promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas partes, para la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, y para la búsqueda de estrategias y alternativas, el acercamiento entre las expectativas y la participación comunitaria en la elaboración de los planes de intervención. Muchos autores consideran cómo factor positivo, el hecho de que ambos pertenezcan al mismo contexto cultural, con la condición de que el/la agente tenga buenos conocimientos de ambas culturas y con buen grado de mestizaje e identificación intercultural.

En muchas ocasiones, se precisa de la intervención de traductores o intérpretes, cuando terapeuta y paciente no hablan el mismo idioma, en esta situación hemos de considerar la posible distorsión de la relación e incluso de la información. Es recomendable procurar mantener relación directa con el/la paciente, tanto en la formulación de las preguntas como en la mirada, por ejemplo evitar preguntas tipo "pregúntele…" , "dígale….", y hacer preguntas directas tipo "cómo está…" , "en que le puedo ayudar…", y que el/la intérprete o traductor/a, use la primera persona en la respuesta.

EL TRABAJO EN RED

Los individuos están inmersos, siempre, en varias redes familiares, sociales y culturales, que les prestan apoyo y contención. En la situación de inmigración, por ejemplo, este vínculo se rompe, y el sujeto intenta sustituirlo.

El trabajar en red y con las redes sociales es necesario y elemental, para poder articular la relación entre la diversidad de situaciones y la de los recursos; para poder modular la pluralidad y complejidad de las demandas y las respuestas. Para ello hay que ir a los espacios y foros de actividades de la población; buscar la coordinación y la *cohesión*, es decir el trabajo conjunto de las diferentes instituciones y grupos sociales. "Trabajar en red", es decir "trabajar en y desde el reconocimiento de la diversidad de culturas, de objetivos, de instrumentos, de deseos, etc."[19], es una actitud dinámica hacia la interacción, la búsqueda activa de compatibilidad y complementariedad respetando la singularidad.

El trabajo en red, se caracteriza por tener las siguientes características: 1) multidimensionalidad, 2) multidireccionalidad, 3) relaciones simétricas y complementarias, 4) visión holística, 5) actitud de búsqueda de consensos y acuerdos, 6) la articulación de recursos complementarios y no competidores, 7) la superación de las diferencias conceptuales, teóricos, así también de las barreras entre disciplinas, instituciones, organizaciones, grupos, etc., 8) en la diversidad cultural, la superación de prejuicios, rechazos, miedos y barreras culturales, 9) procurar la atención en acto único, evitando la multiplicación de intervenciones y que el usuario tenga que transitar en todos los dispositivos, mientras ello no sea necesario, 10) admitir la complejidad de las situaciones y necesidades individuales y colectivas de las personas, y que para poder dar respuestas integradoras, a las mismas, es necesaria la colaboración y la aportación de los otros.

RESUMEN

Son necesarios conocimientos básicos en antropología y de etnografía, para que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo con eficacia, eficiencia, en igualdad y equidad, sus tareas de promoción, de prevención, de cuidados y tratamiento, en la diversidad étnica y cultural.

La interculturalidad, significa que profesionales y usuarios se relacionan mediante sus sistemas culturales y modelos explicativos de salud/enfermedad, y sus valores culturales de cuidados y tratamiento. Dicha relación debe ser en igualdad de condiciones, buscando, mediante el diálogo, la complementariedad y no el antagonismo.

El modelo dialógico supone, que ambos actores son poseedores de sistema cultural y modelo explicativo de salud/enfermedad propios, que mediante el mismo se produce un cambio en la actitud de ambos actores y en sus modelos explicativos.

En la situación de la diversidad, es necesaria la contextualización, sociocultural y étnica, para poder ofrecer una atención integral e integradora, sin olvidar de tener en consideración a la persona en su singularidad y la necesidad de individualizar nuestro plan de actuación.

El trabajo en red, se caracteriza por ser multidimensional, multidireccional, con relaciones simétricas y complementarias, etc., también significa trabajar con los usuarios, no para ellos, significa ir a donde se encuentran, buscando la participación activa, la corresponsabilidad en la toma de decisiones y en las acciones.

Es necesario superar y abandonar el reduccionismo del modelo biomédico, y la visión simplista del concepto biopsicosocial, adoptando una visión holística y dinámica, considerando la interacción entre los distintos niveles y rechazando la hegemonía de cualesquiera de ellos sobre los otros.

La mediación intercultural, en la diversidad, cumple una importante función de puente y de articulación, entre los diferente actores, partiendo del respeto y aceptación del otro diferente y su modo de estar en el mundo y de actuar.

Tanto la cultura profesional e institucional como la de usuarios y sociedad, influyen en la demanda, en la respuesta y en las expectativas de todos los actores y las modula.

El encuentro intercultural, puede ser una fuente de ansiedad y de incertidumbre, por ello los profesionales deben tener a su alcance instrumentos de trabajo y de evaluación, que les ayuden a controlar la situación y desarrollar su atención sociosanitaria intercultural.

En la sociedad actual, donde convive una diversidad de culturas, etnias y nacionalidades, fruto de la globalización y la migración, se presenta, ante los/las profesionales de la salud mental, el reto de prestar una atención sociosanitaria intercultural, con la premisa de tener en cuenta y reconocer a estas identidades socioculturales.

BIOGRAFÍA COMENTADA

Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Ángel Martínez Hernaéz. Ed. Anthropos. Barcelona. 2008. El libro es un ensayo reflexivo que trata sobre las distintas teorías de la antropología médica, desde su comienzo hasta la actualidad, plantea los debates habidos sobre los diferentes sistemas médicos, y la crítica al determinismo biológico, desde una perspectiva sociocultural y de las desigualdades en la salud/enfermedad y los cuidados, aplicando lo que el autor llama "hermenéutica crítica", destacar también el modelo "dialógico" que trata en la adenda. Merece un lugar en la biblioteca de los profesionales de la salud.

Handbook of Cultural Psychiatry. Tseng, Wen-Shing. Ed. Academic Press, 2001. El autor expone de manera amena y clara, los fascinantes aspectos culturales de la práctica psiquiátrica y de la salud mental. Aborda, desde una perspectiva universal, la relación de la cultura con el comportamiento humano, la salud mental, la psicopatología, la nosología, los tratamientos y la organización de la asistencia, así como temas específicos como los matrimonios mixtos y los hijos, las relaciones familiares interculturales, las minorías étnicas, el fenómeno migratorio, etc.

Clinical Methods in Transcultural Psychiatry. Okpaku, Samuel. O. American Psychiatric Press. Es un excelente libro que ofrece a los profesionales de salud, sobre todo a los clínicos, una mirada profunda al campo de la moderna psiquiatría transcultural y, además, la oportunidad de estar al tanto de los rápidos cambios, en los conocimientos, que se producen en esta dinámica disciplina. Ha reunido e integrado, en un volumen, conocimientos y tecnología de los fundadores y de los nuevos grupos de debate.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Martí-Tusquets, J.L. Psiquiatría Social. Barcelona: Herder; 1976.
(2) Martínez Hernáez, Ángel. Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. Cadernos Saúde pública, Río de Janeiro, 22 (11): 2269-2280, noviembre, 2006.
(3) Castilla del Pino, Carlos. Introducción a la psiquiatría 1. Problemas generales, psico(pato)logía. Madrid: Alianza Editorial; 1980.
(4) Said, Edward W. Cultura e Imperialismo. Barcelona: Anagrama; 2001.
(5) Soriano, R., Interculturalismo. Córdoba: Almuzara; 2004.
(6) Maalouf, Amin. El desajuste del mundo. Madrid: Alianza Editorial; 2009. pp 21.
(7) Castilla del Pino, Carlos. Reflexión, reflexionar, reflexivo. Discurso de ingreso a la Real Academia Española, el 7 de marzo de 2004. http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000001.nsf/(voAnexos)/archC51A9CDF7A1C1FCCC1257147003A0582/$FILE/castilla.htm
(8) Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fisch, R. Cambio. Barcelona: Herder; 1992.
(9) Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. Editorial siglo XXI, 4ª edición, 1978).
(10) Martínez-Hernáez, Á. Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. Cadernos Saúde Pública, Río de Janeiro, 2006. 22 (11): 2269-2280, noviembre.
(11) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia: Un estudio multinacional. Cuadernos de salud pública, nº 63. Ginebra, 1976.
(12) Martínez Hernáez, Ángel. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008. pp 175-189.
(13) Leal Rubio, J. Salud mental y diversidad(es): trabajar en red. Vertex Rev. Arg de Psiquiatría, 2005. Vol. XVI: 114-122.
(14) Onnis, Luigi.Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, SA.; 1996.
(15) Okpaku, Samuel. O. Clinical methods in transcultural psychiatry. American Psychiatric Press. Inc. Washington, DC, 2005. ISBN: 0-88048-710-0.
(16) Tseng, Wen-Shing. Hanbook of Cultural Psychiatry, Ed. Academic Press, 2oo1. Pág. 443-444.
(17) Tseng, Wen-Shing. Handbook of Cultural Psychiatry, Ed. Academic Press, 2oo1 Pág. 496.
(18) Okpaku, Samuel. O. Clinical methods in transcultural psychiatry. American Psychiatric Press. Inc. Washington, DC, 2005. ISBN: 0-88048-710-0. Pág 107.
(19) Leal Rubio, J. Salud mental y diversidad(es): trabajar en red. Vertex Rev. Arg de Psiquiatría, 2005. Vol. XVI: 114-122.

5.14. Atención a los problemas de salud mental en situación de catástrofe y emergencia

Pau Pérez-Sales

Una catástrofe implica un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. Desde hace años la distinción entre catástrofes naturales y provocadas por el hombre ha dejado de tener sentido. En el impacto de cualquier catástrofe, sea del origen que sea, influyen de forma decisiva factores humanos y de toma de decisiones. Exactamente la misma catástrofe (p.e. una inundación) que provoca 1 muerto en un país del norte, provoca 166 muertos en un país del sur. Por tanto las catástrofes nunca son naturales. El impacto de una catástrofe depende directamente de los denominados factores de vulnerabilidad y de resistencia a las catástrofes. Las vulnerabilidades se suelen agrupar en tres categorías: vulnerabilidades estructurales (vivir en condiciones que suponen un riesgo; por ejemplo cerca de una central nuclear o en una zona sin condiciones urbanizables), vulnerabilidades organizativas (vivir en condiciones de aislamiento, sin condiciones de acción colectiva social o política que permita enfrentar los riesgos) y vulnerabilidad motivacional o actitudinal (pensar que son los demás los que deben resolver las cosas, no creer en que uno mismo y los que le rodean puedan enfrentar la crisis o no tener fuerzas para ello).

Corolario de todo lo anterior es que, desde una mirada psicosocial, para enfrentar las catástrofes colectivas, es necesario: (1) *Prevenirlas*, viendo los familiares y vecinos los factores de riesgo y vulnerabilidad existentes en su zona y actuando de manera colectiva y organizada frente a ellos y (2) Creer en las propias capacidades para enfrentar las situaciones y *asumir un papel activo*, evitando el victimismo y la dependencia.

REACCIÓN EMOCIONAL ANTE CATÁSTROFES

A corto término. Hay una creencia general de que el pánico masivo es la respuesta más frecuente en las situaciones de catástrofe. Los estudios indican que no es cierto. El gráfico 1 muestra las reacciones emocionales

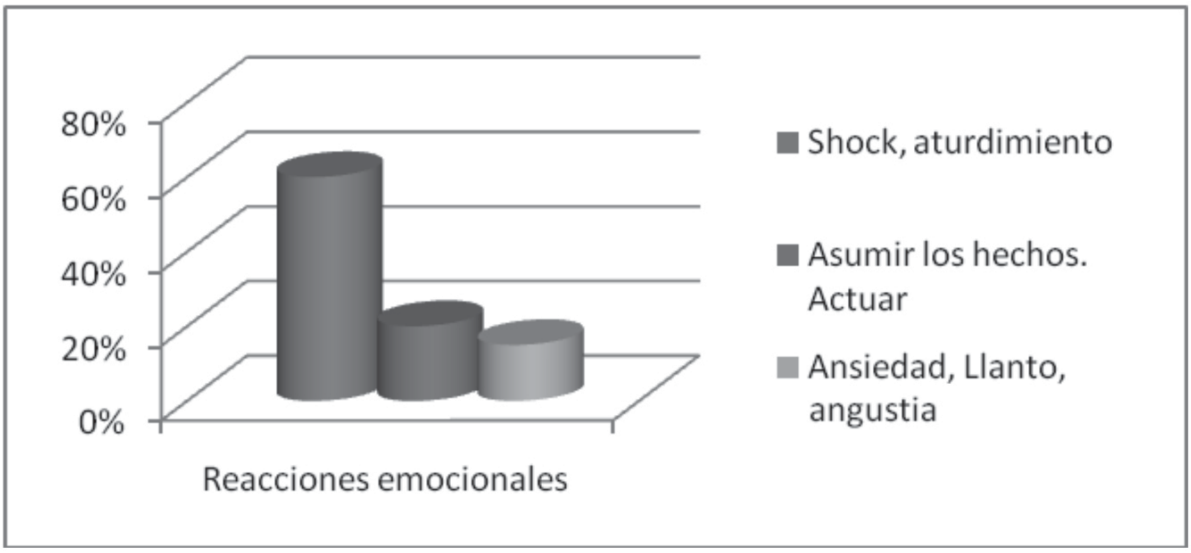


Gráfico 1. Reacciones emocionales ante una catástrofe

más habituales. En el inmediato después de una catástrofe la reacción más frecuente es una sensación de incredulidad, shock o aturdimiento (60%). Alrededor de un 20% de personas asumen rápidamente lo que está pasando y empiezan a actuar y sólo el 10 a 15% restante presentan alguna forma más o menos grave de ansiedad.

Es básico recordar, en estas circunstancias, que *la mayoría de personas que están en estado de shock, si reciben instrucciones cortas, claras y directas, ayudarán y harán las tareas asignadas*. Esto, además, les permitirá recuperarse mucho antes. Por eso, en contextos de catástrofe colectiva, si usted es de las personas que entiende lo que ocurre y cree saber lo que hay que hacer *movilice a los demás. Procure que la gente esté activa, intente asignar tareas u organizar. La gente, en general, va a responder y la supervivencia del grupo será mucho más alta.*

Los estudios muestran que tras una catástrofe colectiva (p.e un terremoto) las primeras 24 horas son clave en la supervivencia. Las posibilidades de recibir ayuda dependen del país, el contexto, el carácter masivo de la catástrofe y otros factores, pero en una visión general, del *60% al 80% de las vidas tras una catástrofe colectiva se salvan por la propia acción precoz de otros afectados*. Por eso es importante tanto por el impacto y las secuelas psicológicas posteriores como por razones de supervivencia, tener un papel activo y no esperar la llegada de la ayuda de manera abandonada y pasiva.

Pánico. Los estudios muestran que el pánico, cuando se produce, se asocia a: (a) Sensación de aislamiento e imposibilidad de comunicarse con otros, por ejemplo, en situaciones de oscuridad total (cine o túnel de carretera), de visibilidad parcial (nube densa de humo) o ruido desmesurado (gritos, crepitar, turbinas…) (b) sensación de no poder escapar y que el tiempo es clave (no visualizar claramente puertas o vías de salida). Ambos tipos de factores pueden prevenirse y, si se producen, debe actuarse cuanto antes sobre ellos.

Hay bastantes investigaciones que muestran *que la conducta humana más frecuente en catástrofes colectivas es la solidaridad.* Un mito similar es el que tiene que ver con las conductas antisociales (saqueos, violencia). La experiencia muestra que es un fenómeno extraordinariamente raro excepto en contextos de extrema pobreza o guerra.

Este tipo de falsos mitos ha hecho que en ocasiones no se prepare a la población con antelación frente a una catástrofe porque se considera que actuará de manera egoísta o que no va a colaborar adecuadamente. El error de no informar de modo completo o con suficiente tiempo para que la gente pueda organizarse y prepararse ha costado muchas más vidas que lo contrario.

El cuadro 1 da pautas para el manejo emocional de una situación extrema en las primeras semanas tras los hechos, acorde con todo lo anterior.

Tras la respuesta inmediata. Todos los seres humanos necesitan un tiempo para adaptarse emocionalmente al impacto de una experiencia extrema. Al principio la necesidad de sobrevivir puede impedir pensar mucho en lo sucedido, pero cabo de algunos días y sobre todo al cabo de algunas semanas, pueden aparecer las primeras *reacciones de duelo.* Estas se producen cuando se hace balance de lo perdido, cuando se empieza a asumir la realidad de las pérdidas (de vidas, si las ha habido, de aspectos materiales, de recuerdos, del lugar de trabajo, de proyectos de vida…). El trabajo emocional en este momento en relación al duelo, está en relación con (1) *asumir los hechos* y (2) *permitirse a uno mismo sentirlos.* Estas son tareas que sólo la propia persona puede hacer.

Se habla con frecuencia de que existen *síntomas de traumatización* (ver cuadro 2). Este tipo de sensaciones son normales, esperables y no significan ningún tipo de trastorno mental. Igual que el cuerpo necesita tiempo para recuperarse del cansancio

Cuadro 1. Manejo emocional inmediato del trauma

1. Manténgase activo en la medida de lo posible. No deje que hagan por usted nada que se encuentre en condiciones de hacer por usted mismo.
2. Intente organizar y organizarse con otras personas afectadas. Intente ayudar a otros y sentirse útil y parte del grupo
3. Intente mantener la sensación de cuidado y dignidad personal (ropa, peinado, aspecto físico, tranquilidad frente a los demás…) y de control sobre las cosas que atañen a usted mismo (orden, pequeñas disciplinas personales…). Intente ser flexible con las circunstancias y aceptarlas y enfrentarlas tal como vienen.
4. Plantéese la situación como un reto personal.
5. Si lo necesita, exprese sus sentimientos. Escuche los de los demás cuando necesiten compartirlos.
6. Cuídese los horarios de sueño, comida y descanso. Para ayudar hay que estar en condiciones de ayudar. El ser humano en condiciones extremas a veces tiene la impresión de transformarse y no necesitar comer o dormir para salir adelante. Esto es cierto hasta un "punto de ruptura". Cuando se llega a él es mucho más difícil recuperarse. El símil es el de la "pájara" del ciclista. Cuando llega, la persona siente que se hunde. Hay que forzarse a mantener un mínimo orden y autocuidado y no sobrevalorar.
7. No se piense como "víctima" sino como "superviviente". La idea de víctima se suele asociar a la de daño y fragilidad. La de superviviente a la de resistencia. En el primer caso el pensamiento sería "Después de todo lo que estoy pasando, he quedado destrozado". En la segunda el pensamiento sería: "Después de todo lo que estoy pasando, ya puedo enfrentarme a cualquier cosa en este vida")
8. Cuando sienta que las situaciones le desbordan, aléjese un rato de ellas. Procure hacer respiraciones abdominales o alguna técnica de relajación o control muscular. Evite en lo posible pensar en las consecuencias de lo que ha ocurrido y centre sus esfuerzos en tener claridad en las tareas a realizar.

físico extremo o de una fractura, también es necesario entender este mismo tipo de respuestas como formas de la mente de procesar la experiencia y buscar un nuevo equilibrio. Necesitan paciencia y tiempo.

¿Por qué hay cosas que no recuerdo? Es posible que usted reviva la situación traumática con *recuerdos fragmentados y borrosos* o con sensación de caos. Suele ser lo habitual y es bueno aceptarlo así y no pretender reconstruir una historia ordenada en su mente cuando lo ocurrido fue caótico. En ocasiones algunas *imágenes* aisladas pueden haber quedado especialmente grabadas en la mente. Suelen ser imágenes de algo absurdo, horroroso o desconcertante o de algo que nos hizo sentir culpables. Con el tiempo desaparecerán. Suele ser recomendable no evitarlas, sino mantenerlas en la mente aguantando la ansiedad que puedan generar, hasta derrotarlas.

¿Es bueno narrar las cosas? Mucha gente le dirá que hablar de lo que le ha pasado es bueno. Por lo general suele ser así, pero no siempre. Muchas veces la persona que ha vivido una situación extrema tiene la impresión de que no hay palabras para contar el horror que ha vivido. O de que los demás no podrán nunca entender por lo que está pasando, y sentirse mal al tener que responder preguntas. *Dos de cada tres personas necesitan poner palabras y compartir las situaciones traumáticas y eso les ayuda, pero el resto no lo sienten necesario o sienten que hacerlo les daña.* Muchas culturas prescriben que las emociones negativas es mejor guardarlas para uno. *Respete su propio ritmo y su cultura y actúe según lo que su interior le diga que necesita.*

Cuadro 2. El ser humano es, por lo general, resistente

Tener imágenes de lo sucedido que parecen que invaden su mente, o tener pesadillas, tener una sensación de embotamiento o distanciamiento emocional, evitar determinadas circunstancias o notarse permanentemente tenso a ansioso son reacciones perfectamente normales en contextos como los que usted puede estar viviendo.

Estas reacciones no deben etiquetarse como síndromes psiquiátricos (estrés postraumático u otros). La mayoría de la población los tiene al principio y lo anómalo y preocupante sería precisamente no tenerlos. Al cabo de un año han desaparecido en la gran mayoría de personas, lo que indica que por lo general tenemos recursos emocionales y capacidad para apoyarnos en otros, como para superar las situaciones extremas.

Acepte estos síntomas como lo que son: *intentos de su mente por dar sentido a lo que pasa, por protegerse y por recuperar el equilibrio. Con el tiempo irán desapareciendo.*

No use psicofármacos o sólo de modo puntual si es necesario porque algún síntoma le molesta mucho y no le permite funcionar con normalidad o porque un médico se lo prescribe. A veces se necesitan hasta dos años para realizar las tareas que conlleva el duelo por una pérdida y eso es parte del proceso de la vida, y a veces se necesitan de seis meses a un año para que el cuerpo recupere el equilibrio después de una amenaza extrema y desaparezcan los síntomas de alarma o de miedo y embotamiento, y eso es parte también del proceso de la vida. Apóyese, sobretodo, en la gente que quiere y que le quieren. Si, pese a todo, siente que las cosas le desbordan, busque ayuda profesional.

Si opta por no compartir la experiencia y con el paso de los meses ve que los hechos vividos dan vueltas en su cabeza de cuando en cuando y que no puede pasar por ellos sin sentirse mal, quizás sea hora de plantearse la necesidad de poner palabras a lo que vivió. Esto puede hacerlo escribiendo, dibujando o hablando con personas cercanas. Valore la posibilidad de un apoyo profesional.

El cuadro 3 recoge algunos elementos que permiten afrontar a medio término las situaciones extremas.

Culpa. Es muy frecuente, tras un acontecimiento extremo, tener vivencias de culpa. Cada persona puede sentirse culpable por razones únicas y que los demás no pueden ni siquiera entender. Las culpas son, muchas veces, aparentemente ilógicas. La culpa en ocasiones en útil porque nos permite asumir y recordar errores que cometimos o porque nos indica el afecto que nos une a los otros. Pero en otras se convierte en una angustia intensa que no es útil y puede llegar a bloquearnos. Si ese es su caso, el cuadro adjunto es una guía para reflexionar sobre esas vivencias de culpa tras la catástrofe. Piense cuáles de estas cosas pueden ser aplicables en el caso de usted.

Atención a niños y jóvenes. Ante situaciones de emergencia, sobre todo si éstas se prolongan en el tiempo, los niños pueden presentar signos de afectación emocional. Pueden aparecer signos como volver a mojar la cama, una disminución del interés en el juego, juegos violentos o que reproducen la catástrofe, comportamientos propios de un niño de menos años (como chuparse el dedo, hablar como un bebé, tener pataletas inmotivadas o actuar, en general, como si se tuviese menor edad), negarse a volver a la escuela y a separarse de la madre, el padre u otros adultos cercanos, o presentar comportamientos no habituales en él en la escuela o el hogar (como pegar a otros niños, aislarse y no querer hablar con nadie u otros).

Es importante entender que se trata de reacciones normales y que se irán normalizando. Eso no significa que no se le de importancia. Hay que darse cuenta y poner en marcha estrategias (ver cuadro 5). La primera regla que debe tenerse presente es

Cuadro 3. Manejo emocional a medio término de las vivencias postraumáticas

- Los hechos extremos con frecuencia nos cuestionan la manera de ver el mundo. Quizás se vivieron cosas que le hacen a uno preguntarse respecto a la seguridad y el peligro en el mundo, la bondad y el altruismo en el ser humano o la posibilidad de confiar en otros. Es importante intentar mantener visiones realistas y no permitir que lo vivido domine todo: el mundo es a veces inseguro, pero hay que vivir con eso, algunas personas actúan mal en determinados contextos o no es posible confiar en ellas. No todas las personas reaccionan igual y quizás esas mismas personas (o nosotros mismos) en otra situación reaccionaríamos de manera opuesta.

Ninguna estrategia es universal, pero suelen ser estrategias que se han mostrado útiles en la mayoría de la gente:

- Enfrentar cuanto antes los miedos. Miedo a conducir, a salir por la noche, a nadar, a tener relaciones con otras personas… No hay que forzar nunca las cosas, pero los miedos, cuanto más tiempo pasa, más se consolidan y se asumen como irreversibles. Es bueno proponerse como tarea ir progresivamente enfrentándolos.
- Potenciar la curiosidad y el aprendizaje sobre uno mismo a partir de la experiencia vívida. Abrir espacios que permitan explorar los límites de uno mismo.
- Aceptar que contra o no los hechos es una decisión personal. Es falso pensar que "las cosas tarde o temprano tienen que salir"
- Pasado un cierto tiempo las personas a nuestro alrededor pueden estar agotadas de escuchar la narración y, sin querer, evitarnos. Es comprensible y sano, y no hay que verlo como un rechazo, sino como un signo de saturación y agotamiento que nos debe hacer pensar.
- Cuando alguien nos cuenta lo que le ha pasado, no suele ser útil decir frases del tipo "le entiendo" o "imagino por lo que está pasando". La experiencia de cada persona es subjetiva y particular y estas frases pueden hacer sentir al otro precisamente lo contrario de lo que se dice. Si es bueno remarcar, en cambio, el deseo de estar con el otro en ese momento difícil.
- Frases como "hay que olvidar lo que sucedió", "la vida continúa" o "hay que pasar página" no suelen ser útiles. El objetivo no es hacer que las cosas nunca ocurrieron o que pueden ser olvidadas, sino asumirlas y vivir con ello como algo que es una parte importante de nuestra vida a la que se ha hecho frente.
- En la vida hay cosas absurdas. No tiene sentido intentar razonar el absurdo. El absurdo es parte de la vida y hay que tomarlo como tal.
- Cuando no son ofensivos para la gente que nos rodea, el uso del humor (incluso el humor negro) es una buena forma de resistencia.
- Es importante intentar buscar un sentido al sufrimiento. Este puede ser un sentido político, social o incluso religioso. En otros es simplemente humano (poder dar testimonio o volver a ver a los seres queridos). Las personas que encuentran una significado a su sufrimiento enfrentan mejor las situaciones adversas y son más resistentes.
- Intentar buscar aspectos positivos de la forma en que se enfrentó la experiencia y de la respuesta de los demás.
- Aceptar el derecho al resentimiento y la rabia y controlarlas cuando no es posible hacer nada, o dirigirlas de manera útil y adecuada cuando sí lo es (p.e. a través de acciones legales y de búsqueda de justicia, movilización política o social o acciones reivindicativas). Evitar responder a la violencia con violencia y mantener una ética en las acciones que canalicen la rabia

- Controle usted a la prensa y no permita que la prensa le controle usted. De su testimonio público contando lo que crea que deba contar. Piense antes de hablar qué es lo que quiere decir. Rechace que le tomen fotos o le graben cuando en éstas no va a mantener su dignidad de ser humano (aspecto, estado, circunstancias…

Cuadro 4. Manejo de la culpa después de emergencias y catástrofes

1. Las personas suelen juzgar cómo se comportaron en los momentos críticos como si en aquel momento tuvieran todos los elementos para decidir que se fueron sabiendo más tarde. Muchas de las cosas que ocurrieron (de donde venía la amenaza, que hacía la mayoría de la gente, qué se debía hacer…) las supieron sólo después de que todo ocurriera. Las personas, además, se juzgan por lo general como si hubieran decidido conscientemente, con calma y con tiempo. La realidad es que generalmente se decide por intuiciones, bajo presión emocional y sin tiempo. *Júzguese por cómo eran las cosas y lo que sabía en ese momento, no por lo que ocurrió, lo que intuye que sabía pero en realidad no sabía, o por lo que ha sabido después.*
2. La mayoría de decisiones en contextos de crisis son dilemas imposibles. Hágase lo que se haga y decídase lo que se decida, se pierde. Si se salva a una persona, se pierde otra. A veces hay que tomar decisiones muy dolorosas y difíciles. Es bueno tener claridad respecto a que *cualquier decisiones conlleva riesgos y pérdidas. Se trata casi siempre de dilemas en que en cualquier caso se va a perder y hay que tener la fortaleza de asumirlo*
3. El azar tiene un papel determinante en nuestras vidas. Al ser humano le cuesta extraordinariamente aceptar esto y suele tener la creencia de que controla o de que podía controlar todo. Aceptar que hay cosas que simplemente dependen del azar es un elemento de sabiduría y resistencia.
4. No debe confundirse culpa con responsabilidad. *Para salir fortalecido de una experiencia extrema es bueno asumir la responsabilidad de nuestros errores, si los hubo.* Pero exactamente la que nos corresponde y sin olvidar que todo ser humano tiene derecho a cometer errores y a ser perdonado y perdonarse por ello. Hay muchos factores que influyen en una pérdida que es imposible controlar.

que los niños son el reflejo de los adultos que les rodean. Unos cuidadores que transmiten tranquilidad y seguridad tendrán niños o adolescentes por lo general tranquilos y confiados. Unos cuidadores angustiados, que gritan, pegan o discuten tendrán hijos asustados, ansiosos o agresivos.

Si además ha fallecido alguien, puede aparecer tristeza y aislamiento, creer que el ser querido aún continúa vivo y preguntar por él o buscarlo, o reacciones de rabia, expresadas a través de romper juguetes, irritabilidad, golpes, patadas hacia otros miembros supervivientes de la familia o similares. En ocasiones aparecen sentimientos de culpa ante el hecho y el niño puede llegar a fantasear con que el adulto falleció porque él se portó mal o hizo algo erróneo. Estas reacciones, que son habituales, pueden ser orientadas y canalizadas adecuadamente por los padres, maestros u otros adultos significativos para el niño, sin necesidad de hacer intervenir al psicólogo o a cualquier otro especialista. Se trata de hablar o jugar con el niño en actividades que le permitan expresar simbólicamente cómo se siente y sobretodo darle tiempo, entendiendo siempre que estas reacciones son naturales luego de una situación de catástrofe. Serían síntomas de alarma el que

estos síntomas se mantuvieran durante períodos prolongados de meses después de la catástrofe, sin que se observe ninguna mejoría.

El cuadro 5 recoge algunos elementos prácticos para la atención psicológica a niños en emergencias.

TÉCNICAS DE APOYO EMOCIONAL

1. *Escucha activa.* Escuchar en el contexto de una situación de trauma o pérdida es algo más que conversar con el otro. Hay algunos elementos que deben conocerse y que hacen que esa conversación sea especialmente útil para el otro. Es lo que se denominan habilidades básicas de escucha o técnicas de escucha activa y pueden ser practicadas por cualquier persona. Las reglas básicas de la escucha activa son:

- Si la persona está manifiestamente aturdida, mantener una *actitud afectuosa, pero firme,* orientándola con frases cortas y claras sobre lo que debe hacer.
- Si no es así, ofrecer *ayuda práctica* (café, comida, buscar a alguien, un teléfono…)., pero favorecer que la otra persona haga por si misma todo aquello que esté en condiciones de hacer (es preferible indicarle donde se consigue la comida y en todo caso acompañarle hasta allí, que ir a buscar la comida por él…)
- Escuchar las demandas del otro si las hay. Ser *sincero y franco*. No prometer cosas que no se pueden cumplir, llevados por la tensión del momento.
- *Dar una explicación de lo que ocurre* (ansiedad, cansancio, dar muchas vueltas a todo, sentirse embotado, sin hambre, con ganas de llorar...) como reacciones normales y esperables ante todo lo que está ocurriendo..
- Si no es una persona o familiar cercana y es alguien a quien apenas conocemos, una vez establecido el diálogo y una cierta confianza, buscar algún modo de *presentarse,* darle el nombre o cualquier otro dato que nos permita identificarnos. Hacerlo como algo natural.
- Mantener esa *actitud tranquila y natural* durante toda conversación, evitando dar la impresión de un interrogatorio o de una "entrevista".

Dejar siempre *que sea el otro el que hable. No interrumpir la narración. Dejar y estimular que haya silencios y ser capaces de aguantarlos por largos que sean*. Acompañar a alguien no es lograr estar hablando todo el tiempo, ni tener la frase exacta que hay que decir. Es más importante, muchas veces, ser capaces de respetar los silencios con naturalidad.

- Indicar a la otra persona que *estamos atentos a todo lo que dice* con nuestro rostro, nuestra postura. El otro ve que estamos a su lado y que el relato también nos afecta porque lo demostramos con la actitud, pero sin hablar.
- Se habla de "parafrasear" como de repetir las últimas palabras que ha dicho el otro para ayudarle a seguir hablando sin necesidad de preguntarle o de dirigirle.
- No preguntar detalles. Lo importante es que el otro pueda *expresar emociones y sentimientos, no que cuente en detalle o de manera precisa los hechos.*
- Permitir que el otro llore si lo necesita. No insistir en que "es bueno llorar" o expresiones similares. Dejar que la propia persona decida lo que es bueno o no…
- Si no es una persona conocida, *evitar el contacto físico* (abrazo, tomar las manos, acariciarle etc), a no ser que el otro explícitamente lo pida. Hacerlo espontáneamente, aunque bien intencionado, puede en realidad confundir y avergonzar al otro. Existen, además, elementos culturales que podemos estar perturbando.
- *No juzgar ni opinar* en ningún momento respecto a si el otro hizo las cosas mal o se equivocó. Cualquier comentario aparentemente sin importancia puede generar vivencias de culpa posteriores.
- Estar atentos o preguntar directamente por *posibles elementos de culpa* si la persona los insinúa. Es útil la intervención precoz para atajar este tipo de elementos (ver cuadro 5)

Cuadro 5. Apoyo emocional a niños y adolescentes en contextos de catástrofes

1. *Es bueno que los niños participen de todos los actos familiares,* incluidos velatorios o entierros. Debe protegérseles únicamente de imágenes muy impactantes (cuerpos mutilados, imágenes de algún familiar cercano con el rostro desfigurado etc). De no darse esta circunstancia, es bueno que puedan ver, preguntar y estar.
2. *Es necesario hablar con los niños de lo que ha pasado* y de lo que está ocurriendo. Buscar un espacio de tiempo y una cierta tranquilidad para escuchar a las niñas y niños y que éstos hagan preguntas. Hay que evitar las situaciones en que todo el mundo se queda callado de golpe cuando entra una niña o un niño.
3. *La conversación con un niño puede hacerse directamente* (que hable de lo que pasa por su cabeza, de las pesadillas, reconstruir la historia de lo que recuerda....) o *a través de dibujos, de plastilina etc* y hablar después con él de lo que significa lo que dibujado o moldeado.
4. *En catástrofes de gran magnitud son absolutamente prioritarios los programas de localización y reunificación familiar,* acorde a los protocolos internacionales existentes.
5. Los padres deben dar seguridad al niño hablando con él, abrazándole, calmándole cuando esté inquieto. Si el niño percibe a los padres preocupados, pero manteniendo la calma, los hijos estarán también tensos, pero calmados.
6. Es necesario *entender* pero *no consentir las actitudes de violencia* contra los demás. Conviene hablarlo manteniendo la calma e ir poniendo límites si se reproducen. Es un mito que la violencia (por ejemplo golpear una almohada o dar patadas a una puerta) sea buena porque sirva para descargar la agresividad y la rabia. Lo que ocurre es justo lo contrario: esta aumenta aún más.
7. Es muy importante hacer todo lo posible por *normalizar la vida del niño* en el menor espacio de tiempo posible: recuperar rutinas y hábitos (baño, horas de comida, ir a escuela, realizar actividades de deporte, reencontrar a amigos...).
8. *Estar especialmente atento a los adolescentes.* En muchos contextos habrán actuado como pseudo-adultos y pueden, por ello, haber sido testigos de imágenes muy traumáticas o de atrocidades. Los niños pequeños superan de modo espontáneo la mayoría de situaciones traumáticas mejor que los adolescentes. Entre los 11-12 y los 16-17 años es la edad del ciclo vital en la que los hechos de la vida diaria tienen un impacto mayor a largo término porque la catástrofe o la violencia inciden en una etapa de enfrentarse a las grandes preguntas de la vida. Es necesario detectar actitudes de apatía o desinterés, de aparente abandono, actitudes violentas o, en los mayores, de consumo de drogas, indicadoras de sufrimiento y malestar psicológico etc. y poder hablarlo.

- Destacar de manera sincera y honesta, las *fortalezas* demostradas por la persona hasta el momento. Enfatizar los elementos de *solidaridad,* el apoyo brindado entre las personas, el ejemplo que constituye frente a la adversidad y la desgracia.
- Intentar evitar en lo posible términos con connotaciones negativas o de cierta irreversibilidad como “trauma”, “secuela” o “víctima”.

Apoyo telefónico. Un caso especial es el de la entrevista telefónica de apoyo (*hot line o línea 24 horas).* El cuadro 6, pensado para profesionales, detalla cómo abordar una entrevista de apoyo telefónico.

2. *Apoyo emocional en grupo: debriefing.* Durante los últimos años se ha puesto de moda el apoyo emocional en grupo tras una catástrofe o *debriefing*. Esta técnica consiste, esencialmente, en buscar un espacio grupal con un facilitador para poder compartir colectivamente los hechos que se han vivido, el modo en que se

Cuadro 6. Fases de la entrevista telefónica

Características que ha de cumplir toda línea de apoyo.

- *Atención continuada durante 24 horas* en las fases iniciales de la catástrofe para poder funcionar más adelante al menos durante 12 horas. Para ello se ha de contar con un grupo amplio de colaboradores que cumplan turnos de siete u ocho horas. Las llamadas deberían ser *gratuitas* para asegurar la máxima accesibilidad, y han de poder realizarse tanto desde teléfonos públicos como privados incluso sin tarjeta telefónica. Han de contar con personal capacitado para responder al mayor número de demandas posibles y para saber detectar las demandas de atención emocional que puedan aparecer enmascaradas detrás de temas aparentemente de tipo práctico. Es clave una *estrategia de divulgación* (tv, radio, prensa, carteles publicitarios...)

- Recopilación de toda *la información-clave*: centros de atención de referencia tanto de apoyo psicológico como médico, localización de los hospitales de campaña, clínicas , ambulancias, centros de acopio...

Pautas para la entrevista

Fase 1. En caso de no tener un localizador de llamadas, pedir algún dato por si se corta la llamada y es necesario solicitar una intervención de urgencia a domicilio (nombre al que dirigirse, dirección, teléfono). Explicar a la persona la razón de pedirle los datos y el carácter confidencial de estos. Si se dispone de localizador de llamadas, apuntar los datos en un registro

Fase 2. De escucha y clarificación de la demanda:

Esta es una de las partes más importantes porque de ella va a depender en la mayoría de ocasiones cómo transcurra el resto de la entrevista. Generalmente la persona que accede a la línea estará nerviosa y podrá tener sentimientos de enfado, cólera, tristeza o rabia... Debe realizarse una escucha empática tal y como se ha indicado más arriba, que trate de reconocer esos sentimientos y que permita al que llame expresarse y sentirse escuchado. Esto permite reducir la intensidad de las emociones y reorientar la energía del que llama a la búsqueda de soluciones.

Emplear un *tono de voz* tranquilo que transmita interés, pero a la vez infunda calma. Hable con claridad y deje claro que usted tiene todo el tiempo que sea necesario para escuchar al otro.

Fase 3. Confirmar que la persona ha hecho bien solicitando ayuda ("Ha hecho bien en llamar...")

Fase 4. Exploración de lo que ocurre:

- *Determinar la urgencia* de la demanda, si la persona corre riesgo vital (p.e. ideas de suicidio, intoxicación…)
- Atender *los aspectos prácticos* de ayuda, preguntando por el estado emocional si la persona hasta ahora no ha dicho nada pero hay indicios por la voz o lo que dice de que pueda necesitar apoyo
- Ante una petición de apoyo emocional averiguar si la persona está sola o cuenta con apoyos sociales o familiares, la posibilidad de que contacte con personas cercanas.... Animarle a buscar apoyos.

Fase 5. Resolución:

- *Suministrar la información* requerida.
- *No hacer por teléfono intervenciones de "psicoterapia" o de discusión a fondo de problemáticas personales*, por el riesgo que conllevan al no tener ninguna posibilidad de contención emocional si las cosas van mal. La tareas es recoger las emociones y ayudar con escucha empática. Derivar a urgencias o envío de personal de apoyo a la casa (ambulancia…) si la situación es compleja.
- Ofrecer siempre la posibilidad de *repetir la llamada* en caso de que se encuentren mal.

Cuadro 7. Indicaciones del debriefing tras catástrofes

El *debriefing* estará indicado en personas que (a) demandan apoyo o reconocen la necesidad del mismo (por tanto están motivadas y creen ellas mismas que necesitan hablar de lo ocurrido) (b) no encuentran ese espacio en otros afectados, familiares o amigos hay una respuesta de su medio habitual (c) se centra más que en los hechos, en las reacciones y sobre todo en hacer un trabajo ordenado y sistemático para entender y canalizar las emociones de cada uno y brindar apoyo mutuo desde la experiencia y las emociones compartidas.
Existen otras técnicas de trabajo grupal que no centran su intervención en hablar de los hechos, sino en darles lógica (p.e. en el contexto de guerra o violencia política) y buscar estrategias para enfrentar colectivamente la situación. Estas estrategias de fortalecimiento grupal que están más centradas en la cohesión del grupo que en los hechos si pueden tener pleno sentido.

reaccionó y las emociones sentidas por cada persona, en un intento por hacer psico-educación y normalizar estas reacciones. En la actualidad *la Organización Mundial de la Salud desaconseja el uso de estas técnicas con los supervivientes de una catástrofe* y restringe su uso al trabajo de prevención de desgaste con profesionales (bomberos, personal paramédico y de ambulancias u otros).

No es adecuado sentar en grupo a hablar a todas las personas que estaban presentes en el momento de la catástrofe sin tener en cuenta que hay diferentes maneras de vivir la experiencia, diferentes necesidades de contar y de escuchar y diferentes modos de enfrentarlo posteriormente. Un grupo en que no se cuidan estos detalles será, para algunas personas, simplemente un espacio de morbo o exhibicionismo, mientras que para otras habrá un riesgo elevado de traumatización al verse obligados a escuchar el relato de aquello que les ha tocado vivir a otros.

MÁS ALLÁ DE LA EMERGENCIA: ENFOQUE PSICOSOCIAL EN CATÁSTROFES

Cuando se habla de aspectos emocionales de las catástrofes se suele pensar en las reacciones después de la catástrofe o en los días siguientes. La mirada debería empezar mucho antes y seguir mucho después. Aunque no es objeto de éste manual, desde una mirada psicosocial habría que pensar en otros momentos posibles de una catástrofe durante los cuales es posible trabajar. Especialmente en las tareas de prevención, en que los vecinos o la comunidad pueden organizarse, detectar los riesgos potenciales y establecer sistemas de prevención de la catástrofe, en los procesos de reconstrucción posterior, donde deben hacer oír su voz y ser en la medida de lo posible, los principales actores del proceso, o en las tareas de *Reparación y de Memoria histórica,* como modos de integrar lo ocurrido dentro del conjunto de la historia colectiva de la comunidad afectada.

ACOMPAÑAMIENTO A VÍCTIMAS: CREACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOSOCIAL PARA EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA CATÁSTROFE COLECTIVA

Un programa de carácter psicosocial para enfrentar una catástrofe colectiva de grandes dimensiones en un país con un sistema de sanidad pública debería tener una mirada a largo término que, a tenor de todo lo dicho hasta ahora, primara los aspectos relacionados con el acompañamiento comunitario de las víctimas directas e indirectas por un encima de un enfoque psiquiatrizante.

Atención psicológica – psiquiátrica a medio y largo término en catástrofes colectivas. Por todo lo dicho con anterioridad en secciones anteriores de este capítulo, se infiere que las catástrofes colectivas tienen un impacto emocional importante en

el conjunto de la población, pero que se trata de reacciones generalmente breves, y en todo caso normales ante situaciones extremas. La mayoría de la población tiene recursos personales o del entorno suficientes para enfrentarlas. Experiencias previas muestran que los enfoques clínicos, basados en el uso de diagnósticos psiquiátricos son completamente inadecuados para el trabajo en catástrofes colectivas y la Organización Mundial de la Salud está claramente posicionada en contra. Este tipo de planteamientos contribuyen a *medicalizar la realidad y a dar una imagen de enfermedad o de epidemia colectiva que no es real*. La atención psiquiátrica debe reservarse como un recurso especializado para casos muy puntuales de personas que no puedan enfrentar las consecuencias emocionales por sí mismas o con el apoyo de la gente a su alrededor.

Equipo de acompañamiento. La experiencia de trabajo en múltiples países ha mostrado que son más eficaces *los enfoques comunitarios de tipo pro-activo*. Para ello es necesario hacer algún tipo de registro de afectados (por nombres, por familias o por zonas) y constituir un equipo de acompañamiento multidisciplinar que atienda a los afectados acercándose a ellos y no esperando a que ellos vayan a buscar al equipo. Un equipo de acompañamiento se encarga de garantizar que las personas estén informadas de los procesos en marcha y las ayudas, detecta a las familias o personas con problemas especiales, da seguimiento y mantiene contacto permanente especialmente alrededor de aniversarios o momentos críticos, estimula las redes de apoyo de la comunidad o las redes de apoyo entre afectados, garantiza desde el principio el respeto a las necesidades de las víctimas y su proceso de recuperación (protección de la exhibición morbosa del daño, atención a los mensajes que se difunden, tratamiento informativo y su influencia en los familiares, cuidado de que las gestiones y ayudas en el campo legal o económico respeten la voluntad y la dignidad de las personas a las que se pretende ayudar, etc.).

Acciones durante el primer mes. Cada contexto es distinto y no pueden definirse tareas que sean universales para todas las catástrofes. Algunas muy básicas de carácter general serían:

- Elaboración de una primera base de datos de afectados, con adecuada protección de los datos y respeto a la intimidad (ver más adelante acciones de seguimiento a medio término).
- Capacitación de personal de primera línea (médicos de Atención Primaria, trabajadores sociales) susceptibles, por la zona geográfica en la que están, de recibir a personas afectadas o a sus familiares.
- Inicio del trabajo de visitas de las personas en mayor riesgo o vulnerabilidad (ver más adelante en seguimiento a medio término).
- Promover la coordinación entre todos los dispositivos proveedores de ayuda práctica inmediata (legal, respuestas institucionales, servicios de salud, ayudas económicas, etc.).
- En determinadas circunstancias, grupos de elaboración emocional con los trabajadores que estuvieron implicados en las tareas de rescate u otros colectivos profesionales afectados, garantizando las condiciones para que estos sean útiles, según lo indicado más arriba, con seguimiento posterior de las personas participantes.

Seguimiento a medio término de los afectados

Articular los elementos prácticos e instrumentales con componentes de carácter más psicológico o psicosocial. Son especialmente básicos en este momento para los familiares: mantener el derecho a la intimidad, servicios ágiles de información, acciones coordinadas de servicios sociales, seguros e indemnizaciones, información y simplificación de trámites de peritaciones y pruebas de reconocimiento pendientes, gestiones con embajadas y con familias en

el extranjero que aún no hayan podido desplazarse etc.

Trabajo Pro Activo

A partir del registro de afectados directos e indirectos y delimitando los núcleos de actuación en función de los recursos y capacidades disponibles, iniciar un proceso de contacto directo activo con los afectados, es decir, a través de pequeñas reuniones, de llamadas de teléfono y/o, en algunos casos, visitas a domicilio. El primer contacto debería hacerse lo más cerca posible de la catástrofe, aunque sólo para establecer un primer vínculo. En este contacto inicial debería , al menos:

- Asegurarse de que los afectados conocen adecuadamente los recursos a su disposición, incluyendo los emocionales y de salud mental.
- Proveerles de personas de contacto, con nombre y teléfono, para resolver cualquier duda o problema.
- Hacer un primer despistaje de personas con afectación emocional severa.
- Hacer una intervención preventiva, con material (trípticos, folleto u otros) preparado para esta circunstancia, dando información básica de salud sin usar nombres de diagnósticos que pueden causar una alarma innecesaria, y poniendo el énfasis en brindar consejos que pudieran ser útiles, dando información adicional sobre dónde acudir o llamar si fuera necesario.
- Consolidar la noción de pertenencia a grupo y estructurar redes informales o formales de apoyo entre afectados, fomentando la participación de todos aquellos que deseen colaborar en acciones a medio o largo término. Buscar un equilibrio buscando romper el aislamiento y estimular las redes naturales, evitando crear dependencia o victimizar a las personas supervivientes.
- Atención especial a grupos de riesgo: Personas con menor apoyo social o familiar, discapacitados graves, personas que han tenido problemas psicológicos previos graves, personas con dificultades culturales añadidas (especialmente inmigrantes sin documentos), personas con duelos múltiples o personas con indicadores de riesgo familiar.

Aspectos psicosociales y comunitarios

Entre los aspectos comunitarios a abordar por el equipo cabe, al menos, destacar:

- Análisis del impacto en escuelas. Suministro de materiales y guías conceptuales para maestros y apoyo técnico para que puedan desarrollar actividades pedagógicas con niños.
- Facilitar el acceso a los medios de comunicación de información adecuada y respetuosa con la dignidad de las víctimas.
- Organización y preparación de eventos conmemorativos y actos comunitarios de recordatorio. Apoyo a actos de memoria histórica
- Atención especial a aniversarios etc. Rescate de formas de apoyo mutuo (llamadas de teléfono, visitas entre afectados de distintas zonas…)
- Libros con recuentos. Recordar y reforzar las formas de reinterpretación positiva de los hechos traumáticos a nivel comunitario: recuerdos de la solidaridad, las respuestas ciudadanas de altruismo y apoyo mutuo, las manifestaciones. Elaboración de materiales simbólicos para familiares y para el conjunto de la sociedad.

Dependiendo del tipo y las dimensiones de la emergencia, el trabajo del equipo de acompañamiento psicosocial debería prolongarse durante al menos un año prorrogable a un segundo.

RESUMEN

Una catástrofe implica un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. En el impacto de cualquier catástrofe,

sea del origen que sea, influyen de forma decisiva factores humanos y de toma de decisiones. El impacto de una catástrofe depende directamente de los denominados factores de vulnerabilidad y de resistencia a las catástrofes. Desde una mirada psicosocial, para enfrentar las catástrofes colectivas, es necesario: (1) *Prevenirlas*, viendo los familiares y vecinos los factores de riesgo y vulnerabilidad existentes en su zona y actuando de manera colectiva y organizada frente a ellos y (2) Creer en las propias capacidades para enfrentar las situaciones y *asumir un papel activo*, evitando el victimismo y la dependencia.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra. (Descargable de la web oficial de la IASC y de www.psicosocial.net). Constituye hoy por hoy el texto de referencia en atención en salud mental y psicosocial del sistema de Naciones Unidas, del sistema internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y de las grandes redes de ONGs que trabajan en catástrofes.

Perez-Sales P (2007). Trauma*, culpa, duelo: Hacia una psicoterapia integradora.* Ed Desclee de Brower. Bilbao. Manual de autoformación en psicoterapia de situaciones traumáticas que amplía y profundiza en muchos de los conceptos expuestos en este capítulo.

www.psicosocial.net, web del Grupo de Acción Comunitaria, dispone de abundante material complementario sobre atención psicosocial en situación de emergencias y catástrofes.

5.15. Violencia de género[a]: detección e intervención en salud mental comunitaria

Cristina Polo Usaola

¿ES NECESARIA LA DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL?

A pesar de que numerosos estudios ponen de manifiesto que las mujeres maltratadas por su pareja acuden con más frecuencia que la población general a los servicios sanitarios, particularmente a Atención Primaria, a Servicios de Urgencias y a Servicios de Salud Mental, existen evidencias de que en un importante número de casos el hecho pasa desapercibido produciéndose lo que se denomina victimización secundaria. Algunos estudios que han comparado frecuencias de maltrato previas y posteriores a la introducción de instrumentos de detección muestran que los profesionales sanitarios sólo identificamos entre un 5 y un 17% de las situaciones de este tipo maltrato[2-4].

Esta dificultad en la detección de la violencia de género se relaciona con numerosos factores relacionados con la propia dinámica del proceso, con las consecuencias específicas que el maltrato produce en la salud mental de las mujeres y con el sistema de creencias en torno al tema por parte de los profesionales implicados.

Con respecto a las dificultades en las mujeres victimizadas, en las primeras fases es frecuente la falta de reconocimiento y naturalización del abuso. Más adelante, aunque la mujer sea consciente de ser abusada, es habitual que muestre resistencias a comentar su situación con el profesional sanitario. Estas resistencias se relacionan, entre otros factores, con la justificación que hacen del comportamiento de sus parejas y con la vergüenza y la culpa que les produce ser maltratadas. Además, las mujeres pueden sentir miedo a posibles represalias del agresor. La propia dinámica del maltrato suele provocar en ellas desestabilización, confusión y ambivalencia, lo que les lleva a soportar situaciones extremas, a veces manifestando "amor" al agresor y deseos de ayudarle. En los profesionales, el hecho de que ellas justifiquen al agresor, se mantengan en la relación y la ambivalencia en el relato, produce dificultad para entender el proceso. Hay que recordar que más allá de la evidencia de lesiones físicas, existen violencias simbólicas que son inculcadas socialmente y que han sido asimiladas por personas e instituciones y que pueden contribuir a que los profesionales invisibilicemos este tipo de abusos.

Desde nuestro punto de vista, tanto en esta primera fase de detección como en la intervención resulta imprescindible tomar conciencia de nuestro sistema de creencias y prejuicios relacionados con el tema. Una dificultad es la no consideración de la variable "género" y "poder" en el diagnóstico. El desconocimiento de la construcción de los géneros y su relación con problemas relacionados con los vínculos abusivos produce riesgo de malas intervenciones. Otra dificultad se vincula al hecho de que algunos

---

[a] En este capítulo hablaremos de violencia de género entendiendo como tal el concepto que se definió en septiembre de 1993 por la Asamblea General de Naciones Unidas. En ella se usó el término "violencia de género o violencia contra las mujeres", para referirse a "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada"[1]. Dicha definición ha sido referente mundial en los estudios e informes sobre violencia contra la mujer.

profesionales consideran que la detección, intervención y el tratamiento de la violencia familiar no es un tema sanitario. Así lo muestra un estudio reciente realizado en 322 profesionales de Salud Mental que encontró que para un 19% de participantes, la violencia de género no era un problema de salud[5].

Otros profesionales piensan que están incapacitados para poder orientar y tratar estos problemas y/o que no tienen suficiente tiempo para hacerlo. También se añaden actitudes defensivas ante el temor de que las víctimas realicen "acusaciones falsas" y los fenómenos contratransferenciales movilizados.

Otro aspecto importante a considerar se relaciona con la forma en que se ha abordado el maltrato desde diferentes modelos teóricos. Así, durante varias décadas numerosos autores señalaron que el masoquismo femenino jugaba un papel fundamental en la génesis y el mantenimiento del maltrato. Las aproximaciones tradicionales sistémicas también consideraron inicialmente que el abuso físico o sexual cumplía un papel en el mantenimiento del sistema familiar, que cada miembro participaba activamente en perpetuar esta disfunción familiar y que la violencia contra las mujeres sólo ocurría en sistemas familiares caracterizados por estructuras relacionales disfuncionales[6].

Desde nuestro punto de vista, y de acuerdo con otras guías de práctica clínica, en el momento actual dada la alta frecuencia de mujeres que sufren este tipo de violencia es recomendable que en las historias clínicas se incorpore de forma rutinaria la evaluación del tema a todas las mujeres que se atienden en nuestras consultas[7].

¿ES DIFERENTE LA INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO A OTROS TIPOS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL?

Algunas reflexiones

En el análisis de la génesis y el mantenimiento del maltrato no debemos olvidar que el ser víctima de agresión por parte de alguien al que uno ama o amó añade una confusión y una dificultad de situarse como víctima que no se produce en otro tipo de agresiones. En esta línea, pensamos que hay que reconsiderar los conceptos de "neutralidad", "secreto" y "privacidad". En el caso de la violencia de género, las situaciones pueden perpetuarse si el contexto externo las legitima pudiendo producirse situaciones de sobreadaptación a la violencia que acaban deteriorando la salud mental de las víctimas.

Un error posible de los profesionales icluye la tendencia a psicopatologizar tanto a la mujer maltratada como al agresor. Tratar la violencia de género como producto de una alteración psicopatológica (campo en el cual nos encontramos más cómodos los profesionales del campo de la salud) puede llevarnos a modelos de intervención absolutamente contraindicados. Como ya ha sido documentado en diferentes lugares, este tipo de violencia es estructural, es decir, se relaciona con una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre hombres y mujeres que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. Estas diferencias estructurales legitimadas históricamente hacen que la violencia contra las mujeres tenga características diferentes a otros tipos de violencia que se producen dentro del medio familiar.

Dentro de un modelo ecológico, en los factores implicados en la violencia de género, además del componente macrosistémico citado, se incluyen elementos microsistémicos que engloban los diferentes contextos inmediatos en que se desenvuelve una persona (actividad, relaciones interpersonales y el rol) e individuales, en el cual se discriminan dimensiones psicológicas interdependientes (cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional)[8].

El ejemplo de los planes de continuidad de cuidados: posibilidad de aplicación en violencia de género

La complejidad de la violencia de género hace necesario incluir distintos niveles contextuales que abarquen desde lo intrapsíquico hasta los postulados de género sobre los que se ha organizado nuestra sociedad. Este hecho hace necesario un abordaje multidisciplinar, dinámico y coordinado entre profesionales de distintos sectores: sanitarios (de atención primaria y especializada), servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales. Dado que todos estos recursos puedan ser utilizados en uno u otro momento por personas maltratadas sería recomendable que la intervención se realizara desde un plan de continuidad de cuidados lo que evitaría la dispersión en la atención a las personas víctimas de violencia de género[9].

La necesidad de incluir la perspectiva de género en la intervención: algunos ejemplos

Si sólo consideramos la violencia como un tema individual y no un problema social que afecta a todas las mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital, distorsionaremos la intervención. Como señalábamos en la detección, consideramos que resulta imprescindible la inclusión de la perspectiva de género en cualquier intervención con una mujer maltratada. Coincidimos con Leonore Walker[10], una de las primeras psicólogas que desarrolló una línea de intervención específica para mujeres víctimas de violencia de su pareja, en que la psicoterapia tradicional debe modificarse de modo que tenga en cuenta el impacto específico del trauma y la teoría feminista. Ella sugiere una nueva intervención que denomina "Survivor therapy". Los principios más relevantes de su intervención son: la seguridad de la mujer, su empoderamiento, la validación de sus experiencias, el énfasis en sus puntos fuertes, la educación, la diversificación de sus alternativas, el restaurar la claridad en sus juicios, la comprensión de la opresión y el que la mujer tome sus propias decisiones.

Desde otra perspectiva, Susana Velázquez propone la necesidad de una capacitación y entrenamiento que articule las teorías psicoanalíticas y las de género. Ella señala que desde la teoría psicoanalítica se ha considerado constitutivo de la subjetividad femenina el deseo amoroso que tiende a que las mujeres se identifiquen profundamente con las necesidades de los otros y que está asentado sobre el ideal maternal. Sin embargo, los estudios de género señalan la existencia de otros deseos que también deben ser analizados, como el deseo de diferenciación y de ser sujetos activos en la transformación de sus condiciones de existencia. Se ha demostrado que esos deseos de diferenciación favorecen el empoderamiento de las mujeres como otra fuente de satisfacción. Los estudios de género también han ampliado las teorías de identificaciones tempranas, señalando que es probable que las mujeres hayamos construido una historia genérica en la que los modelos de identificación sean mujeres subordinadas. Este concepto de subordinación de género, naturalizado por la sociedad patriarcal e interiorizado por las mujeres necesita, según Susana Velázquez, entrecruzarse con las hipótesis psicoanalíticas de identificaciones tempranas de modo que se favorezca la detección precoz de la violencia[11].

Desde una perspectiva feminista, el grupo de Esperanza Bosch y Victoria Ferrer han desarrollado un modelo de intervención para mujeres que han padecido violencia en la pareja que denominan "modelo del laberinto". Este modelo hace referencia al entramado que representa una relación afectiva de estructura patriarcal, con la historia, cultura, mitos y creencias que comporta, en el que entrar es fácil porque viene reforzada por mandatos tradicionales de género (amor, vida familiar, cuidados, responsabilidades domésticas, etc), y del que es muy difícil poder salir sin la intervención de dis-

tintos factores favorables. El esquema que las autoras sugieren para describir el curso de actuación y pensamiento de la mujer que ha sufrido violencia por parte de su pareja, incluye las nociones de "fascinación" (cuanto mayores sean las expectativas amorosas de una mujer mayor será la posibilidad de error), "reto" (a realizar cambios en sí misma o en el otro), "confusión" (autocuestionamiento) y "extravío". Según este modelo, la psicoterapia actuaría desde dentro hacia fuera, es decir, analizaría primero la situación de la mujer dentro de la relación de abuso y ésta en el contexto de la sociedad patriarcal en el que ocurre. La prevención se realizaría en sentido inverso, desde fuera hacia dentro: a través del reconocimiento de los principios de la sociedad patriarcal se permitirá analizar las características de abuso de una relación para poder huir de ellas[12].

La reconstrucción de la identidad: un elemento esencial en la intervención

Consideramos que para entender el impacto de la violencia de género es útil entenderla como acontecimiento traumático e incorporar el conocimiento proveniente de los estudios del trauma psicológico. Centrándonos en los efectos de la violencia de género, la complejidad de los agentes que intervienen en el proceso, la disonancia que producen en el psiquismo de la mujer los confusos y contradictorios mensajes que recibe de su pareja (por ejemplo manifestaciones de amor alternando con humillación y descalificación) y las distintas distorsiones comunicacionales y perceptivas que se producen, hacen que la experiencia traumática tenga dificultades para integrarse en la identidad de las mujeres, obligándoles a un reajuste global en la manera en que se habían autodefinido hasta entonces para intentar entender lo vivido.

Por ello, como ya hemos descrito en otros lugares, consideramos que uno de los pasos fundamentales en el trabajo terapéutico es ayudar a la mujer a la reconstrucción de la experiencia traumática con el fin de que pueda entender los mecanismos usados por su pareja y el efecto que éstos tuvieron en el significado que ella dio a sus vivencias, emociones y definiciones de sí misma y a sus relaciones con el agresor y con el mundo[13]. El fin último sería conseguir la integración de la experiencia traumática en su identidad, reconstituyéndose así una identidad que va a contar con elementos que antes no tenía, fruto de la experiencia sufrida y que va a configurar lo que algunos autores denominan "identidad de superviviente"[14].

Utilidad de las intervenciones grupales

Teniendo en cuenta que en el caso de las situaciones traumáticas se produce la ruptura de distintos elementos estructurantes básicos de las personas, trabajar las situaciones traumáticas desde un modelo que se basa en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, puede resultar especialmente significativo y útil para reconstruir facultades psicológicas dañadas o deformadas por la experiencia traumática[15]. Desde nuestro punto de vista puede ser un formato útil para intervenir desde los servicios de Salud Mental cuando las mujeres sufren secuelas psicopatológicas graves secundarias a este tipo de violencia. En nuestro lugar de trabajo desarrollamos este tipo de intervención con la particularidad (a diferencia de otros formatos grupales) de que al ser un grupo abierto, conviven en el mismo mujeres en distintos momentos evolutivos en relación con la violencia y con diferentes grados de visibilización de la misma[16]. El que sean otras mujeres participantes, y no las terapeutas, las que señalen la minimización y justificación del abuso puede servir para una mayor visibilización de lo ocurrido. En ocasiones, esta minimización produce malestar y rabia en otras mujeres que ya han sido capaces de visibilizarlo y están en otro momento del proceso. En cualquier caso, las terapeutas debemos estar atentas a los intentos de obviar o minimizar el abuso por

parte de cualquier integrante del grupo teniendo la responsabilidad de transmitir un mensaje claro: la fuerza y la coerción no pueden justificarse en modo alguno.

En aquellas mujeres que reanudan la relación con sus parejas maltratadoras observamos que la vergüenza y el miedo a ser juzgadas se extienden hacia las otras compañeras del grupo y hacia las terapeutas. Esto provoca en ocasiones el abandono del grupo. Para prevenir estas situaciones, las terapeutas señalamos en distintos momentos esta posibilidad (el retorno a la relación con el agresor). Es frecuente que expresen ambivalencia ante el deseo de volver y el miedo a hacerlo por la posibilidad de una nueva agresión. Cuando se producen este tipo de situaciones algunas participantes reexperimentan rabia e impotencia por la decisión de algunas mujeres de volver con sus parejas. Esto provoca a veces situaciones de gran tensión emocional en el grupo. En cualquier caso, compartir tanto la culpa como la vergüenza van a ser temas recurrentes en diferentes momentos evolutivos y suele dejar aflorar otros sentimientos como la rabia, ira, enfado, indignación e impotencia. En muchas ocasiones, el miedo y la relación de dominio ha tenido como consecuencia que la mujer no haya podido contactar con estos sentimientos. Esta dificultad de contacto, especialmente con los sentimientos de rabia, hace que algunas mujeres experimenten sentimientos de ambivalencia ante ese cambio de autopercepción de ellas mismas que rompe esquemas previos con los que se autodefinían. Validar y aceptar estos sentimientos en un entorno grupal también es un elemento importante en la recuperación. No hay que olvidar que la ideología de género no facilita la expresión de sentimientos próximos a la rabia.

Sobre el uso de psicofármacos en mujeres víctimas de violencia de género

No puede generalizarse la idoneidad o no de un tratamiento psicofarmacológico en las mujeres víctimas de violencia de su pareja. Lo fundamental en la intervención es no encubrir la sintomatología ansiosa o depresiva sin evaluar antes los factores desencadenantes. En este sentido, es frecuente que cuando las mujeres que sufren o han sufrido violencia acuden a consulta expresen sus síntomas (bien físicos o psíquicos) sin relacionarlos de un modo directo con el hecho de sufrir maltrato. En el caso de los síntomas depresivos, las mujeres pueden culparse de presentar esta sintomatología y describirse a sí mismas como “inútiles”, “incapaces” y causantes del fracaso del funcionamiento familiar. Si la intensidad de los síntomas es elevada, está indicada la prescripción de psicofármacos (antidepresivos y/o benzodiacepinas) después de que, de una manera conjunta con la mujer, hayamos puesto de manifiesto la relación entre sus síntomas y el maltrato recibido. En ocasiones, la mejora del estado de ánimo propiciada por el tratamiento antidepresivo permite a la mujer una toma de decisiones que su estado anterior no le permitía. En relación a la toma de benzodiacepinas e hipnóticos hay que tener en cuenta que pueden disminuir la capacidad de reacción en situaciones de riesgo.

RESUMEN

Existen evidencias de que en un importante número de casos los profesionales sanitarios no detectamos la violencia de género. Este hecho se relaciona con numerosos factores, entre ellos figura el sistema de creencias del profesional en torno al tema, los fenómenos contratransferenciales movilizados, la complejidad del proceso y la naturalización e invisibilización de este tipo de violencia. Desde nuestro punto de vista, para favorecer la detección y evitar la revictimización sería necesario formar y capacitar a los profesionales sanitarios en esta materia y recomendar que en las

historias clínicas se incorporara de forma rutinaria la evaluación del tema.
Con respecto a la intervención en violencia de género, la complejidad del tema supone que la aplicación de un modelo médico tradicional es insuficiente, siendo necesario incluir distintos niveles contextuales que abarquen desde lo intrapsíquico hasta los postulados de género sobre los que se ha organizado nuestra sociedad. Este hecho hace necesario un abordaje multidisciplinar, dinámico y coordinado entre profesionales de distintos sectores: sanitarios (de atención primaria y especializada), servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Judith Herman. *Trauma y recuperación*. Barcelona: Espasa Hoy; 2004.(Original inglés 1992). La autora hace una excelente descripción de los mecanismos involucrados en las consecuencias psicopatológicas que se producen en la violencia de género y en otros tipos de violencia intrapersonal, bajo la perspectiva de comprensión de la violencia de género como una vivencia traumática.

Marie France Irigoyen. *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós Contextos; 2006. Esta psiquiatra francesa, autora también del muy conocido libro "El acoso moral", desarrolla en este tratado distintos aspectos de la violencia de género. Especialmente interesante resulta su descripción de los distintos aspectos que configuran la violencia psicológica. Se describen también distintos casos prácticos ilustrativos que pueden servir de ejemplo a la intervención psicoterapeútica en estas situaciones.

María Cristina Ravazzola. *Historias infames. Los maltratos en las relaciones*. Barcelona: Paidós Terapia Familia; 1997. La autora, de orientación psicoterapeútica sistémica, hace un análisis de distintos aspectos relacionales implicados en la violencia hacia las mujeres y niños, novedoso respecto al planteamiento inicial que se hizo desde posiciones sistémicas. Ilustra el libro con diferentes casos prácticos y con reflexiones sobre las repercusiones que en los profesionales tiene trabajar con este tipo de situaciones.

BIBLIOGRAFIA

(1) Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Nueva York.
(2) Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung WS, Moorey S., Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. British Medical Journal 2002; 324:274-277.
(3) Polo, C. Maltrato a la mujer en la relación de pareja. Factores relacionados implicados. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, 2001.
(4) Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, U., Rodríguez, D., Millá, J., Santiña, M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria 2008; 22: 7-10.
(5) Evaluación de la atención sanitaria especializada en Baleares ante la violencia de género. Gobern de les Iles Balears. Conselleria de Sanit e Consum, 2010.
(6) Polo Usaola C., Olivares Zarco D. López Gironés M. Explicaciones psicológicas en torno al abuso de la mujer en la relación de pareja. Archivos de Psiquiatría 2000; 63,3:273-286.
(7) Guía práctica clínica. Actuación en Salud Mental de mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud, 2011.
(8) Corsi J.La violencia en el contexto familiar como problema social. En: Corsí (ed). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires: Paidós Terapia Familia; 2003.
(9) Escudero Nafs A., Polo Usaola C. La continuidad de cuidados en las mujeres víctimas de violencia de género. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A (coord). La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN colección Estudios; 2006.
(10) Walker L.E. Abused women and survivor therapy: a practical guide por the psychotherapist. APA. Washington, 1994
(11) Velázquez S. Violencias cotidianas. Violencias de género. Barcelona: Paidós; 2003.
(12) Bosch E.y Ferrer V. El laberinto patriarcal, Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Barcelona: Anthropos; 2006.

(13) Polo Usaola C., López Gironés M. Atención psicológica a mujeres víctimas de malos tratos. Revista clínica electrónica en Atención Primaria 2004. Disponible enhttp://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=12&art=07
(14) Herman J. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa Hoy; 2004.
(15) Pérez Sales P. Enfoque de grupo en la psicoterapia de situaciones traumáticas. En: Técnicas específicas en el tratamiento de reacciones postraumáticas. Madrid: Escosura producciones; 2004.
(16) Polo Usaola C, López Gironés M. Intervención grupal en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia en un Centro de Salud Mental. II Jornadas de la sección de Derechos Humanos y Salud Mental de la AEN. Gandía, septiembre de 2010 (pendiente publicación).

5.16. Salud mental en el ámbito laboral

Joana Fornés Vives

INTRODUCCIÓN

El amplio concepto de salud mental hace referencia a un estado de equilibrio entre la persona y su entorno e incluye factores personales, ambientales y relacionales. En el contexto laboral, estos factores tienen una estrecha relación con el contenido del trabajo, las condiciones en las que se desarrolla y las relaciones interpersonales que se establecen. Unos y otros tienen diferentes consideraciones según el modelo teórico en el que se sustentan, no obstante, la relativa diversidad metodológica actual ha ido configurando un enfoque integrador que toma en consideración los antecedentes psicosociales en el trabajo y las consecuencias sobre la salud[1]. En cualquier caso, prácticamente todos los modelos referidos a la salud mental centrados en el ámbito laboral, de los que a continuación se presentarán algunos de los considerados más representativos, identifican factores estresantes como precursores potenciales del malestar psicológico y los problemas de salud. Se consideran precursores potenciales porque las consecuencias negativas dependen tanto de la persona como de la situación.

MODELOS RELEVANTES DE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

La mayoría de estos modelos proceden de la psicología social y consideran el estrés como uno de los grandes precursores de la pérdida de salud mental. Entre estos modelos podemos destacar los siguientes:

Modelo de ajuste persona-entorno

Aunque existen varias formulaciones del modelo, una de las más conocidas es la de French y colaboradores[2]. Este modelo mantiene que tanto las características personales como el entorno laboral condicionan la salud y el bienestar del trabajador. Los dos componentes básicos del modelo se centran en: a) el grado en que las actitudes y capacidades de un trabajador satisfacen las demandas de su trabajo o empresa y b) el grado en que el entorno laboral satisface las necesidades del trabajador. Cuando existe una discrepancia entre las demandas-exigencias del puesto de trabajo y las capacidades-actitudes del trabajador, aparece la experiencia de estrés laboral. El modelo contempla tanto un ajuste objetivo, como un ajuste subjetivo. No obstante, debido a la dificultad que presenta la medición de un ajuste objetivo, el ajuste subjetivo, referido a la percepción personal de cada trabajador, ha sido uno de los más estudiados, incluyendo medidas como: carga de trabajo, responsabilidad del puesto, ambigüedad o conflicto de rol, etc. La personalidad y la situación vital del trabajador influyen en esta percepción.

Modelo de valoración o transaccional de Lazarus y Folkman[3]

Este modelo enfatiza la intervención del componente cognitivo en la salud y bienestar. Para Lazaraus y Folkman lo que provoca el malestar emocional en el trabajo no son las situaciones en sí mismas, sino la interpretación que hace de ellas el trabajador. Esta interpretación se basa en evaluaciones subjetivas sobre las demandas del entorno y los recursos disponibles para afrontarlas. Cuando las demandas son evaluadas como amenazantes o desbordantes y con la capacidad para alterar el bienestar personal, sobreviene el estrés laboral. De ahí que se entienda el estrés como el resultado de una transacción entre la persona y el ambiente.

Modelo demanda-control de Karasek y Theorell[4]

Sus autores entienden también que la experiencia de estrés y malestar está en función de las demandas del medio y la capacidad personal para controlarlas. En este modelo, las demandas hacen referencia a las exigencias físicas y psicológicas del trabajo, como por ejemplo, cantidad de trabajo, habilidad específica, nivel de atención-concentración, exigencias de tiempo, etc. El control se refiere a la capacidad de decisión o autonomía que tiene el trabajador para llevar a cabo las tareas (demandas). El estrés o malestar del trabajador aparece cuando no tiene capacidad (control), para dar respuesta a las demandas exigidas. Un elemento psicosocial modulador de esta respuesta, es el apoyo social[5].

Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist[6]

El modelo asume que la salud y el bienestar en la vida adulta están en gran medida relacionados con un intercambio social exitoso y recompensado. El esfuerzo en el trabajo es considerado como un proceso de intercambio, socialmente organizado que, a la larga, obtiene sus recompensas, materiales (por ejemplo, el salario) o psicológicas (seguridad, autoestima, carrera profesional, etc.). En este modelo, el estrés laboral ocurriría cuando el trabajador percibe una falta de correspondencia entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida. El esfuerzo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (motivación y afrontamiento). La recompensa incluye tanto la retribución económica, como las actitudes de apoyo, reconocimiento, seguridad y promoción.

Tanto este modelo como el anterior (demanda-control), tienen en común la consideración de la presión del tiempo y la sobrecarga de trabajo sobre los empleados. Ambos predicen que las condiciones de trabajo más adversas y las peores consecuencias de éstas sobre la salud se encuentran en ocupaciones manuales y poco cualificadas[7].

Modelo vitamínico de Warr[8-9]

Modelo integrador centrado en los factores y variables que pueden influir en el bienestar psicológico de un trabajador. Las variables influyentes incluyen, desde la claridad de la información, a la variedad de tareas, la seguridad física, la oportunidad de control sobre el trabajo, el apoyo social, o la propia remuneración económica, entre otras. El bienestar psicológico en el trabajo se consigue según Warr a través de condiciones que faciliten la activación y el placer.

El planteamiento teórico de Warr pasa por identificar los estresores o características del contexto del trabajo que podrían afectar el bienestar. Algunas de las características de riesgo para el bienestar psicológico presentarían efectos en forma de U (o en forma de U invertida), de manera que son más beneficiosas a medida que aumenta su cantidad, hasta llegar a un punto en el que se estabiliza su efecto, e incluso pueden ser perjudiciales si siguen aumentando. Utilizando las vitaminas como metáfora, de ahí el nombre del modelo, se ha señalado que algunas características tendrían un efecto similar al que pueden producir ciertas vitaminas. En este sentido, podemos encontrar características similares a las vitaminas B, C y E, cuya baja cantidad produce malestar psicológico, pero sin embargo grandes cantidades no producen efectos negativos, por ejemplo, el apoyo social o la seguridad física. Por otra parte, podemos encontrar características similares a las vitaminas A y D, que tanto su exceso como su defecto, producen efectos negativos, por ejemplo, las demandas laborales, la autonomía o la cantidad de información.

En esta teoría, el ajuste es también un concepto clave, de modo que el bienestar está relacionado con el ajuste entre la cantidad presente de las características laborales y las que requiere la persona[1]. En este sentido, las características personales se consideran importantes mediadoras en el resultado o estado de salud-bienestar.

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Son factores relacionados con el medio ambiente de trabajo, el tipo de tarea y las condiciones de la organización. Tienen la potencialidad de afectar tanto el bienestar y la salud del propio trabajador como el desarrollo de su trabajo y los costes de la institución (subsidios por bajas, descenso de producción, déficit de resultados, etc.). Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)[10] son factores de interés para este modelo: La carga mental, la autonomía temporal, el contenido del trabajo, la definición de rol y las relaciones interpersonales, entre otros. Interés especial tiene la calidad de las relaciones interpersonales entre los trabajadores o entre éstos y la dirección. La mala calidad de estas relaciones, unido a malas condiciones de trabajo, puede derivar en importantes cuadros de malestar en el trabajo, como el estrés laboral, el *mobbing* o el *burnout*, factores psicosociales considerados de elevado riesgo para la salud mental de los trabajadores[11] con importantes consecuencias no sólo individuales, sino también institucionales (Fig. 1).

- *Estrés laboral.* Concepto que puede enmarcarse dentro de las teorías interactivas del estrés. Constituye un estado de tensión personal provocado por un desequilibrio entre las demandas del contexto de trabajo y los recursos personales para responder. Esta tensión puede estar ocasionada igualmente por una discrepancia entre las exigencias del trabajo y las necesidades del trabajador[12]. Los estresores o posibles factores causales se han conceptualizado de diferentes maneras: frecuencia de ocurrencia, intensidad, duración etc., y han dado lugar a varias categorías. La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención en varias ocasiones sobre las repercusiones que puede tener el estrés en la salud de los trabajadores, tanto en forma de reacciones fisiológicas como psicológicas o sociales.

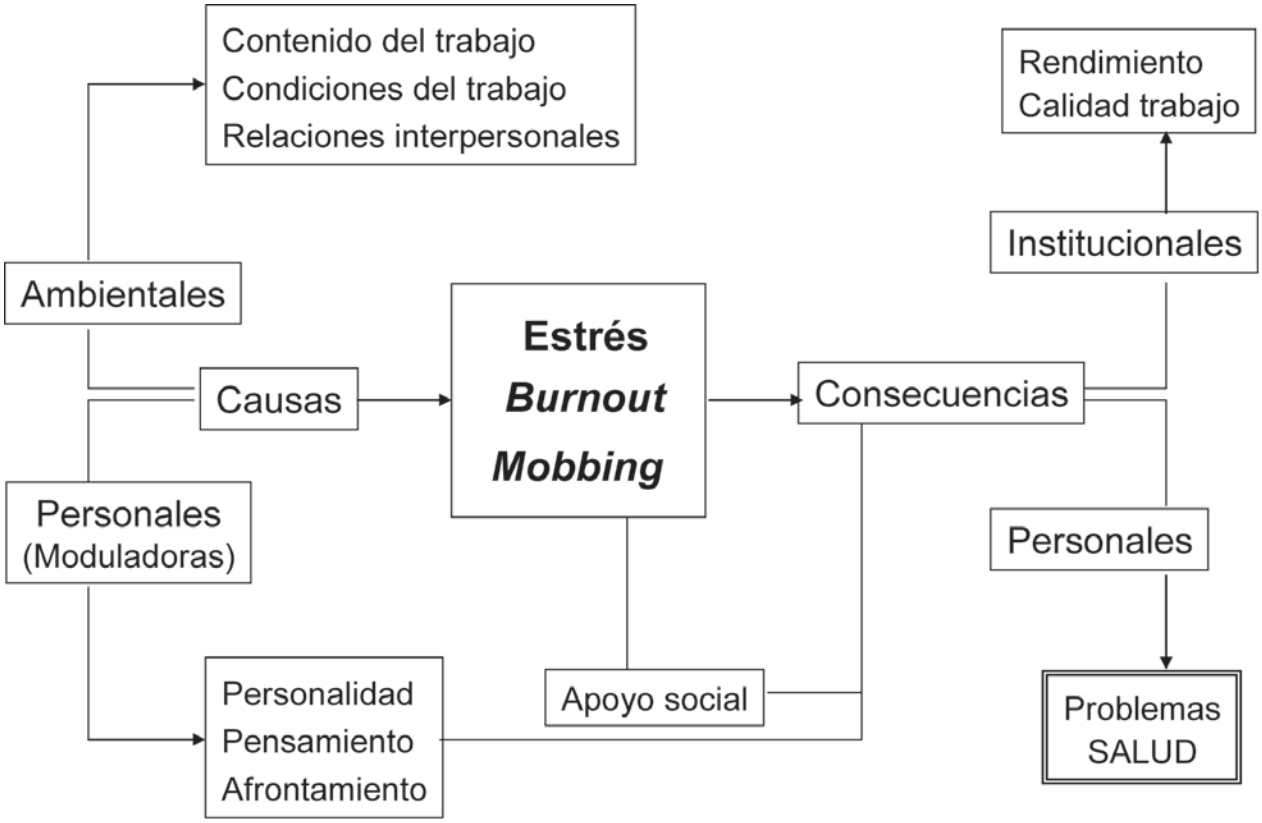


Figura 1. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en el ámbito laboral

- *Mobbing.* Está considerado actualmente como uno de los principales estresores psicosociales en el ámbito laboral. Uno de los primeros autores en acuñar el término, en la década de los ochenta, fue el psicólogo alemán Heinz Leyman, sin embargo, en la actualidad coexisten varias definiciones del concepto. Algunos de los más utilizados en español son los de "acoso psicológico" y "hostigamiento psicológico". Se caracteriza por un proceso continuado de conductas hostiles (verbales, físicas o psicológicas) y tendenciosas hacia un trabajador que suponen un riesgo importante para su salud[13]. Dichas conductas pueden proceder de superiores, subordinados u otros compañeros. Independientemente del término utilizado para designarlo, todas las definiciones coinciden en considerarlo una forma de violencia extrema, ejercida de forma sistemática y prolongada en el tiempo. No se consideran acoso psicológico aquellas conductas puntuales que impliquen un conflicto en el marco de las relaciones humanas, o aquellas conductas de exigencia que recaen dentro de las competencias del superior o empresario. Según un metaanálisis realizado sobre 86 trabajos realizados entre 1975 y 2005[14], algunos de los principales antecedentes del *mobbing* son: agresividad, afectividad negativa, conflicto de rol, ambigüedad de rol, sobrecarga de trabajo e injusticia organizacional.
- *Burnout.* Término acuñado por el psiquiatra neoyorquino Herbert Freudenberger en 1974 con una considerable evolución histórica en diferentes contextos laborales[15]. En español puede traducirse por síndrome de "desgaste profesional" y constituye un proceso en el que intervienen componentes cognitivos (pensamientos de ineficacia), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (cinismo, despersonalización)[16]. A diferencia de los otros dos fenómenos anteriores (estrés laboral y *mobbing*), los cuales podrían entenderse como estresores o estímulos desencadenantes del malestar, el *burnout*, suele ser una consecuencia a los factores de estrés. Se caracteriza por una experiencia o sensación de fracaso como resultado de una sobredemanda de trabajo y una falta de recursos o capacidades para responder de manera efectiva. Es habitual considerar a las víctimas de este síndrome como personas "amargadas" y sin ganas ni voluntad de realizar sus tareas cotidianas. Desde un punto de vista clínico, el *burnout* puede considerarse un problema adaptativo a uno o varios estresores laborales. Tal como señalan Moreno-Jiménez y colaboradores[17], se trata de un problema generalizado en múltiples profesiones, que afecta a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad del trabajo.

CONSECUENCIAS DE LOS ESTRESORES LABORALES SOBRE LA SALUD

El estrés laboral predispone al desarrollo de varios problemas de salud cuyos efectos impactan sobre la calidad de vida del trabajador. En este tipo de experiencias podemos encontrarnos con manifestaciones agudas y manifestaciones crónicas. Tanto unas como otras pueden observarse en tres niveles de respuesta: fisiológico, cognitivo-emocional y conductual (Cuadro 1). Aunque en cada caso es necesario tener en cuenta los diferentes factores fisiológicos de riesgo, hay evidencia de que cuando la situación de estrés perdura en el tiempo y se cronifica, pueden aparecer consecuencias graves que afectan a diferentes sistemas orgánicos, como el inmunológico, el respiratorio, el cardiovascular y el sistema nervioso[11, 17-18]

En el contexto de la salud mental, uno de los fenómenos más estudiados como consecuencia del estrés laboral es el síndrome de *burnout,* explicado anteriormente. El énfasis en los estudios sobre sus consecuencias se ha puesto en los síntomas cognitivo-afectivos, como la depresión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima de la persona que lo experimenta.

Cuadro 1. Respuestas y consecuencias al estrés laboral

Fisiológicas	*Cognitivas-emocionales*	*Motoras*
Taquicardia	Problemas concentración	Tartamudeo
Taquipnea	Indecisión	Voz entrecortada
Sudoración	Preocupación excesiva	Temblores
Palpitaciones	Pensamiento intruso	Aumento o disminución del apetito
Aumento cortisol	Mal humor, irritación	Comportamiento impulsivo
Aumento colesterol	Hipersensibilidad a la crítica	Cinismo
Aumento metabolismo basal	Sensación de falta de control	Abuso de sustancias tóxicas
	Miedo, temor	
	Pérdida de expectativas	

Problemas o trastornos a medio – largo plazo	
Trastornos digestivos (úlcera péptica, colitis ulcerosa, colon irritable,…)	Disminución de la autoestima
Trastornos dermatológicos (dermatitis, alopecia,…)	Dificultad para tomar decisiones
Trastornos inmunológicos (inhibición del sistema inmunológico)	Ansiedad, fobias
Trastornos endocrinos (hipoglucemia, diabetes,…)	Depresión
Trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedades coronarias,...)	Insomnio
Trastornos respiratorios (hiperventilación, asma bronquial,…)	Cefaleas
Trastornos sexuales (eyaculación precoz, coito doloroso,…)	
Trastornos musculares (calambres, contracturas,…)	

VARIABLES MODULADORAS DEL ESTRÉS Y MALESTAR EN EL TRABAJO

Son aquellas variables que disminuyen o aumentan el efecto de los estresores sobre la salud. Algunas de las variables moduladoras más estudiadas y que es preciso tener en cuenta en los programas de salud mental son: los rasgos de personalidad, el grado de autoestima, los estilos de pensamiento, la capacidad y tipo de afrontamiento y el apoyo social[1, 14, 19-21].

Personalidad. Se ha demostrado que algunas de sus dimensiones presentan correlaciones positivas con la experiencia de *burnout*. Concretamente, personas con puntuaciones altas en neuroticismo y/o bajas en extroversión suelen ser más proclives a experimentar este cuadro de malestar. Otras características se consideran protectoras como por ejemplo, el sentido de coherencia, el compromiso, el autocontrol y la implicación en las tareas.

Autoestima. Entendida como una percepción emocional que la persona tiene de sí misma y traducida en una disposición a valorarse y aceptarse, es un requisito indispensable para el bienestar emocional. La persona con una sana autoestima, tiene un pensamiento realista, vive de forma coherente, asume responsabilidades, afronta los retos con entusiasmo, se enorgullece de sus logros, muestra respeto hacia sí misma y hacia los demás, es tolerante con los cambios y aprende de las adversidades. Estas características suelen favorecer emociones positivas, las cuales forman parte de la salud mental y favorecen el bienestar psicológico.

Estilos de pensamiento. Pensamientos realistas, positivos y adaptativos favorecen el bienestar psicológico, pero cuando no guardan una coherencia con el entorno, son desproporcionados, extremistas, rígidos, catastróficos o culpabilizantes, apuntan a todo lo contrario.

Estilos de afrontamiento. Aunque no existen resultados concluyentes respecto a su relación, probablemente por la gran cantidad de variables extrañas que intervienen, parece que los estilos de afrontamiento activos y dirigidos al problema son más efectivos para el bienestar psicológico que los estilos pasivos o evitativos.

Apoyo social. Especialmente el que proviene de los propios directivos o compañeros de trabajo, tiene efectos directos sobre el bienestar. De ahí que sean tan importantes estilos de liderazgo que reduzcan tensión y malestar en las organizaciones, pues las propias conductas de los líderes (supervisores, jefes,…) pueden influir sobre otros estresores y a su vez, afectar al bienestar. Como señalan Peiró y colaboradores[1] la conducta del líder puede actuar como recurso para prevenir o modular el estrés, o como fuente de estrés si es percibida como injusta, inapropiada o irrespetuosa. En este sentido, se considera que los líderes transformacionales o carismáticos, aquellos que actúan motivando, estimulando y respetando a los trabajadores, son los más apropiados para fomentar un clima de bienestar.

PROGRAMAS PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL

Los programas para mejorar el bienestar y prevenir problemas de salud mental en el trabajo deben diseñarse con perspectivas a medio y largo plazo. Es aconsejable que las intervenciones sean variadas e incluyan a varios profesionales. Según el contexto, tipo de profesionales y/o problemas detectados, las actuaciones podrán realizarse de manera preventiva o restauradora, sobre la organización o sobre los trabajadores. En estos últimos, unas veces podrá ser grupal y otras individual.

1. Intervención preventiva o primaria

Actúa sobre los factores modificables tratando de reducir o eliminar de forma preventiva las fuentes que provocan el estrés y malestar. Puede realizarse sobre la institución o sobre los trabajadores. En el primer caso, intenta proteger el mayor número de personas posibles.

1.1. Intervenciones sobre la institución

La intervención primaria en este sentido implica mejoras en el diseño, organización y gestión del ambiente psicosocial de trabajo. El proceso involucra a diferentes miembros de la empresa (representantes de dirección, supervisores y trabajadores). En el cuadro 2 pueden observarse diferentes estrategias como propuesta de mejora del entorno laboral para favorecer la salud mental.

Cuadro 2. Intervenciones o medidas preventivas de salud mental desde la institución

Intervención	*Descripción*
Facilitar una descripción clara del trabajo a realizar	Describir tiempos, espacios, prioridades, resultados esperados, etc. El desconocimiento produce incertidumbre, inseguridad y malestar.
Acoplar demandas (tareas) y recursos (trabajadores)	Distribuir con claridad y transparencia tareas y recompensas. Asegurarse que el trabajador posee las capacidades necesarias para desarrollar la labor encomendada. Si es necesario, ofrecer formación específica.
Diseñar un contenido de trabajo motivador	Incluir tareas significativas, valoradas por los directivos y la sociedad, equitativamente recompensadas y con cierta posibilidad de control por parte del trabajador. Proporcionar oportunidad para el desarrollo profesional y dotación adecuada de recursos.
Diseñar y controlar horarios y cargas de trabajo	Considerar el contenido cualitativo y cuantitativo de la tarea. Tener en cuenta que tanto el exceso como el defecto de trabajo pueden provocar estrés. Algunos trabajos, por su monotonía o carga mental, requerirán de rotaciones o descansos intermedios. Planificar el trabajo teniendo en cuenta nivel exigido, tiempo disponible, capacidades del trabajador e imprevistos.
Fomentar la participación en la empresa	Mejorar canales de comunicación, escuchar sugerencias, promocionar la creatividad, permitir al trabajador la toma de decisiones, siempre que sea posible negociar horarios y formas de trabajo (rotaciones, permisos,…).
Favorecer el apoyo social dentro de la empresa	Potenciar el trabajo en equipo, proporcionar retroinformación específica y útil, establecer mecanismos de recompensa

1.2. Intervenciones sobre el trabajador

Estas intervenciones, se centran en la personalidad, actitudes, hábitos y habilidades del trabajador. Se basan en métodos desarrollados por la psicología social y la sociología, suelen incluir una metodología activa-participativa y centrarse en factores que desencadenan y modulan el estrés y el malestar[22]. Tal como señala el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en su ficha técnica NTP 604[23], tienen como principios básicos: aumentar el control y autonomía del trabajador sobre sus condiciones de trabajo, potenciar la participación activa y mejorar el desarrollo de sus capacidades. Estas intervenciones, que actúan sobre creencias, motivos y acciones, pueden ser tanto preventivas (proactivas) como restauradoras. Algunas de las más habituales son, el entrenamiento en la toma de decisiones y resolución de problemas, la gestión eficaz del tiempo, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en comportamiento asertivo y el entrenamiento en relajación.

2. Intervención restauradora (secundaria o terciaria)

Está dirigida a reducir las consecuencias del estrés y el malestar en el trabajador. Pueden realizarse algunas intervenciones sobre la institución, como por ejemplo medidas de selección de personal, no obstante, habitualmente se centra en un tratamiento personalizado sobre el trabajador, especialmente aquellos seriamente afectados por problemas de salud mental. Aunque se aplican diferentes intervenciones o tratamientos, desde el punto de vista psicológico, son habituales la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en relajación.

Al margen de que en cada situación o caso concreto se valore la necesidad de un tratamiento farmacológico para paliar la sintomatología ansiosa o depresiva que pueda existir, a continuación se presenta un ejemplo de intervención basado en una *terapia secuencial integradora* para trabajadores víctimas de un tipo específico de estrés laboral, el *acoso psicológico*. La terapia secuencial integradora es una técnica propuesta por González de Rivera[24, 25] que tiene como objetivo ayudar a la persona a tomar conciencia objetiva de la situación, aprender recursos para enfrentarse a ella y gestionar de forma efectiva dichos recursos para lograr un cambio terapéutico. Este tipo de terapia está diseñada en una serie de fases, cada una prepara para la siguiente y consolida lo logrado anteriormente e incluiría:

- *Centrarse y tomar consciencia de la situación.* En esta fase, el terapeuta en primer lugar debe ofrecer apoyo y comprensión a la víctima. Tranquilizarla y transmitirle que se le entiende y se le escucha será esencial para establecer una buena relación terapéutica. Tener en cuenta que en un primer momento estas personas pueden ser reticentes a ser ayudadas. En segundo lugar, explicarle que la responsabilidad de los actos depende de uno mismo y que para superar la situación no basta con quejarse, enfadarse o culpar (a uno mismo o a los demás), hay que poner en práctica estrategias para el cambio. Ayudarle a reconocer cómo se siente es el primer paso para que la víctima tome conciencia de lo que pasa. Corregir ideas erróneas será también de gran ayuda para superar el autoconcepto negativo.
- *Mantener la calma.* Enseñarle a dilucidar que la culpa no es suya (al menos totalmente). A diferencia de otros trastornos, la causa generalmente está en el ambiente y no en la predisposición de la víctima. Enseñarle estrategias para que sea capaz de llevar el timón de su propia vida y de controlar sus conductas. Técnicas como la práctica de conciencia plena (*mindfulness*), comportamiento asertivo, parada de pensamientos intrusos y relajación, pueden ser de gran ayuda en esta fase.
- *Minimizar el daño ocurrido.* Sin restar valor a lo sucedido, enseñarle a entenderlo desde una perspectiva global y desde el punto de vista del otro. Negar lo sucedi-

do o lamentarse no ayuda a superar la situación. Mostrarle apoyo para que pueda motivarse a buscar soluciones. Ayudarle a transformar los sentimientos negativos en actos de responsabilidad (en el sentido de responder) y a controlar las reacciones automáticas.

- *Entender la situación y gestionar adecuadamente los recursos.* Entender que lo que pasa es efecto de algo (intención, azar,…). Saber distinguirlo puede proporcionar calma y la capacidad de ver las circunstancias estresantes con cierta distancia o perspectiva. Una vez aprendido a gestionar adecuadamente pensamientos, sentimientos y conductas, la víctima estará más capacitada para entender la situación, ponerse en lugar del otro y poner en práctica estrategias más favorables para su salud y bienestar.
- *Definir y decidir el posicionamiento frente a la situación.* Una vez entendida la situación y las alternativas de actuación, la víctima deberá decidir como actuar o posicionarse. Además de las ayudas psicológicas recibidas, puede ser de gran ayuda en esta fase el conocimiento de los derechos legales que amparan a la víctima y cómo hacer uso de ellos, así como el apoyo y acompañamiento de profesionales expertos o personas de confianza para emprender las acciones decididas. Será una fase donde la intervención puede provenir de varios profesionales, no sólo sanitarios, sino también socio-sanitarios, como por ejemplo, abogados y trabajadores sociales.
- *Actuar de forma coherente y planificada para realizar una gestión positiva de la realidad.* Ello implica actuar pensando en el futuro, en un futuro mejor, no reaccionar sobre las causas del estado presente. Se trata de reaccionar de manera proactiva para favorecer situaciones que generen respuestas adaptativas, emociones placenteras y aumento del bienestar.

Es importante que antes de iniciar una nueva fase, se haya superado la anterior. Es decir, que la víctima demuestre que posee los conocimientos, la seguridad y las habilidades necesarias para avanzar en el proceso terapéutico. El tiempo de permanencia en cada una de las fases dependerá de cada persona y situación. Unas personas pueden progresar rápidamente en una fase y sin embargo otras, necesitar más tiempo y ejercicios para demostrar su competencia.

RESUMEN

El concepto de salud mental es amplio y en el contexto laboral está estrechamente relacionado con el contenido del trabajo, las condiciones en las que se desarrolla y las relaciones interpersonales que se establecen.

Los principales modelos teóricos que dan soporte científico al malestar psicológico en el trabajo consideran el estrés como uno de los mayores riesgos. En este sentido, se considera que la experiencia de estrés puede sobrevenir por: a) un desajuste entre las necesidades o capacidades del trabajador y las demandas del ambiente de trabajo, b) una valoración errónea de la realidad laboral por parte del trabajador, c) la percepción de un desequilibrio entre los esfuerzos realizados y las recompensas recibidas, d) una mala identificación y prevención de ciertas características del trabajo que pueden afectar el bienestar.

El estrés laboral, tanto si proviene de las exigencias del propio trabajo como de relaciones interpersonales problemáticas (acoso o *mobbing*), puede tener consecuencias negativas en la salud mental de los trabajadores y manifestarse a través de varios síntomas y cuadros clínicos. Uno de los cuadros más conocidos como consecuencia del estrés laboral es el síndrome de *burnout* o “desgaste profesional”.

Prevenir o disminuir las consecuencias del estrés laboral pasa por considerar ciertas variables moduladoras, como por ejemplo, la personalidad de los trabajadores o el apoyo social recibido, y poner en práctica programas de intervención a corto y medio-largo plazo. Programas dirigidos tanto a la organización como a los propios trabajadores, con implicación de distintos profesionales e intervenciones variadas que protejan el mayor número de personas posible.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Peiró JM y Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. Papeles del Psicólogo 2008; 29(1), 68-82. Trabajo que pone en evidencia la importancia de los factores psicosociales, especialmente el estrés, en el bienestar personal. De manera específica, se analiza el papel del liderazgo en la promoción del bienestar y la salud organizacional. El trabajo se complementa con evidencia empírica sobre parámetros de interés para evaluar el liderazgo y planteamientos de intervención para la prevención de riesgos psicosociales relacionados con las acciones de liderazgo.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_604.pdf Se trata de una ficha técnica en la que se abordan aspectos prácticos relativos a la utilidad preventiva del modelo demanda-control-apoyo social. Concretamente, los efectos en la salud, los instrumentos de evaluación psicosocial y las pautas de intervención.

Topa G, Depolo M, Morales JF. Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. Psicothema 2007, 19(1), 88-94. El artículo presenta un meta-análisis realizado sobre 86 estudios empíricos y 93 muestras que tratan el tema del acoso laboral. Los resultados obtenidos a través de la técnica metaanalítica apoyan la evidencia de factores relativos al ambiente organizacional como principales predictores del fenómeno del acoso.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Peiró JM y Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. Papeles del Psicólogo 2008; 29(1), 68-82.
(2) French JR, Rogers W, & Cobb S. Adjustment as person-environment fit. In GV Goelho, DA & JE Adams (Eds). Coping and Adaption. Nueva York: Bantam Books, 1974.
(3) Lazarus RS, & Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
(4) Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
(5) Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988, 78, 1336-1342.
(6) Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psych 1996, 1(1), 27-41.
(7) Rydstedt LW, Devereux J & Sverke M. Comparing and combining the demand-control-support model and the effort reward imbalance model to predict long-term mental strain. Eur J Work Organ Psy 2007, 16(3), 261-278.
(8) Warr P. Work, Unemployment and Mental Health. Oxford: Clarendon Press, 1987.
(9) Warr, Peter. A conceptual framework for the study of work and mental health. Work Stress 1994, 8(2), 84-97.
(10) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. [Consultado 26-07-2011]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401ª500/ntp_443.pdf
(11) Serrano MA, Moya L & Salvador A. Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. Anales de Psicología 2009, 25(1), 150-159.
(12) Luceño L, Martín J, Rubio S y Díaz E. Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. EduPsykhé 2004; 3(1), 95-108.

(13) Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. Int J Clin Health Psychol 2008, 8(1), 267-283.
(14) Topa G, Depolo M, Morales JF. Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. Psicothema 2007, 19(1), 88-94.
(15) Carlin M, Garcés EJ. El síndrome de bournou: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología 2010, 26(1), 169-180.
(16) Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. J Occup Behav 1981, 2, 99-113. Edición en TEA, 1997.
(17) Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide, 2001. pp 59-83.
(18) Gil-Monte PR, Nuñez-Román, EM, Selva-Santoyo Y. Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. Interam J Psychol 2006, 40(2), 227-232.
(19) Moreno B, Morett NI, Rodríguez A, Morante ME. La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. Psicothema 2006, 18(3), 413-418.
(20) Jenaro-Río C, Flores-Robaina N, González-Gil F. Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. Int J Clin Health Psychol 2007, 7(1), 107-121.
(21) Shimizutani M, Odagiri Y, Ohya Y, Shimomitsu T, Kristensen TS, Maruta T, Iimori M. Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors. Ind Health 2008, 46, 326–335.
(22) Cabrera CE, Ruiz LK, González GJ, Vega MG, Valadez I. Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. Salud Ment 2009, 31, 215-221.
(23) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. [Consultado 26-07-2011]. Disponible en:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_604.pdf
(24) González de Rivera JL. La psicoterapia secuencial integradora. Interpsiquis 2010. [Consultado 17-06-2011]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/45571/
(25) Rodríguez M. La psicoterapia secuencial de Rivera en el acoso psicológico en el trabajo (mobbing). En: R. Peña, Cómo enfrentarse al acoso laboral o mobbing. Barcelona: Servidoc, S.L., 2011. pp: 587-599.

5.17. Violencia colectiva y sus víctimas. De las opiniones y estudios a las intervenciones terapéuticas

Iñaki Markez Alonso, Olatz Barrenetxea Larrondo

INTRODUCCIÓN

Pese a que existe una abundante bibliografía en torno a la violencia colectiva, no todos los investigadores están de acuerdo en su descripción, y no únicamente por el trasfondo ideológico del adjetivo "colectivo", tampoco hay unanimidad en los aspectos esenciales que definen la idea de violencia y agresión. Como tampoco hay unanimidad o, mejor dicho, hay confusión sobre el ámbito pues no es una cuestión específica que afecta al País Vasco o del 11-M sino que se trata de cuestiones que afectan a la totalidad del entramado social. De ahí el interés de participar en el debate, intercambiar iniciativas entre los profesionales de la salud mental y, mediante las intervenciones con personas o con colectivos afectados, víctimas de violaciones de derechos humanos, aproximarnos a una práctica más digna y adecuada a las necesidades de estas personas que tanto han sufrido y aun siguen sufriendo cuando acceden a los dispositivos de atención a la salud.

Atendiendo a lo que ya es tradición en la Psicología Social[1] consideramos clarificador entender por *violencia* el exceso de fuerza en sucesos naturales, accidentales o intencionados hacia las personas, es decir, son hechos cuyas consecuencias sacan de su "estado natural" a las personas y a su entorno.

No hay acuerdo sobre cuando hablar de violencia o de agresión al describir conductas interpersonales que generan daño[2] pero es interesante saber distinguir entre ellas, incorporando al segundo concepto la intención. En la práctica es complejo dilucidar el grado de voluntad de dañar del agresor, o la objetividad de la interpretación que del acto violento hace la víctima. El agresor justifica su acción eliminando el factor volitivo ("lo hice sin querer", "fue un arrebato" en los casos de violencia interpersonal) o ("fue en defensa propia", "fue una reacción contra la opresión", "cumplía con mi deber", etc. en la violencia colectiva); y el agredido tiende a responsabilizar a quien le causó daño ("pudo haberlo evitado", "lo hizo con intención", "responde a una motivación política", etc.). Es importante el componente intencional, y por eso buena parte del sistema jurídico está orientado a analizar e interpretar las intenciones y, a partir de la interpretación de las mismas, aplicar la pena que el agresor merece. Un mismo acto violento, incluso el que tenga por resultado la muerte, es interpretado de muy diversas formas en función de las circunstancias en las que se dé y de las intenciones atribuidas al agresor: premeditación, alevosía, defensa propia, acto de servicio, crimen pasional, socialización del sufrimiento, venganza,... Describir las circunstancias e intenciones acarreará no sólo consecuencias legales, también tendrá repercusiones en los implicados, afectará a la recuperación de las víctimas, podrá incentivar al agresor a volver a agredir, etc.

En ocasiones los autores de las acciones violentas no son personas identificables, sino organizaciones, movimientos, instituciones o grupos. Definir el tipo de violencia resulta complejo y por eso es más sencillo adaptarnos a consensos internacionales. En 1996[3], la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública susceptible de estudio e intervención. El año 2002, la OMS publicó el informe sobre *Salud y Violencia*[4], en el cual se define *violencia* como

"el uso deliberado de la fuerza física o

el poder, en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o la comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

En este mismo informe distingue varias categorías de violencia, en función de la relación principal entre los agentes involucrados, y distingue la violencia *auto-infligida* (ejercida de la persona contra sí misma) de la violencia *interpersonal* caracterizada por involucrar a un número reducido de personas relacionadas emocionalmente entre sí (violencia doméstica) o no (violencia de comunidad) en el marco de sus relaciones habituales o en encuentros fortuitos, y finalmente la *violencia colectiva*. La OMS define esta última como *la violencia ejercida contra una comunidad con el objetivo de avanzar un proyecto social determinado*. Definición operativa de este tipo de violencia es "el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo, ya sea transitorio o de larga duración, contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de conseguir una serie de objetivos políticos, económicos o sociales"[4]. Al definir la violencia colectiva de tipo social como la violencia grupal organizada cuyos objetivos son hacer avanzar una agenda política particular, la OMS pone ejemplos que difieren en sus motivaciones concretas pero que tienen en común la voluntad de obtener fines para los grupos organizados, ya se trate de acciones terroristas, de rebelión armada o de disturbios de bandas organizadas. Así, la violencia política incluye la guerra, los conflictos violentos, golpes de Estado, los terrorismos y otras violencias de estado, llevados a cabo por grupos institucionales. Se ha llegado a generalizar el término "violencia colectiva" definiendo como tal a cualquier forma violenta en la que intervenga un número significativo de personas, de unas contra otras, si quienes la ejercen se amparan en una colectividad a quien dicen defender o representar.

EPIDEMIOLOGÍA DE UNA REALIDAD

Los estudios epidemiológicos de violencia colectiva presentan algún problema como es la asignación adecuada de las víctimas a los distintos tipos de violencia. Se trata de información muy sensible para la vida social y política, lo que hace que la información esté muy dispersa en distintas fuentes de datos, en registros localizables en comisarías, hospitales, juzgados, noticias de prensa, encuestas a la población, etc. que, en cualquier caso, es difícil de localizar. Con orígenes institucionales o en los afectados por la violencia, con sesgos debidos a las consecuencias emocionales o en la rentabilidad política de dudosa ética.

Las *víctimas directas o afectados primarios*, son personas afectadas directamente por la agresión o hecho traumático, con posible daño físico, amenaza a la propia vida o a la integridad, y donde la percepción del daño hacia el propio sujeto, genera un impacto psicológico negativo. Conocemos cifras de muertos y heridos[5], con variaciones según la fuente de información y procedencia. Se estima que en las últimas cuatro décadas se han producido cerca de 1.300 víctimas mortales atribuidas a los diferentes grupos. Muchas de ellas en Euskadi pero también en Granada, Almería, Vigo, Madrid, Barcelona, etc. A todas estas cifras de muertes podrían sumarse los suicidios y fallecimientos en accidentes, de personas estrechamente afectadas por la actividad armada, ya sea presos acusados de pertenencia a banda armada o agentes de los cuerpos de seguridad. Muertes que los allegados de los fallecidos relacionan directamente con el clima de violencia padecido.

Es aún muy confusa la información sobre heridos. Cálculos realizados a partir de diversas fuentes supera las seis mil personas considerando a quienes sufrieron heridas en atentados y quienes fueron heridos en enfrentamientos con la policía, en manifestaciones, etc., desde finales de los años 60 hasta la década de los años 80.

Otras formas de violencia de los últimos años, han sido la llamada *violencia de persecución* y la práctica de los malos tratos y torturas.

Las *víctimas secundarias o indirectas* son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión y han sido afectados personalmente. En esta categoría se incluyen a los familiares y personas cercanas a las víctimas primarias de actos de violencia colectiva como los del 11-M en Madrid. Si el ataque proviene de un grupo ajeno y externo, la manifestación del dolor, la autoidentificación como víctima es evidente y todos los estudios basados en encuestas tienden a mostrar un alto porcentaje de la población victimizada. Las *víctimas indirectas o afectados contextuales* son personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión sin haber sido afectados personalmente.

Son cifras escalofriantes las miles de víctimas de estas décadas e igualmente escalofriante el reguero y las consecuencias en tantos miles de personas, ya en varias generaciones. De nada sirven comparaciones con otros ámbitos donde los conflictos sociales, étnicos, políticos o del tipo que sean hayan multiplicado sus datos letales. Que en Ulster hayan fallecido más de 3.500 personas o más de 50.000 en Colombia o a saber cuantos miles y miles en otras áreas en conflicto como ocurre en Palestina, Centroamérica, Chechenia, Sudáfrica o en los Balcanes, no nos ha de llevar a confrontar tragedias no equiparables y que en nada ayuda a su reparación, menos aun a la resolución.

ESTUDIOS EN EL ESTADO ESPAÑOL

La historia del Estado español se ha caracterizado, al igual que la de otros estados de su entorno geográfico y cultural, por una relativa continuidad de episodios de violencia colectiva los cuales, aunque de manera residual y concentrados alrededor de escasos discursos ideológicos, han llegado hasta nuestros días. En la historia de España desde los años 30 del pasado siglo -y también con anterioridad- se encuentra una relativa continuidad de episodios de violencia: desde la 2ª República al golpe militar en 1936 con la posterior guerra y resistencia antifascista durante 3 años y continuando con una larga lucha antifranquista con grupos que desarrollaron actividades armadas de características muy variadas: el *maquis*, anarquistas, comunistas, "revolucionarios" marxistas o nacionalistas y otros muchos pequeños grupos fueron expresión de ello, durante el franquismo y en los primeros años de *la transición* a finales de los setenta y años ochenta.

El trienio sangriento 1978-1980 y la década de los años 80 fueron años con un enorme número de asesinatos, más de seiscientos, junto al desarrollo de los grupos paramilitares, escalada de bombas, violencia masiva y crecimiento de la represión policial. Desde los años 90s la actividad armada ha sido mucho más reducida aunque con un eco mediático enorme que ha sobredimensionado el propio activismo y ha favorecido el acercamiento social a las víctimas del terrorismo. En esa década se desarrollaron tanto las organizaciones y fundaciones de apoyo a víctimas del terrorismo como las asociadas a la violencia política o las vinculadas al apoyo y derechos de familiares y presos vascos. Fue una década con asesinatos a políticos y empresarios, y amenazas a colectivos profesionales.

Desde finales de los años 90 y a lo largo de la primera década de este siglo han acontecido importantes pasos en el difícil proceso hacia la paz: creciente organización y apoyo social e institucional frente al terrorismo y frente a todo tipo de violencia; ha habido un período de más de una década con años de "tregua" y negociación (1998-1999, 2004-2006, desde 2010- hasta el presente, con anuncio de "abando-

no definitivo" de la acción violenta armada el 20 de octubre de 2011) con diferentes gobiernos; desconcierto social ante medidas gubernamentales,… Con episodios de dolor y frustración social al acontecer nuevas muertes, explosiones, detenciones, malos tratos o encarcelamientos. O de expectativas en este presente de creación de una cultura de paz. Sin olvidar que los atentados del 11 de marzo en Madrid marcaron el comienzo de un nuevo discurso sobre la violencia, cuyo alcance no es fácil de precisar.

Los estudios se acompañan de no pocas limitaciones acerca del conocimiento. Aunque el impacto en dinámicas colectivas, sociales y políticas es muy significativo, aún no se ha producido un posicionamiento claro sobre el papel de la salud pública en el estudio y abordaje de la violencia, no existiendo estudios detallados de este problema. La mayoría de los trabajos sobre violencia colectiva son descriptivos. Muchos enfoques psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, sociopolíticos, antropológicos y ecológicos,… no van más allá del sentido común[6]. No hay evidencia empírica de una personalidad terrorista aunque sea amplia la bibliografía sobre el rol social del terrorista[7, 8]. Las cuestiones políticas tienen más relevancia que las variables psicológicas y, por otro lado, las explicaciones biológicas, psicosociales, psicologicistas, políticas, sociológicas y económico estructurales del terrorismo no aportan soluciones prácticas a la prevención de la violencia, solo ofrecen ideas parciales. Encontramos demasiado verbalismo irrelevante y siguen siendo necesarios los trabajos sobre el terrorismo desde la reflexión serena.

Sólo recientemente se está comenzando a percibir que la violencia, a pesar de que responde a determinantes que exceden el ámbito estrictamente sanitario, también es un problema de salud pública, responsable de muerte y de carga de enfermedad evitables. Esa interpretación de la violencia como problema de salud pública está sin duda sujeta a matices. No es evidente comprender cuál será el valor añadido de las acciones de salud pública en la búsqueda de soluciones. Las respuestas a los interrogante es posible que vayan surgiendo del debate, estudio y trabajo de los profesionales y grupos interesados en la solución de este problema.

Algunos promotores, grupos o líneas de investigación sobre violencia colectiva se vienen desarrollando en estos últimos años. Estudios de Enrique Baca y cols.[9, 10], con investigaciones sobre los niveles de calidad de vida entre la población de víctimas de atentados asociadas a la AVT, asociación de víctimas del terrorismo; trabajos de Darío Páez y cols.[11] desde la universidad del País Vasco con un largo recorrido en la investigación en torno a la violencia en diferentes presentaciones: violencia colectiva, política o social pues la búsqueda de un sentido -por qué y cómo ocurrió lo que ocurrió- está muy presente en sus trabajo; el Estudio ISAVIC -Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva, trabajo epidemiológico iniciado en el año 2004 y que ya ha visto publicados sus resultados[12], con la colaboración de otros profesionales procedentes de diferentes disciplinas. Contempla la medida del impacto en la salud en los sectores afectados por la violencia general, incluida la colectiva y basado en diferentes instrumentos ya validados; o sobre el 11-M, tras la tragedia que supuso la cadena de bombas en tres trenes el 11 de marzo de 2004 en Madrid ha permitido estudios variados desde el ámbito clínico[13], actuaciones organizativas[14] o trabajos descriptivos tras las intervenciones con afectados desde los CSMs y hospitales de día, y como evaluación de lo desarrollado tras años de la catástrofe. También de opinión y afectación tras el hecho traumático, así como de reconocimiento de los factores que los pacientes consideran les han ayudado a superar la situación traumática[15]. O sobre estrategias de afrontamiento ante hechos traumáticos causados por el terrorismo tras atentado el 11-M[16].

ATENCIÓN PSICOSOCIAL QUE INCLUYA LA SALUD PÚBLICA

Hasta fecha reciente, no se han comprendido los efectos a largo plazo generados por el trauma. Uno de los riesgos más importantes es que la victimización y sentido de injusticia de las víctimas del trauma, sus heridas no curadas, puedan resurgir con un sentido de venganza y destrucción. Aunque el reconocimiento de los efectos a largo plazo del trauma puede servir para compensar el nivel de sufrimiento de estas personas, los efectos sociales de estos fenómenos no han sido demasiado estudiados. Queda pendiente el abordaje de cuestiones fundamentales como son la reparación social y el papel de los vínculos sociales en el control del sufrimiento individual, para prevenir su extensión al tejido social y su transmisión a la siguiente generación.

La OMS reconoce el papel de las estructuras de salud pública en el abordaje de la violencia, e insta a emprender medidas que aborden este problema mediante su caracterización y evaluación de su impacto, y mediante la adopción de intervenciones dirigidas a prevenir sus efectos en la salud de las personas. Llegar a identificar el valor añadido que pueden ofrecer las metodologías y las estructuras de epidemiología y salud pública, para contribuir, desde esta perspectiva, al tratamiento del problema de la violencia puede ser de gran interés. Este proceso podría verse facilitado por la reflexión tanto en el área de investigación como de intervención. Algo que, quizá, las sociedades científicas de salud pública puedan incluso propiciar. Con el reconocimiento y apoyo social, con atención y cuidados profesionales necesarios, ayudando siempre a minimizar el sufrimiento y teniendo presente que el apoyo social es muy distinto a ese abusivo recordatorio de acontecimientos traumáticos.

El hecho de mayor trascendencia asociado a la violencia es indudablemente la mortalidad y el aspecto más fácilmente observable son las lesiones por causas externas (agresiones directas). El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre testigos presenciales de la violencia, entre quienes prestan auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas directas. Pese a que no hayan sufrido directamente el hecho violento, son como decíamos anteriormente "víctimas secundarias". A los efectos en la salud, la violencia colectiva añade otros efectos psicosociales que no son reducibles al impacto individual. La victimización secundaria por rememoración o sensibilización es especialmente importante. Además, la violencia colectiva puede instaurar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad; producir mayor aislamiento y menor confianza social e institucional. El trauma psicosocial expresa la cristalización en individuos de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. La desesperanza, la desconexión cognitiva (atención, lenguaje, percepción,...), las conductas evitativas, el abuso de sustancias tóxicas, etc., son frecuentes en estos casos. El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, la pérdida de autoestima y la sensación de injusticia de las víctimas pueden facilitar la perpetuación de la violencia. Nos encontramos con vidas plagadas de inseguridades y cuestionamientos, con el dolor del duelo y la ausencia, con vivencias de separaciones traumáticas, con múltiples situaciones donde más parece que se trata de *toda una vida viviendo otra vida*, con funcionamientos muy dependientes o de sobreprotección, con mecanismos de protección para sobrevivir a la soledad y desamparo, y a pesar de la dificultad de adaptación a una nueva realidad, a la normalidad, etc., requieren la necesidad de poder vivir de otro modo, de ser poder entendidos y acompañados.

¿POR DÓNDE AVANZAR EN LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA?

Las consecuencias de hechos traumáticos en un pretendido conflicto socio-político exigirían una mayor comprensión social y política para evaluar el impacto, no solo un enfoque clínico. ¿Es labor del terapeuta? Si esta pregunta se hace en Latinoamérica se entenderá que la respuesta afirmativa es lo adecuado. Si se realiza en estas latitudes, será cuestionado. Martín Baró[1] plantea que el trauma psicosocial se refiere a esa relación dialéctica que existe entre la persona y lo social, en el que el trauma ha sido producido socialmente pero se alimenta en esa relación dialéctica entre individuo y sociedad. Muchas personas han vivido una experiencia que tiene un carácter colectivo pero tiene que enfrentar la experiencia con sus recursos individuales. Hay una relación dialéctica desde la cual tenemos que aprender a entender el impacto traumático. Esto tiene implicaciones prácticas importantes. No se puede convertir el país en una clínica, no se puede ir con un modelo clínico individualista a tratar de atender un problema colectivo, una dinámica social, porque se corre el riesgo de medicalizar el sufrimiento de los ciudadanos, psiquiatrizar el sufrimiento en lugar de ver cómo esos modelos ayudan a entender las respuestas y saber qué formas de ayuda son útiles y cuáles no.

Las personas que han vivido un hecho traumático pueden manifestar problemas psicosomáticos, recuerdos repetitivos o pesadillas, aunque puede predominar una sensación de impotencia o conmoción emocional. En esta fase se pueden alternar memorias recurrentes con periodos donde se trata de evitar recurrencias a situaciones traumáticas de hace décadas (pérdidas de seres queridos) en quienes el dolor y la carga de sufrimiento, sigue estando presente, como si hubiera estado conservado en un congelador, es la cuestión de los duelos pendientes.

Cuando hablamos de duelos y miramos hacia atrás nos encontramos con décadas de dolor y duelos generados por la violencia política donde no ha habido un reconocimiento a todos esos familiares que han perdido a un ser querido. Es el dolor callado durante años que florece con toda su intensidad en aquellos familiares de la guerra civil que con el trabajo y reconocimiento que están impulsando y realizando quienes están trabajando en torno a la reivindicada memoria histórica. Con este movimiento hemos podido comprobar que los familiares aún en su silencio tenían heridas sin cerrar.

En nuestro trabajo con víctimas, con familiares, que no remonta a tantos años atrás también hemos podido comprobar que durante muchos años los familiares que perdieron a sus seres queridos han estado y están con la rabia, el dolor y la impotencia ante no solo la pérdida, sino en un clima donde cada vez se han sentido más intimidados y arrinconados, con presión mediática y política sin poder expresar con claridad, fluidez y transparencia su dolor. Pérdidas, con afinidades políticas muy diferentes, antagónicas incluso, que en algunos casos no han visto esclarecidos los hechos de lo ocurrido, ni se han juzgado a las personas que causaron las muertes. Por ello a día de hoy escuchamos la petición y la necesidad no solo del reconocimiento de su dolor sino también saber la verdad y justicia. Estas familias que sufren evidentes violaciones de sus derechos humanos están padeciendo tiempo después las consecuencias de duelos pendientes, la presión psicológica, la intimidación, la frustración, impotencia, desconfianza,… y siempre mucho dolor.

Cuando también escuchamos a víctimas de la violencia política, nos encontramos con personas que han sufrido situaciones de mucho sufrimiento, situaciones traumáticas que no han podido elaborar. En muchos casos su opción ha sido seguir adelante sin pararse a mirar a su dolor. Cuando se les invita a hablar de ello, se observa que hay necesidad de expresar lo que ha supuesto cada situación dolorosa vivida, aunque en algunos casos hayan pasado 25 años.

Para poder reparar se necesita una situación de calma y paz que en los últimos cincuenta años no ha existido. Esto hace que el dolor y el sufrimiento se transmita a las generaciones siguientes, donde la rabia y la impotencia terminan siendo bandera. Nos encontramos con jóvenes que su infancia y adolescencia se ha desarrollado en torno a ausencias de la figura paterna y/o materna por tratarse de hijos de padres asesinados, como también ocurre en hijos e hijas de quienes están durante años en la cárcel o el exilio. Han crecido en un mundo tan específico, pues su vida cotidiana era muy diferente si se comparaban con otros niños o jóvenes. Han tenido que ocultar su realidad para ser aceptados por sus grupos sociales. Sus inseguridades, miedos, tensiones y ausencias han sido silenciadas.

A pesar de que las víctimas de vivencias traumáticas tienen muchas posibilidades de ayudarse y apoyarse mutuamente, y les resultaría provechoso, también es frecuente encontrar que tienen dificultades para ello, que lo tapan con un reflejo de normalizar esas realidades ocultándolas y, sobre todo, por desconfianza. Fuera de su entorno el silencio es absoluto, hay miedo no solo a no ser entendidos sino a ser juzgados y no aceptados.

¿QUIÉN ATIENDE A LAS VÍCTIMAS?

Son elevadas las cifras de personas afectadas por la violencia colectiva, muchos miles de "víctimas" o de familiares en ese proceso de victimización cuyos duelos, trastornos y otras consecuencias no han recibido el necesario apoyo y atención. El discurso institucional expresa claramente el reconocimiento y apoyo a las víctimas. Las Resoluciones desde el Gobierno Vasco y el Parlamento sobre las víctimas de la violencia terrorista, y más tarde sobre la violencia de motivación política, reconociendo otra parte de las personas afectadas por asesinatos del GAL, BVE y otros grupos[17]. Unas y otras resoluciones, aún pendientes de mayor desarrollo y aplicación, dan pasos importantes frente a situaciones previas. Quedan víctimas por reconocer (Granada, Almería, Vigo, Madrid, torturados,...) cuyos afectados y familiares siguen solicitando justicia, reconocimiento y verdad. Pero el Informe sobre las víctimas de violaciones a los derechos humanos derivadas de la violencia de motivación política del Gobierno Vasco ha tenido importantes resistencias para la atención terapéutica en la Sanidad Pública. Las escasas iniciativas institucionales para el necesario apoyo psicoterapéutico son muy insuficientes. Hoy no hay protocolos o programas de atención desde la sanidad pública, menos aún desde otros ámbitos privados. También son escasos los programas de capacitación para profesionales de la salud mental. Más allá de las iniciativas del GAC -grupo de acción comunitaria- y otras pequeñas experiencias no existe una capacitación reglada e institucional.

INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE LA VIOLENCIA

Protección, actuación humanitaria, imparcialidad e independencia han de formar parte del "imperativo humanitario" y de la convicción de que todas las personas poseen la misma dignidad. En la práctica, en muchas intervenciones, ante la presión social, institucional y mediática, esto no se aplica. Es preciso reflexionar sobre los cambios en la actitud de los profesionales. Aunque tenemos interrogantes. ¿Por qué no respetar la autodeterminación y autonomía de las personas afectadas? ¿Por qué pensamos los profesionales que sabemos más y estamos más capacitados para decidir? ¿No estaremos proyectando en el sistema sanitario la imagen inconsciente de la debilidad de los afectados, su incapacidad para tomar decisiones adecuadas y, por ello, la necesidad de que seamos los profesionales quienes tomemos las decisiones? ¿No sigue estando presente la creencia de la falta de preparación de los afectados para tomar sus propias decisiones? ¿Hasta dónde sigue impregnando cierto autoritarismo y clasis-

mo nuestro desempeño profesional? ¿Resistencias a reconocer que la violencia constituye ante todo un grave problema social y de salud, que compete al sistema sanitario y cuyo abordaje exige procesos lentos?

Es preciso caminar hacia un consenso profesional respecto a la conveniencia de desarrollar ciertas acciones ante la violencia. Lo cual no es sencillo. Generar un ambiente adecuado que facilite la expresión de la vivencia, garantizar la confidencialidad, no emitir juicios, explorar los posibles malos tratos, ofrecer apoyo, coordinación con otros servicios, alentar que tiene derecho a vivir sin violencia, explicar las consecuencias de la violencia, ofrecer ayuda terapéutica; Respetar que muchas víctimas no quieran ser visibles y muchos familiares de víctimas hayan decidido permanecer invisibles por temor a ser victimizadas de nuevo; O saber trabajar en equipo desde el modelo biopsicosocial y con abordaje interdisciplinario. Los aspectos emocionales y afectivos y el contexto social han de valorarse para formar parte del plan de tratamiento y seguimiento; Coordinación y la conexión con otros sistemas de apoyo [institucionales y redes de apoyo informales] y de los profesionales de los equipos de salud mental se tornan imprescindible; formación (conocimientos, actitudes y habilidades) en diagnostico acerca a aquello en lo que se piensa que puede existir pues no es casual que los estudios reflejen prevalencia oculta en las consultas; Explorar, en el caso de que haya hijos y otras; Fomentar el trabajo grupal y comunitario como medida de prevención primaria y secundaria; Generar las condiciones adecuadas para que los profesionales que les atienden puedan realizar su trabajo de apoyo y acompañamiento en función del ritmo y la peculiaridad de cada persona agredida, sin verse sometidos a dilemas éticos y legales.

Estamos ante necesidades psicosociales de envergadura que en la actualidad carecen de la necesaria oferta asistencial. Y como tampoco hay profesionales capacitados será preciso atender a las demandas de todas las víctimas. En la Sanidad pública y/o privada. Es preciso realizar un trabajo clínico, y de acompañamiento y comprensión del dolor. Y para ello necesitamos de la implicación institucional y profesional con las víctimas de violencia colectiva que confiamos sea creciente, más según se vaya clarificando el panorama político y desaparezca la actividad violenta.

Tendremos que realizar esfuerzos por reconocer el dolor de las víctimas, reforzar su atención sociosanitaria y contribuir a reconstruir sus entornos sociales. Conviene evaluar las necesidades de las víctimas y de las personas más sensibilizadas de la población así como identificar a todas las víctimas de la violencia. También en invertir en programas de prevención de la violencia colectiva y de sus efectos devastadores.

Si hacemos un pequeño recorrido a los diferentes procesos de reparación y reconstrucción que ha habido en los diferentes países donde ha existido una realidad de violencia política, vemos que las comprensiones en salud mental no suelen tener en cuenta adecuadamente el contexto político-social. Como nos explica Brandon Hamber[18], existe un vacío importante entre la política y la psicología que hay que subsanarla para poder intervenir de una manera adecuada con las víctimas de la violencia política. El papel de los profesionales de salud mental en los procesos políticos y sociales debería de abordar el impacto individual de la violencia desde una perspectiva también colectiva y política. La comprensión del impacto debe de tener en cuenta no solo a la persona sino también de la sociedad. Stevan Weine[19], trabajando con refugiados bosnios vio que si el trabajo con las víctimas se realiza bajo determinadas condiciones como seguridad y confianza, el testimonio de las víctimas puede llegar a ser una herramienta útil para aliviar el sufrimiento, especialmente para aquellos que no están demasiado predispuestos a utilizar los servicios psicológicos principales, en nuestro caso los públicos.

Ocuparse de las víctimas es trabajar con un espíritu de de unidad, ofreciendo lo que podemos hacer y aceptando que es un proceso complicado y que no existe ninguna fórmula mágica donde se pueda aliviar rápidamente el sufrimiento. El trabajo con las víctimas y familiares en un contexto de violencia política debe de tener en cuenta también el contexto social que está interrelacionado con su sufrimiento de una manera profunda. Se trata también de tener en cuenta el marco ideológico, una forma de ser, pensar y trabajar. Independientemente de lo que pensemos los profesionales, las víctimas y sus familiares también son agentes activos de la sociedad y en sus propios procesos de curación, y no meramente objetos o víctimas de las circunstancias. Ellos también dan forma al mundo social, y esto tiene su impacto sobre su salud mental, a veces positivamente y a veces no.

El papel del trabajador de salud mental debe aportar en este proceso el apoyo a las víctimas, facilitando la exposición de sus relatos y testimonios, ofrecer estrategias de intervención para aliviar sus sufrimientos, dar un apoyo psicológico a quienes lo necesiten. Pero esto debe de ir unido a un trabajo y un proceso donde se esté garantizando alcanzar la verdad de todas las situaciones que se han dado en el propio conflicto, así como recibir justicia y reparación.

A veces el trabajo que se quiere realizar es reparar lo irreparable. La violencia colectiva genera un trauma donde hablar de una recuperación total es imposible o de hablar de un cierre psicológico total. Aunque las víctimas y sus familiares pueden recuperar cierto estado de salud, nunca podrán volver al punto donde estuvieron. La curación solo puede ser suficientemente buena , pero las víctimas se pueden sentir subjetivamente satisfechas si se realizan las suficientes acciones para compensar sus sufrimientos, aunque siempre puede quedar cierto grado de ambivalencia no solo individual sino marcada también por el contexto social. La esperanza y la liberación llegan cuando uno reconoce que puede vivir con la ambivalencia implícita dentro de lo que le ha ocurrido, y se percata del poder que tiene cuando aprende a vivir con ello y a utilizarlo para el bien personal y social. Debemos ayudar y acompañar a las víctimas en este proceso de aprender a vivir con la ambivalencia y que el sufrimiento vivido sirva para aportar en la colectividad y en la sociedad mayores espacios de escucha, comprensión y empatía.

Escuchar a las víctimas y darles un espacio para que hablen, no para utilizarlas con fines meramente políticos ayudaría a estrechar el vacío entre el ritmo del proceso de curación individual y el proceso del contexto político. Las víctimas, como ciudadanos activos deben de tener una voz social legítima y continua donde permita educar a la sociedad en general en cuanto a las verdaderas necesidades y su impacto, y quizás incluso decirnos lo que puede ser necesario para impedir futuras violencias.

Los trabajadores de la salud mental no podemos solucionar todos los problemas sociales y políticos, pero podríamos aportar que el conocimiento psicológico se ponga al servicio de la construcción de una nueva sociedad. Si queremos que el conocimiento psicológico sirva para cambiar la sociedad, quienes trabajamos en la Salud mental debemos acercarnos y encuadrarnos con otras disciplinas como son los profesionales de derecho, políticos, criminólogos, antropólogos, mediadores, sociólogos, trabajando conjuntamente con un objetivo común, que sería restablecer nuestro contexto social, escuchar y canalizar todas las necesidades de la colectividad y generar una política y un mapa de realidad donde se de cabida a todos los sentires sin exclusión. Deberíamos de ser capaces de generar puentes entre los procesos individuales y los cambios colectivos, también las políticas sociales. Y poder aportar explicando y haciendo comprender a los políticos el complejo recorrido que es la recuperación y curación de los procesos traumáticos, para que en un

proceso de pacificación y de reconciliación se tenga mayor conocimiento de lo que se está tratando, y no se cometan los errores de hablar de las víctimas sin contar con ellas, o que se tomen medidas de reparación que no sirvan para mucho, o que se intente cerrar un ciclo apresuradamente sin que parte de esa sociedad esté preparada para ello.

¿CÓMO ATENDER A LAS VÍCTIMAS?

Aprendiendo de las experiencias en otros países del trabajo que han realizado y están realizando con las víctimas de la violencia, observamos que en el acompañamiento a las víctimas debe incluir la perspectiva de generar un tejido social hacia la reconstrucción. Tenemos que evitar la visión uniformadora de las víctimas, en donde todas las víctimas tienen las mismas necesidades, la misma ideología o las mismas visiones. Tener en cuenta que existe una pluralidad entre las víctimas. Hay víctimas organizadas, víctimas no organizadas, víctimas con diferentes ideologías, . Por lo que tener una visión más plural, más enriquecedora de la diversidad ayudará a realizar un acompañamiento más reparador e incluyente.

Debemos de tener en cuenta que un proceso de violencia de tantos años ha generado también un impacto traumático en nuestra sociedad. Este impacto y la del sufrimiento y el dolor de las víctimas de los partidos políticos para sus propios fines políticos no han hecho más que generar una dinámica polarizante en nuestra sociedad, que nos ha llevado a la confrontación continuada, alejándonos de la dinámica de entender y escuchar el dolor. Un riesgo precisamente a evitar es la politización de las víctimas. Ser víctima de las violaciones de derechos humanos conlleva a hechos graves que nos debe de llevar a realizar una política de la verdad, justicia y reparación.

Se ha generado una creciente dinámica de reconocimiento y presencia social de las víctimas, pero también una creciente polarización y estereotipo de la propia realidad de las víctimas, reconociendo a unas y excluyendo a otras aunque a nivel institucional sí se vayan dando pasos de reconocimiento. Por esto es clave aprender a trabajar en el contexto de polarización. Si no superamos este contexto nos encontramos y nos encontraremos con grandes dificultades para poder hablar de este tema. La polarización genera un estrechamiento en la percepción de dos bandos, nosotros y ellos. Una dinámica muy rígida donde no hay espacio para matices, es blanco o negro donde uno se apunta con una fuerte carga emocional y donde no hay espacios para poder trasladar toda esta carga desde un espacio de empatía comprensión y reconocimiento.

Desgraciadamente las dinámicas de polarización rompen el sentido común, no nos permite ver más allá del dolor propio y no el del otro y nos lleva a discusiones sobre quiénes son los que hablan haciendo caso omiso a lo que dicen. El énfasis se pone en el interlocutor y no tanto en el mensaje, así según qué diga se manipulará, se tergiversará solo para fines políticos y no teniendo en cuenta lo importante que es llegar a un espacio de entendimiento entre todos. La polarización conlleva a realizar preguntas tipificantes que sustituyen a las preguntas de contenido. El de qué lado estás sustituye a lo que dices. Y esto hace que haya muchas cosas de las que no se puede hablar porque ni siquiera se escuchan, según quién las diga. Esto hace más difícil generar un escenario de reconstrucción del tejido social, donde incluso en el nombre que se le ponen a las cosas no se está de acuerdo. Si se utiliza la denominación víctima del terrorismo esto en un sentir de la población genera la exclusión de otras víctimas del terrorismo y violencia de Estado o la asociada a la época franquista. Si se dice víctimas de la violencia política , una parte de la población opina que se legitima a ETA. La terminología que se está usando tiene una carga política de tal envergadura que no se termina de incluir a todas las víctimas. Esta dinámica nos ha llevado a que es muy difícil hablar en nues-

tro país de las víctimas, y frente a esto la respuesta en muchos casos ha sido la inhibición, el silencio y desesperanza.

Nuestro trabajo debe ser intentar romper estas dinámicas, poner la realidad en otro sitio, empezar a hacer las cosas de otra manera, dentro de una política de reconstrucción y evitar lo que hasta ahora se ha potenciado, la imposición de unas formas de hacer y todo lo demás se excluye, cuando nuestro trabajo debe de estar basado en una política incluyente, incluyente de todas las realidades.

Miramos la historia de otros países y vemos que las situaciones de conflictos armados se dan y se convierten en buenas y malas, en base a si son útiles para mí o no. Se miente mucho y se dicen muchas medias verdades, pero como dice Martín Beristain[20], aunque las juntes todas nunca dan una verdad entera. Esto forma parte de lo que hay que cambiar, llegar al acuerdo del respeto a los DDHH, y el básico derecho a la verdad debe de ser el espacio compartido para poder caminar en la reparación y la reconstrucción de nuestra sociedad.

Las memorias defensivas en situaciones de violencia tienden a crear en los grupos memorias en las que si se reconoce el dolor que al propio grupo le han dado, con los que se identifican pero no se reconoce el dolor de los otros. La memoria genera un valor defensivo de una identidad, por eso es muy difícil hablar de las víctimas en un contexto más ampliado, porque cualquier cosa que se diga se vive como un ataque a la identidad. Las memorias defensivas generan la función de proteger la identidad de grupo con la que uno se identifica, pero debemos de romperlas para generar parte del tejido social, generando una memoria más incluyente y por lo tanto menos defensiva. Esto tiene que ver más con lo psicosocial, con hablar, con escuchar, con encontrar el espacio para el reconocimiento, con la empatía, con situaciones y movimientos claves no solo para un trabajo grupal, sino también en el ámbito y contexto social.

Dentro de una política de reconstrucción del tejido social, de la convivencia, del reconocimiento y del establecimiento de los lazos es el reconocimiento de la verdad y el sufrimiento. En nuestro contexto social no hay un ocultamiento total del sufrimiento, pero no están plasmadas todas las realidades de víctimas y victimarios. Plasmar la verdad de todos los sufrimientos generaría un espacio donde se legitimaría la existencia del sufrimiento de las personas, generando un marco social justo.

La reparación y el reconocimiento deben cubrir a todas las víctimas. Si hasta ahora ha habido un mensaje y un hacer discriminatorio, tendremos que hacer un esfuerzo para superar la dinámica discriminatoria cuando hablamos de las víctimas. La discriminación nos ha llevado no solo a utilizar diferentes conceptos, sino que diferentes conceptos han dado lugar a diferentes derechos para las víctimas. Es la violación de los derechos humanos lo que debería de generar el derecho a la reparación, independientemente de quien lo haya realizado. Esto requiere su corrección en la atención de las víctimas del terrorismo si queremos apoyarnos en una política de reparación real.

La reparación se puede empezar a hacer cuando el contexto político está en una política de transición hacia un proceso de paz. Pero para poder llegar a convivir psicológicamente con la traumatización política es recomendable focalizar el entorno social y comunitario, porque la destrucción de parte del contexto social está relacionada con la naturaleza de la traumatización política. La reparación y la reconstrucción debe de realizarse con un trabajo y coordinación interdisciplinar, no solo es trabajo de los profesionales de salud mental el atender a las víctimas: los políticos, la justicia y los agentes sociales debemos de trabajar conjuntamente para entre todos generar una política de honesta reparación y reconstrucción de nuestra sociedad. Debe de haber un consenso y una dinámica equilibrada entre las necesidades individuales de las víctimas y las demandas sociales y políticas.

Si miramos los procesos de reconstrucción y reparación que se han dado en otros países en el mundo, hemos podido comprobar y así nos lo han demostrado aquellos que han trabajado y están trabajando en las comisiones de la verdad. Hay realidades que no se vislumbran por motivos e interés políticos donde tienden a ser ocultadas. Deberíamos de aprender y facilitar el poder hablar de los otros, escuchar y comprender aunque no se esté de acuerdo ideológicamente. Wilson[21], antropólogo que trabajó en Guatemala y Sudáfrica en el proceso de reparación nos habla de lo importante que es la igualación moral del sufrimiento, para poder abordar las diferentes situaciones y tipos de víctimas. Desmond Tutu[22] fue el presidente de la Comisión de la Verdad de Sudáfrica, la primera comisión que tuvo audiencias públicas, lo que supuso una gran novedad. Hasta entonces todas las comisiones trabajaban en la recogida de testimonios de las víctimas en un ámbito más privado, pero no hicieron audiencias públicas. Esas audiencias públicas permitieron que las víctimas pudieran ir a contar sus realidades ante los comisionados, y los propios comisionados también llamaban a algunos perpetradores y testigos, donde se hacía una política de igualación moral con todo tipo de víctimas. Se intentaba recoger todas las realidades, todos los sufrimientos y empatizar con todas las víctimas donde era básico superar el contexto de polarización.

Se necesita una igualación moral, igual respeto, reconocimiento, empatía y reparación. Para la víctima sea quien sea el victimario, lo básico y lo fundamental en términos de impacto, de las consecuencias de la destrucción de sus vidas debe de ser parte del consenso de ser tratado con el mismo respeto de su dolor y sus consecuencias. De momento nos encontramos en un marco complejo, de cambio de la realidad social que requiere de un proceso adaptativo a nuevas realidades. Como ya sabemos, a las personas nos cuesta generar los procesos de cambio, y mayor dificultad cuando estamos hablando de una dinámica no solo individual sino colectiva. En un proceso de paz, donde los mensajes y los discursos deben de cambiar en su globalidad y totalidad, donde los movimientos para encontrarse en el camino deben de ser sinceros y reales, para poder empezar a ganar confianza de que nuestra sociedad se puede ir encontrando, sin caer en dinámicas que hasta ahora no han hecho más que generar mayor distanciamiento y provocando mayor desolación si cabe en las víctimas que son los primeros sufrientes del conflicto político de nuestro país. Por respeto a todas ellas es nuestro deber promover una dinámica de entendimiento, de inclusión de todas las realidades, generando un espacio psicosocial donde acompañemos a las víctimas, y que ninguna se sienta marginada ni aislada. Abramos un espacio donde se permita hablar de lo ocurrido, legitimando el dolor, respetando las diferencias y reconociendo los derechos no solo individuales sino también colectivos. Si queremos reparar el sufrimiento y generar ciertas garantías de que estas situaciones no se repitan, el proceso de reconocimiento debe de ser honesto y real, buscando vías no solo para la reparación sino también trabajando para generar espacios donde se incluyan todas las necesidades, creencias, ideologías e identidades.

La reconstrucción debe de ser positiva, no solo debe enfatizar en el daño, sino también en la fortaleza de una sociedad en la que se puede cohesionar a pesar de sus diferencias, siempre y cuando todos tengan un espacio donde se plasme su realidad y exista el reconocimiento de las diferencias sin obviar que detrás de tanto dolor existe un conflicto político no resuelto y que es responsabilidad de todos generar caminos de no violencia para resolverlo. Garantía de no repetición.

RESUMEN
En este texto nos acercamos a aspectos conceptuales de violencia, de las víctimas de la violencia colectiva y política, y nos referiremos a algunos estudios y grupos de investigación sobre estas cuestiones en el Estado español, aludiendo particularmente a algunos trabajos notorios en la pasada década. Tras estas aportaciones a modo de encuadre y tras una pregunta introductoria -¿por donde avanzar en la intervención terapéutica?- nos adentraremos en la cuestión de los duelos pendientes, los discursos de las víctimas y las necesidades de apoyo social y sanitario, con breve parada para señalar la importancia de las intervenciones grupales. Finalmente una pequeña reflexión sobre la actuación de los profesionales que trabajamos por una salud mental de calidad.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Brandon Hamber (2011) *Transformar las sociedades después de la violencia política. Verdad, reconciliación y salud mental*. Edita ICIP, Barcelona. Abordaje del papel de la salud mental en la justicia durante las transiciones donde las personas supervivientes de la violencia ocupan un lugar muy importante. Tratamiento del impacto de la violencia política como inseparable del contexto social, y el alivio o *curación* directamente relacionada con los procesos de verdad, justicia y reparación. La construcción de la paz, la atención a las violaciones de los derechos humanos con sus heridas, desafíos y trabajo psicosocial son abordados con gran dosis de esperanza.

Darío Páez, Carlos Martín Beristain, José Luis González-Castro, Nekane Basabe, Joseph de Rivera (Eds.) (2011) *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Fundamentos Ed. Colección: Ciencia. Madrid. 680 pp. Este volumen analiza el impacto de la violencia colectiva en sus víctimas directas y en la sociedad en general, y el desafío que supone la reconstrucción de las relaciones sociales, las bases de la convivencia y el respeto a los derechos humanos. Participan más de 40 investigadores del ámbito psicosocial de diversas universidades que reflexionan sobre los procesos de justicia y reconciliación, o las aportaciones sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud, en el bienestar o las creencias y valores, así como sobre las formas de afrontamiento y crecimiento postraumático. Con el uso de muchos instrumentos a través de estudios en guerras o con víctimas del terror. Buena herramienta desde la reflexión y la práctica para quienes pretenden acciones preventivas, para la rehabilitación o para la propia investigación social.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Martín-Baró, I. Psicología social de la guerra. El Salvador: Ed UCA; 1990.
(2) Moreno Martín, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política. De las guerras centroamericanas al 11 de Marzo de 2004. Clínica y salud, 15, (3), 227-271.
(3) WHO. 49 Assembly of the World Health Organization. Resolution WHO 49.25. Preventing violence: a public health priority. New York. 1996.
(4) Organización Mundial para la Salud, OMS. World report on violence and health. Ginebra. 2002.
(5) Markez I; Moreno, F; Izarzugaza,I (2006) La violencia colectiva. Un problema de salud pública pendiente de ser investigado. Norte de salud mental Vol VI, 25: 45-59.
(6) Fernández-Ríos, L (2007). Las raíces del terrorismo: de la psicología de la multicausalidad a la patología de la ignorancia. Psicología Conductual, 15, 113-128.
(7) Forst, B. Terrorism, crime and public policy. Cambridge University Press. 2008.
(8) Hargan, J. Psicología del terrorismo. Madrid: Gedisa, 2006.
(9) Baca, E. y Cabanas, M. L. Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. Archivos de Neurobiología 1997; 0 (4): 283-296.
(10) Baca, E. y Cabanas, M. L. (Eds.). Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos. Madrid: Triacastela; 2003.
(11) Páez, D. et als. (2007). Social sharing, participation in demonstrations, emotional climate and coping with collective violence after the march 11th Madrid bombings. Journal of Social Issues, 63 (2), 323-337.
(12) Larizgoitia, I; Izarzugaza, I; Markez, I et al (2011) ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. Gac. Sanit. 25 (3): 246-253.

(13) Benito Ruiz, A., Oudda L., Benito G., Lahera A., Fernández Liria,A. (2007). Demanda de atención en salud mental por los atentados del 11-M en Alcalá de Henares. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, nº 99: 21-38.
(14) Baldor I., Jerez, M.C., Rodríguez Piedra, R. Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un Centro de salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2005, 94: 43-63.
(15) Benito, A., Oudda L., Benito G., Lahera A., Fernández Liria,A. (2010) Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010, vol. XXVII, nº 107: 375-391.
(16) Campos, M., Páez, D., Iraurgi,I. y Velasco, C. (2005): "Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes y traumáticos: metaanálisis de 14 estudios y un estudio longitudinal sobre el 11-M" Ansiedad y Estrés, 10, 277-286.
(17) Landa Gorostiza, JM. Víctimas de vulneraciones de derechos humanos derivadas de la violencia de motivación política. Edita Sº Central de publicaciones de Gob. Vasco. Gasteiz. 2009.
(18) Hamber, B. Transformar las sociedades después de la violencia política. Verdad, reconciliación y salud mental. Barcelona: ICIP; 2011.
(19) Weine S. (2006) Testimony after catastrophe: Narrating the traumas of political violence, Northwestern University Press, Evanston, IL.
(20) Martín Beristain, C. Diálogos sobre la reparación. Qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos. Quito: Mº de Justicia y Derechos Humanos; 2009.
(21) Wilson, RA The politics of truth and reconciliation in South Africa: legitimising the post-apartheid state, Cambridge University Press, Cambridge; 2001.
(22) Tutu D No future without forgiveness, Rider, London; 1999.

5.18. Atención a la salud mental en el medio penitenciario

Enrique Pérez

1. INTRODUCCIÓN

Con la publicación en 1985 del Informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica[1], se establecieron las bases para un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad. Hay que destacar que en aquellas fechas, el propio Informe señaló, como una de las áreas prioritarias, la actuación sobre las personas en cumplimiento de causa penal.

Sin embargo, el desarrollo de la Reforma, durante los siguientes veinte años, puso de manifiesto que los dispositivos de atención primaria y de salud mental, sobre los que pivotaba el eje de la misma, pronto se vieron saturados por la imparable demanda de los llamados trastornos mentales comunes[2], lo cual, unido a la escasez de recursos comunitarios para garantizar la autonomía de los pacientes con trastornos mentales graves (TMG), ha favorecido el desplazamiento de estos pacientes graves fuera del sistema[3]. Dentro de esta población, serían aquellos en situación de pobreza y de exclusión social o con patología dual, los que tendrían un mayor riesgo de incurrir en comportamientos delictivos y así alcanzar, en proporciones crecientes, el medio penitenciario[4].

Por tanto, habría que retomar la vieja pregunta de Foucault: "¿Hay relación entre el éxito de la Reforma Psiquiátrica y el fracaso de la penitenciaria?, si una sociedad libera a los locos de su encierro ¿significará esto que la prisión ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio?[5]. Y desde ella reflexionar sobre los nuevos mecanismos de exclusión que se han articulado alrededor de la locura, para poder diseñar estrategias de intervención que rompan el bucle enfermedad-delito- prisión. No en vano, éste es uno de los puntos críticos, señalados en el desarrollo de las Líneas Estratégicas del Sistema Nacional de Salud [a], para garantizar "la equivalencia de cuidados"[6].

2. EPIDEMIOLOGÍA

Los primeros estudios epidemiológicos de Guze en 1976 y Coid en 1984, concluían que los trastornos psiquiátricos mayores, incluyendo las psicosis, no eran más frecuentes en las prisiones que en la población general[7]. Sin embargo, desde 1990, la mayoría de los estudios realizados, encuentran unas tasas claramente mayores de patología psiquiátrica en prisiones, sobre todo de abuso de sustancias, trastornos del humor, psicosis y trastorno disocial de la personalidad (tabla 1).

La disparidad en las cifras de prevalencia publicadas puede explicarse por las diferencias entre los distintos sistemas penitenciarios y los sistemas de atención a la salud, así como por factores metodológicos (distintos criterios de inclusión, sesgos de selección, procedimientos diagnósticos heterogéneos, ausencia de criterios diagnósticos operativos y tamaños muestrales insuficientes)[7, 13]. Sin embargo, es evidente que todos los estudios señalan claramente que el número de internos en las prisiones que padecen una enfermedad mental está creciendo[4, 13].

Es importante señalar la fuerte interrelación que existe entre el sistema judicial y el sistema de salud, de modo que los cambios

---

[a] La atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas recluidas en centros penitenciarios y las personas sin hogar

Tabla 1. Prevalencia de trastornos mentales en población penitenciaria.

Estudios publicados	*Prevalencia global de trastornos psiquiátricos.*	*Psicosis (esquizofrenia, psicosis afectivas, paranoia)*	*Trastornos afectivos*	*Trastornos de la personalidad*
Gunn,1991[8]	37%	2%	6%	10%
Fryers,1998[9]		7,5-10% en varones 14% en mujeres	20% en varones 75% en mujeres	49-63% en varones 31% en mujeres
Fazel,2002[10]		3,7% en varones 4% en mujeres.	10% en varones 12% en mujeres	65% en varones 42% en mujeres
Pato,2003[11]	75%	20%	54%	
Zoccali,2008[7]	85,2%	4,1%	16,5%	20,6%
Lafortune,2010[12]	61%	15%	21,4%	18%

que se producen en uno de ellos se trasladan claramente al otro. Así, recientemente Yoon, ha podido establecer cuantitativamente, cómo afecta la privatización de camas psiquiátricas sobre el crecimiento de la población penitenciaria. De modo que en el período comprendido entre 1985 y 1998, en 45 estados de Norteamérica y en Columbia, se demuestra que el aumento de un punto porcentual en la proporción de camas psiquiátricas privadas con ánimo de lucro, contribuye a un aumento del 2,3% anual de la población penitenciaria[14].

Frente a la mayoría de los estudios publicados, que son de tipo transversal, hay que señalar el de Prince[15], que fue prospectivo y que estudió una cohorte de 538 pacientes con psicosis, que tuvieron un primer ingreso psiquiátrico y a los que siguieron durante cuatro años. Encontraron que 47 pacientes (9%) fueron encarcelados durante el seguimiento y de ellos 20 fueron multireincidentes. Los factores predictores más significativos del riesgo de ser encarcelado fueron el sexo masculino, la raza negra y tener historia previa de encarcelamiento. Sorprendentemente, los factores relacionados con la psicopatología tenían escasa relevancia; el abuso de sustancias tenía una influencia limitada y el mayor peso lo aportaban los factores relacionados con la desventaja social (pobreza, altas tasas de desempleo y acceso limitado a los servicios públicos).

Abundando en los aspectos relacionados con la desventaja social, Markowitz[16] señala que el grupo de enfermos mentales con mayor riesgo de ingresar en prisión, es aquel que padece diversos trastornos mentales, presenta comorbilidad con abuso de sustancias y tienen una baja adherencia a los tratamientos. Estos pacientes se escapan, a través de las fracturas y discontinuidades del sistema de salud mental, y acaban viviendo en la calle, en situación de desventaja social y en entornos vecinales "desorganizados", en los que el estrés y las diferencias culturales confrontadas potencian el riesgo de caer en conductas delictivas[b, 17].

---

[b] La experiencia reciente de quedarse a vivir en la calle era de 7,5 a 11,3 veces más frecuente en lo presos de EEUU que en la población general. De modo que estar sin hogar y el encarcelamiento parecen incrementar cada uno el riesgo del otro.

3. ANÁLISIS DE LA DEMANDA PSIQUIÁTRICA EN PRISIONES

En los estudios publicados en nuestro medio[18, 19], la demanda de atención psiquiátrica se sitúa entre el 9,5% y el 13,8% de la población penitenciaria. Su perfil característico difiere del de la población carcelaria común (tabla 2) y los diagnósticos más frecuentes son: trastornos de personalidad y conducta (18-32%); trastornos adaptativos (21%); trastornos psicóticos (20%); trastornos afectivos (10%) y ausencia de diagnóstico (9%). El número de visitas de seguimiento es escaso (con una media de tres) y predominan los tratamientos farmacológicos (59%) frente a las psicoterapias (2,7%). El bajo porcentaje de casos derivados a psiquiatría que no reciben diagnóstico psiquiátrico (9%), nos habla de la buena capacidad discriminatoria de los médicos de prisiones.

Como vemos, la demanda originada por trastornos psicóticos es muy alta (20%), lo cual no es de extrañar, ya que cuando el Defensor del Pueblo Andaluz[20] investigó cuántos enfermos mentales graves y crónicos, incapaces de conocer el sentido de la pena, había en las cárceles andaluzas, encontró nada menos que 370 psicóticos crónicos, lo cual supone el 4,35% de la población reclusa en Andalucía. Su perfil se correspondía con el del marginado y excluido social.

Es un hecho bien conocido que de las altas tasas de prevalencia de patología mental en prisiones, hay un porcentaje elevado (entre el 63% y el 83%) de los casos que no son detectados a su ingreso y, por tanto, no reciben tratamiento[12]. Los casos que pasan desapercibidos con más frecuencia son los trastornos depresivos, los que se dan en sujetos de mayor edad y los que ocurren en pacientes pertenecientes a minorías étnicas y culturales.

Otra demanda importante en el medio penitenciario es la prevención y atención a los internos con riesgo suicida. No en vano es la primera causa de muerte en las cárceles de EEUU, con una tasa estimada de 47 a 110 casos por cien mil internos (la cual es una cifra de 9 a 14 veces superior a la encontrada en la población general)[21]. En nuestro medio, la DGIIPP publicó, en un estudio transversal, un 2,7% de intentos de suicidio en prisión[22].

Aunque la enfermedad mental coexiste en un alto porcentaje (77%) de los sujetos que realizaron su primer intento autolítico en prisión[21] y un tercio de ellos ya tenían un antecedente de intento de suicidio antes del ingreso en prisión[22], es evidente que los factores asociados al internamiento también juegan un papel importante[23]: sentencias largas, aislamiento y segregación, escasas relaciones sociales que se van perdiendo con los años de condena, pérdida de la tutela de los hijos (en el 50% de las mujeres y el 75% de los varones)[24], etc. De modo que, final-

Tabla 2 Perfil de la población carcelaria y de la población carcelaria con enfermedad mental

PERFIL DE PRESOS	PERFIL ENFERMOS MENTALES
Jóvenes entre 18-35 años (86,8%)	Varones entre 25-40 años (pico con edades por encima de los 60 años)
Estudios primarios (70%)	Nivel cultural bajo, casi analfabetos.
VIH y/o VHC (85%)	Penas largas
Politoxicómanos (60%)	Sin recursos económicos
	Sin apoyo familiar, excluido social.

mente los problemas con la institución o con otros reclusos acaban actuando como factores precipitantes. Esto nos lleva a preguntarnos, si el estado de anomia que favorece la cárcel, hace que la vida pierda el sentido y sea la base existencial para un porcentaje de los suicidios que ocurren en prisión.

4. EL ITINERARIO JUDICIAL DEL TRASTORNO MENTAL

Si nos preguntamos por qué hay enfermos mentales en las cárceles, veremos que dos son los caminos de llegada, tal como señala Santos[25]: 1) *los casos de enajenación inadvertida.* Es frecuente que el trastorno mental no sea detectado durante el procedimiento y, por tanto, no sea tenido en cuenta en la sentencia. Además los pacientes con TMG, debido a sus limitadas capacidades y a su pobreza, recurren mayoritariamente al turno de oficio, lo que facilita que la defensa sea difícil de preparar y 2) *los casos de enajenación advertida pero no apreciada como causa de inimputabilidad.* Las corrientes de opinión, tanto en el campo legal como en el de la Salud Mental han potenciado mucho esta vía de entrada. Así, el Código Penal de 1995 relativizaba la importancia del diagnóstico psiquiátrico, al valorar la imputabilidad poniendo el acento en la relación entre el padecimiento y el hecho concreto al tiempo de su comisión. Desde corrientes psicoanalíticas y sobre todo a raíz del caso Althusser[c], se potenciaba el "derecho" del enfermo mental a "expiar su culpa" en prisión, (sin embargo, a nadie se le escapa que es imposible mandar a la cárcel solamente la parte sana del sujeto, y por tanto, la sentencia debería recoger como hecho probado la existencia de una anomalía psíquica y la adopción de medidas de seguridad adecuadas para la realidad de una persona enferma). Debajo de estas corrientes de pensamiento es fácil encontrar otros motivos, de índole práctica, como el rechazo de los hospitales públicos a estos pacientes y la propia saturación asistencial del sistema.

Ahora bien, si nos preguntamos sobre qué factores están contribuyendo al incremento de enfermos mentales que están llegando a las cárceles, veremos que tienen que ver con una concatenación de circunstancias que podemos esquematizar en tres momentos:

1) Situaciones previas al delito.

Junto con los factores señalados anteriormente, relacionados con las situaciones de desventaja social en los enfermos mentales[15-17], hemos de tener en cuenta algunas debilidades propias de los sistemas de salud mental, como son su saturación por la demanda que generan los TMC, la falta de flexibilidad por parte de los dispositivos para dar respuesta a las necesidades planteadas por los pacientes graves, la fractura existente entre las Unidades de Salud Mental y las de Conductas Adictivas (lo que dificulta la posibilidad de un tratamiento integrado para pacientes con patología dual) y la escasa participación de usuarios y familiares en la priorización de objetivos o en la evaluación de los servicios.

Además, la dificultad de los pacientes psicóticos para mantener un comportamiento socialmente aceptado, debido al fracaso del juicio de realidad, la presión al acto por los delirios y alucinaciones, la capacidad dañada para el procesamiento de información subjetivamente relevante (cognitiva y emocional), las dificultades en las relaciones interpersonales y la falta de conciencia de enfermedad, favorecen su puesta en contacto con el sistema judicial.

Finalmente señalar que la ausencia de estructuras de tutela de los enfermos mentales, impide la representación y la atención

---

[c] En 1980, el filósofo marxista estructuralista Louis Althusser, estranguló a su mujer, Hélène, de 70 años de edad, en el seno de un delirio melancólico de catástrofe. Pero también es cierto que en su último libro de memorias escribió que el más terrible e insoportable de todos los aparatos ideológicos del Estado era la familia (Nota de los editores: Althusser L. L´Avenir dure longtemps suivi de Les fait, Éditions Stock/IMEC; edición en español: Althusser L. El porvenir es largo. 1992. Barcelona, Destino).

a los intereses de los enfermos infractores, y les deja en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales.

2) Itinerario del paciente detenido.
Ya hemos hecho referencia al alto porcentaje de casos con enfermedad mental que pasan desapercibidos tanto en comisarías como en centros de detención[12]. Pero, aún siendo reconocida la patología, hemos visto cómo las corrientes de opinión prevalentes, acerca de la pertinencia de que los enfermos mentales sean declarados responsables de sus conductas delictivas, acaban empujándolos al interior de las prisiones.

Los tribunales imponen cada vez condenas más prolongadas a estos pacientes, llegando a doblarse, en los últimos veinte años, las penas impuestas por los mismos delitos[26]. Al mismo tiempo la presión social considera el internamiento psiquiátrico como una actitud benevolente hacia el infractor.

Los enfermos mentales graves en prisión suelen pasar largas temporadas en las enfermerías de los centros[20], donde no existen programas de rehabilitación específicos y predomina un ambiente de apatía y desmotivación. Cuando pasan a los módulos ordinarios se convierten tanto en objeto como en sujetos de violencia[26], no suelen alcanzar el tercer grado ni logran permisos de salida por su situación de falta de apoyo socio-familiar.

Si sufren una descompensación grave durante su internamiento y se remiten al hospital de referencia, es frecuente que se encuentren con un fuerte rechazo, sustentado en temores de conflictividad, que impide o acorta la atención requerida.

3) Tras la excarcelación.
Al salir en libertad, nos encontramos con unas tasas elevadas de reincidencia delictiva de la población penitenciaria en general y de *la psiquiátrica que delinque, en particular.*

En el caso de la población con patología mental, no existen mecanismos institucionales que favorezcan las acciones de colaboración necesarias para que el paciente entre en contacto con los programas de atención ambulatoria o de rehabilitación psicosocial que precisa. En el mejor de los casos, el paciente sale con un informe de derivación a salud mental y una pequeña provisión de fármacos para los primeros días. Así no es de extrañar que los estudios longitudinales a largo plazo[27], encuentren que sólo un tercio de los enfermos mentales graves, cuando salen de prisión reciben atención por los servicios de salud mental, mientras que el 44% sólo recibirá atención psiquiátrica en sucesivos internamientos penitenciarios y el 23% nunca entrará en contacto con los servicios comunitarios.

Así, encontramos unos patrones de recidiva[28], en que el 50% de los pacientes que reingresan en prisión lo hacen durante el primer año de libertad (sin que el tipo de diagnóstico psiquiátrico introduzca diferencias). Y durante los cuatro años siguientes, son los pacientes que tienen sólo diagnóstico de trastorno mental los que menos reingresan (50%) en comparación con aquellos que padecen una patología dual (68%).

Estos datos refuerzan la importancia de contar con programas de transición a la libertad precoces y adecuados, tanto para el trastorno mental como para el abuso de sustancias.

5. RECOMENDACIONES DE MEJORA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y PROGRAMAS

El gran número de personas con trastornos mentales encarceladas en prisiones es, como hemos visto, un subproducto de, entre otras cosas, la falta de disponibilidad o de las limitaciones de las instituciones de salud mental, de la implementación de leyes que criminalizan las conductas molestas[d, 29],

[d] En EEUU muchas detenciones de personas con enfermedad mental se deben a conductas molestas como entrar en una propiedad para coger algo de la basura, leer en voz alta en la parada del autobús demasiado cerca de las personas u orinar cerca de la puerta de un supermercado.

de la extendida y equivocada idea de que todas las personas con trastornos mentales son peligrosas y de la intolerancia de la sociedad ante la conducta difícil o perturbadora[30].

Vamos a revisar brevemente las herramientas e intervenciones, que ya han sido desarrolladas en capítulos anteriores de esta ponencia, y que deberían implementarse a lo largo del proceso por el que las personas con enfermedad mental desembocan en prisión, para prevenir o revertir dicha tendencia. Es evidente que, dada la complejidad de los tres sistemas principales implicados (sanitario, penitenciario y judicial), para el pleno desarrollo de estas intervenciones sería preciso crear un espacio institucionalizado de coordinación entre las tres administraciones.

1) Etapa previa a la detención.

Por parte de la red de salud mental, sería preciso establecer entre sus prioridades asistenciales, programas de atención específicos y activos para los pacientes con TMG y riesgo de exclusión social. Para ello hay que diseñar intervenciones flexibles, adaptadas a las necesidades de los usuarios y que garanticen el seguimiento individualizado con metodologías similares al tratamiento asertivo comunitario o *case management*. Favoreciendo una actitud de búsqueda activa (*outreach*) y una cultura de relaciones de proximidad, implicando a los usuarios en su tratamiento para que recuperen sus propias habilidades y capacidades (*empowerment*)[31]. Las publicaciones más recientes concluyen que los programas integrados que incluyen tratamiento asertivo comunitario y alojamiento son los que mejores resultados obtienen[32, 33].

Así mismo, para aquellos pacientes con patología dual, son necesarios programas de intervención integrados que permitan evitar la fragmentación de servicios, para evitar tanto su entrada en la cárcel como para disminuir su reincidencia tras la excarcelación[34].

Desde el ámbito legislativo, se debe permitir y alentar el dictado de sentencias que no conlleven la privación de libertad (Medidas penales alternativas), para personas con delitos leves y que padecen un trastorno mental[29, 35]. Estas medidas pueden evitar el ingreso penitenciario o permitir la excarcelación anticipada del penado y reconducir al sujeto hacia la red sanitaria. (La experiencia de Navarra en este aspecto es muy interesante por las altas tasas conseguidas de mantenimiento de los pacientes en programas de tratamiento específicos). Para conseguir este objetivo habría que fomentar la aplicación del Real Decreto 515/2005 de 6 de mayo sobre Ejecución de Medidas Penales Alternativas (MPA) en todas las CCAA y alentar la creación de Unidades de Valoración Pericial Multiprofesionales, que sean capaces de poner en conocimiento del órgano judicial las circunstancias sanitarias de la persona y apoyen el establecimiento de MPA, indicando el recurso más adecuado para recibir el tratamiento necesario.

Además, hay que llamar la atención sobre la discriminación que supone el hecho de que personas con TMG y sin antecedentes penales, tengan que ingresar en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario cuando se dicta una medida de seguridad de corta duración, mientras que en el caso de sujetos sin enfermedad mental no se determina el ingreso en prisión en las mismas circunstancias.

Finalmente señalar la necesidad de abrir un gran debate sobre el uso de los conceptos de semi-imputabilidad para evitar, al máximo, el ingreso de enfermos mentales en prisión.

2) Etapa de detención y estancia penitenciaria.

En los países del ámbito anglosajón se han desarrollado servicios de desviación, que permiten identificar a los sujetos con TMG, en cualquier momento del proceso de detención y derivarlos hacia los servicios de salud mental (urgencias, internamiento o

tratamiento ambulatorio), independientemente de la pena que pueda corresponderles posteriormente[34].

Durante el internamiento en prisión, los pacientes deben recibir una atención integral en salud mental, por equipos multidisciplinares, independientes respecto a la autoridad penitenciaria, que refuercen su papel de cuidadores a través de la reafirmación del secreto médico y del consentimiento informado[4]. Para ello es necesaria la puesta en marcha de una serie de procesos, así como la implementación de alternativas al estado actual de la atención, que podemos resumir en las siguientes: a) integración de los servicios de Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud; b) normalizar la intervención de los Sistemas de Salud Mental de la red autonómica en los Centros Penitenciarios; c) potenciar el desarrollo y aplicación del Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM)[36]; d) desarrollar actividades de Hospital de Día en las enfermerías de los Centros; e) contar, para aquellos casos de patología psicótica con difícil manejo penitenciario y en los que el efecto "tóxico" de la prisión deteriora la capacidad funcional de los pacientes, con camas de media estancia fuera del centro penitenciario, con medidas de seguridad, que permitan aplicar tratamientos eficaces y complejos en períodos que pueden oscilar de unas semanas a varios meses[e, 24]; f) fomentar el desarrollo de grupos psicoeducativos con internos y sus familiares sobre contenidos relacionados con un mejor conocimiento de la enfermedad mental y que favorezcan las estrategias de adaptación y de afrontamiento del sujeto (algunas experiencias de este tipo se han desarrollado en el CP de Alicante-II, pero requieren de una gran colaboración por parte del sistema penitenciario); g) implementar terapias, en formato grupal, para trastornos afectivos y patología dual, que han demostrado, en estudios piloto, una mejoría de los síntomas depresivos y del soporte social percibido[37]; h) facilitar la intervención de ONG´s que estén dispuestas a colaborar y tengan experiencia en el medio penitenciario e i) contar con programas de preparación para la salida de aquellas personas con condenas de duración superiores a los tres años.

Junto a estas medidas, no hay que olvidar la puesta en marcha de programas de prevención del suicidio, que se basan en el uso de metadona, el establecimiento de barreras de protección física[21] y programas de formación, screening y valoración del riesgo por el personal de atención directa, sobre todo en las primeras veinticuatro horas de internamiento[38].

3) Tras la excarcelación.

El momento de la excarcelación debe considerarse como un período transicional durante el cual, las personas con TMG, están expuestas a un riesgo elevado de quedar sin hogar y volver de nuevo a prisión, así como a otros resultados adversos como son el suicidio, la hospitalización psiquiátrica y la aparición de conductas heteroagresivas[39, 40]. Por ello sería conveniente contar con equipos de trabajo focalizados en éste período transicional y que desarrollen intervenciones específicas y limitadas en el tiempo, para reforzar la adherencia del sujeto a los servicios de salud, familiares y amigos. Al tiempo que aportan soporte emocional y práctico, poniendo el énfasis en mantener la continuidad de cuidados durante el período crítico. Estos programas han demostrado ser eficaces en la reducción del riesgo de reingreso en prisión y su efecto se mantiene a largo plazo.

Sin embargo, más allá de todas estas medidas específicas, hemos de seguir profundizando en el concepto de ciudadanos en relación con las personas con enfermedad mental y antecedentes penales. Ya que tal como señala Rowe "no debemos

[e] En Aragón se ha estimado la necesidad de contar con camas de este tipo para un 2 % a un 5% del total de internos.

confundir el tener un alojamiento con tener un hogar, ni el servicio de salud mental con la comunidad. Así pues necesitamos ampliar la capacidad de los sistemas de salud mental para ofrecer tratamiento y mejorar la colaboración con el sistema de justicia para atender a las necesidades de este grupo. Es preciso dar respuesta a los problemas socioeconómicos de los sin techo, a la pobreza, a la falta de oportunidades vitales de las personas que acuden a los servicios de salud mental públicos. Además tenemos que incidir en los aspectos de la inclusión social y la pertenencia, como ciudadanos, de los sujetos que viven en los márgenes"[29].

RESUMEN

Todos los estudios epidemiológicos, desde los años noventa, constatan un incremento de enfermos mentales en las prisiones, lo que genera una demanda de atención en salud mental, que en nuestro medio se sitúa entre el 9,5 y el 13,8% de la población penitenciaria, siendo los trastornos psicóticos (20%) y los trastornos afectivos (10%) una parte sustancial de la misma.

Se analizan los factores que están generando este incremento y que tienen relación tanto con los servicios de salud mental (saturación de los dispositivos, fracturas en la continuidad de cuidados principalmente en el subgrupo de pacientes con TMG y en situación de desventaja social, falta de recursos terapéuticos integrados para patología dual), como por factores relacionados con el sistema judicial (conceptos de semi-imputabilidad, no aplicación de medidas alternativas a prisión, enajenación inadvertida, alargamiento de las condenas) y por la presión social, que considera el internamiento hospitalario como una medida indulgente con el enfermo infractor y mantiene el miedo a la supuesta peligrosidad del enfermo mental (estigma).

Ante la imposibilidad del sistema penitenciario, para dar una atención en salud mental a estos pacientes, en "condiciones de equivalencia" a las de la población general, se enumeran las distintas herramientas y procesos asistenciales que se recomienda implementar para mejorar la situación y prevenirla en el futuro. Dada la complejidad de estas medidas, se hace ineludible la creación de un espacio de coordinación interinstitucional entre las administraciones de Justicia, Sanidad e Instituciones Penitenciarias.

El objetivo final de este proceso debe ser la recuperación del concepto de ciudadanos en relación con las personas que padecen enfermedad mental y tienen antecedentes penales.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Hernández M, Herrera R. (Coord). *La atención a la salud mental de la población reclusa.* Madrid: AEN Estudios/30, 2003. Se trata de una obra coral, que recoge exhaustivamente los aspectos legales de los enfermos en prisión, tanto a nivel nacional como internacional, los datos epidemiológicos, los temas clínicos, una reflexión sobre el papel del tratamiento psiquiátrico penitenciario y concluye con unas recomendaciones que son una base imprescindible para el estudio de esta realidad.

Funk M, Drew N, Sarraceno B (Coord.). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación.* OMS, Ginebra, 2006. Constituye un informe básico, que partiendo del principio de que la legislación en salud mental debe tener como propósito fundamental la protección, promoción y mejora de la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos, analiza todos los ámbitos de interrelación entre la legislación en salud mental y las políticas de salud mental. Dedica apartados

específicos a los enfermos mentales sometidos a la ley penal, a las instituciones penitenciarias y a las instituciones para enfermos en conflicto con la ley penal.

Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión. *Guía de atención primaria de la salud mental en prisión.* OME editorial, Bilbao, 2011. Es la primera Guía, publicada en nuestro medio, que pretende contribuir a mejorar los conocimientos, que los profesionales que trabajan en prisión, tienen sobre la enfermedad mental y el manejo de los síntomas que los pacientes pueden presentar en el entorno específico y hostil de la cárcel. Además incluye un anexo con un claro resumen de los aspectos ético-legales de la salud mental en el medio penitenciario.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Secretaría General Técnica, Madrid, 1985.
(2) De la Mata I, Ortiz A. Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes. En: Pérez F, Coord. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN Estudios/36, 2006. p. 297-325.
(3) Bravo M, Díaz B, Fernández A. La atención a los trastornos mentales graves. En: Pérez F, Coord. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN Estudios/36, 2006.p.277-93.
(4) Pérez E. ¿Psiquiatría Penitenciaria? Rev Esp Sanid Penit (Zaragoza) 2004; 6: 52-56.
(5) Rendueles G. Tratamiento penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar. En: Hernández M, Herrera R, Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30, 2003. p. 257-287.
(6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
(7) Zoccali R, Muscatello MRA, Bruno A, Cambria R, Cavallaro L, D`Amico G, et al. Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. Int J Law Psychiatry (Elmsford NY) 2008;31:447-450.
(8) Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. BMJ (London) 1991; 303: 338-341.
(9) Fryers T, Brugha T, Grounds A, Meltzer D. Severe mental illness in prisoners. BMJ (London) 1998; 317: 1025-1026 (editorial).
(10) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet (London) 2002; 359: 545-550.
(11) Pato E. Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. En: Hernández M, Herrera R, Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30, 2003. P. 91-103.
(12) Lafortune D. Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. Int J Law Psychiatry (Elmsford NY) 2011; 34: 13-19.
(13) Eytan A, Haller DM, Wolff H, Cerutti B, Sebo P,Bertrand D, et al. Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. Int J Law Psychiatry (Elmsford NY) 2011; 34: 13-19.
(14) Yoon J. Effect of increased private share of psychiatric resources on jail population growth: evidence from the United States. Soc Sci Med (Oxford) 2011; 72: 447- 455.
(15) Prince J, Akincigil A, Bromet E. Incarceration rates of persons with first-admission psychosis. Psychiatr Serv (Washington DC) 2007; 58: 1173-1180.
(16) Markowitz FE. Mental illness, crime and violence: risk, context and social control. Agression and violent behavior (NY) 2011; 16: 36-44.
(17) Greenberg GA, Rosenheck RA. Jail incarceration, homelessness and mental health: A national study. Psychiatr Serv (Washington DC) 2008; 59: 170-177.
(18) Espinosa M, Herrera R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000. En: Hernández M, Herrera R. Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30.2003
(19) Carmona J, Hernández A, Gutierrez C. Análisis de la demanda en el centro penitenciario de Jerez. Periodo 1990-2000. En: Hernández M, Herrera R. Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30.2003
(20) Sánchez JM. Los pacientes mentales en prisión. Rev Asoc Esp Neuropsiq (Madrid) 2001; 78: 139-153.
(21) Goss JR, Peterson K, Smith LW, Kalb K, Brodey BB. Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. Psychiatr Serv (Washington DC) 2002; 53: 574-579.

(22) Acin E, Archanco C, De Vicente A, Muñoz O, Febrel C. Estudio de salud mental en el medio penitenciario. International Conference 2009: Prison Health Protection. Comunicación Poster. 2009, october 29-31; Madrid.
(23) Fernández C. Cárcel y suicidio. En: Hernández M, Herrera R Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30. 2003
(24) El Justicia de Aragón. Informe sobre las necesidades asistenciales de población con alto riesgo de delincuencia en Aragón. Problemas y alternativas en el cumplimiento penitenciario: Aspectos judiciales, forenses y sanitarios. 2011.
(25) Santos F. El enfermo mental privado de libertad como consecuencia de la comisión de un hecho delictivo. En: Hernández M, Herrera R. Coords. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30.2003
(26) Floch MJ. Rapport (nº 2521) de la Commision d`enquête de l`Assemblée Nationale sur la Situation dans les prisons françaises. La France face à ses prisons. 6-07-2000 (www.assemblée-nationale.fr/2/dossiers/prisons/2prisons.htlm)
(27) Kubiak SP, Zeoli AM, Essenmarcher L, Hanna J. Transitions between jail and community-based treatment for individuals with co-ocurring disorders. Psychiatr Serv (Washington DC) 2011; 62: 679-682.
(28) Wilson AM, Draine J, Hadley T, Metraux S, Evans A. Examining the impact of mental illness and substance use on recidivism in a county jail.[en prensa] International Journal of Law and Psychiatry.
(29) Rowe M, Baranoski M. Citizenship, mental illness and the criminal justice system.[en prensa]. Int J Law Psychiatry (Elmsford NY).
(30) Funk M, Drew N, Saraceno B (Coords). Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: OMS; 2006.
(31) Bravo MF. Intervenciones con personas con trastornos mentales en situación de grave exclusión social: trabajo en red y continuidad de cuidados. En: Leal J, Escudero A, Coords. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN Estudios/35. 2006.p: 222-238.
(32) Rosenheck R, Kasprow W, Frisman L, Liu-Mares W. Cost-efectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. Arch Gen Psychiatry (Chicago) 2003; 60: 940-951.
(33) Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. Psychiatr Serv (Washington DC) 2003; 54: 67-71.
(34) Draine J, Solomon P. Describing and evaluating jail diversion services for persons with serious mental illness. Psychiatr Serv (Washington DC) 1999; 50: 56-61.
(35) Ruiz J. Aplicación de medidas penales alternativas a personas con enfermedad mental en la Comunidad Foral de Navarra. AFAP-HPPA. Jornadas sobre personas con enfermedad mental en régimen penitenciario.2009 , 8-9 junio Madrid.
(36) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Protocolo de aplicación del PAIEM en Centros Penitenciarios. Septiembre, 2009.
(37) Johnson JE, Zlotnick C. A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners. J Subst Abuse treat (New York) 2008; 34: 371-377.
(38) Cox J, Morschauser P. A solution to the problema of jail suicide I. Crisis (Toronto)1997; 18: 178-184.
(39) Herman DB, Conover S, Gorroochurn P. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. Psychiatr Serv (Washington DC) 2011; 62: 713-719.
(40) Buck DS, Brown CA, Hickey JS. The jail inreach project: linking homeless inmates who have mental illness with community health services. Psychiatr Serv (Washington DC) 2011; 62: 120-122.

6
EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROCESOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Kunizo Matsumoto, *Calendario 2004*

6.1 Evaluación de los procesos, *J. Carmona, F del Río, Amalia Tesoro, Eudoxia Gay;* 6.2 La gestión de la Calidad, *F Chicharro;* 6.3.Organización Mundial de la Salud/OMS: Evaluación y reducción de la brecha en salud mental, *V Aparicio Basauri*

6.1 Evaluación de los procesos. Indicadores

José Carmona, Francisco del Río, Eudoxia Gay, Amalia Tesoro

0. INTRODUCCIÓN

Cada vez es más imprescindible evaluar la actividad de los servicios sanitarios. Esta necesidad de información sobre qué se hace y cómo se hace está justificada y es exigida desde diferentes ámbitos, ciudadanos, profesionales, de planificación y de gestión, por distintas razones y con diversos objetivos:

a) El del *conocimiento de los problemas de salud* que aparecen en un contexto social determinado, en un área poblacional concreta, encaminado a poder planificar de manera correcta y adecuada los recursos necesarios para atenderlos de manera equitativa.
b) El de *examinar los circuitos y procedimientos destinados a la atención a los problemas de salud* sobre los que se está actuando, con el fin de proveer respuestas rápidas y eficaces a los problemas de salud de la población.
c) *Analizar los resultados* como manera de comprobar el nivel de cumplimiento del objetivo, la calidad de la actividad, y la obtención de mayores cotas de salud y de calidad de vida.

El disponer de esta información tiene también una dimensión ética, basada en la necesidad de rendir cuentas ante la sociedad de los compromisos adquiridos para la satisfacción de sus necesidades salud. Pero igualmente da satisfacción a las demandas de los profesionales, al proveerlos de la información suficiente que les permitan organizarse, a partir de conocimientos y herramientas cada vez más complejos, con el fin de conseguir la Calidad Total.

Para el cumplimiento de estos objetivos en España existe un marco legal, constituido por la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, que integran las líneas maestras para el desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Señalaremos como las más relevantes[1]:

- La gestión desde un enfoque de atención integral a la salud.
- La participación de todos los agentes del SNS en su construcción.
- La normalización en la recogida y procesamiento de los datos.
- La calidad en sus procedimientos.
- La transparencia de todo el proceso.

Además según indica nuestra normativa legal, esta información será destinada a diferentes usuarios: Autoridades Sanitarias, Profesionales del sector sanitario, Ciudadanos, Organizaciones y Asociaciones del ámbito de la salud.

No obstante, teniendo en cuenta el objetivo de este capítulo debemos limitarnos a la evaluación de los Procesos Asistenciales. Esta herramienta de la gestión clínica, en el ámbito del Sistema Sanitario Público andaluz[2], se define:

"La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales, como son:

- enfoque centrado en el usuario,
- implicación de los profesionales,
- sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Práctica y desarrollo de vías clínicas,
- desarrollo de un sistema de información integrado.

La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de sustancial importancia, la continuidad de la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada".

Rescatando la cuestión de la evaluación, tenemos que admitir que la tarea de obtención de la información es compleja. En el documento Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, ya citado[1], se expone el proceso habido hasta el 2010 en el ámbito estatal. Partiendo de la situación existente en cada una de las Comunidades Autónomas se ha homologado, de acuerdo con la Unión Europea a través del proyecto European Community Health Indicators (ECHI), y se ha consensuado este esquema general de recogida de datos:

A título informativo y siguiendo la propuesta ECHI el citado documento contempla en esta edición 110 indicadores de los distintos apartados. Sin embargo, los indicadores referidos a los apartados de evaluación de los procedimientos son escasos. Se limita a tiempos de espera, frecuentación de consultas, tasas de uso de tecnologías, estancias medias hospitalarias e índices de complejidad; pero además de la escasez de los mismos existe el sesgo médico-quirúrgico, por lo que son poco adaptables a la realidad de nuestro ámbito de trabajo, la salud mental.

Las siguientes páginas serán para detenernos en cada uno de los elementos descritos: Procesos e indicadores de evaluación.

1. PROCESOS ASISTENCIALES

Los Procesos Asistenciales Integrados son una herramienta de gestión del siglo XXI, fruto de la necesidad de los sistemas sanitarios públicos de optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes y usuarios del sistema, así como a las personas que desarrollan su labor profesional prestando servicios de salud.

Los Servicios Sanitarios Públicos españoles en su mayoría, comenzaron intentando gestionar la Calidad Total en los Servicios Sanitarios Públicos, que a su vez se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan.

Sin embargo, a finales del Siglo XX, este abordaje comenzó a resultar insuficiente en una sociedad en continuo movimiento, donde las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en incesante cambio. Así, estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la satisfacción del ciudadano, pero no sólo esperan calidad en los productos o servicios, también que se adapten permanentemente a sus necesidades.

En el entorno sanitario, la integración del conocimiento y la organización de la asis-

tencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que, en un contexto de este tipo (necesidades cambiantes de los ciudadanos, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos), sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que conforman la práctica clínica, existe mucho riesgos de encontrar una variabilidad por encima de lo razonable y alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y olvidando el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total en un entorno social, sanitario y ciudadano que se modifica sin cesar. Es decir, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización sanitaria basándolo en la implicación de las personas, usuarios y profesionales, para mejorar los resultados de la misma.

Así, la gestión por procesos se basa en la visión de la asistencia sanitaria como el devenir del paciente a través del sistema y el objetivo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades de salud frente a la forma tradicional, fragmentada y sin la mínima noción, ni conceptual ni mucho menos práctica, de continuidad asistencial y/o de cuidados.

Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) son:

- Una organización lógica de personas, materiales, equipos, procedimientos, etc. en las actividades de trabajo diseñadas *(European Foundation for Quality EFQM)*
- Una secuencia de actividades orientadas a generar valor añadido a una entrada *(JM Acosta i Estany)*
- Una concatenación de las decisiones, actividades y tareas, llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay):

En estas definiciones el concepto subyacente es el mismo:

Un conjunto de actuaciones complementarias entre sí, destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente-usuario:

Para generar ese valor añadido es imprescindible:

- Centrar nuestras *actuaciones en el usuario.*
- Implicar a los *profesionales* como *protagonistas* de cambio.
- Garantizar una práctica clínica de calidad: *Medicina Basada en la Evidencia.*
- Asegurar *la continuidad asistencial.*
- Desarrollar *sistemas de información* mediante el uso de indicadores.

La gestión por procesos implica reordenar los flujos de trabajo de manera que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales. El valor añadido da lugar a que el resultado de una secuencia de actuaciones con unas caracteristicas de calidad determinadas, sea diferente y mejor que si el orden de la secuencia fuera distinta o las características fueran otras.

Los PAIs posibilitan dar una atención y respuesta *única* del sistema sanitario enfocada a procurar *satisfacción* a los usuarios y no sólo calidad científico-técnica. Por eso se les debe tener en cuenta en su elaboración. Para ello, mediante la realización de Grupos Focales o la información de las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares, se obtiene la información necesaria para que el PAI incluya sus necesidades y sus expectativas.

Por otra parte permite a los profesionales ser el motor del cambio impulsando

la mejora permanente en la atención a los usuarios y realizar una Práctica Clínica de Calidad, disponiendo de Guías de Práctica Clínica y MBE integrados en cada uno de los Procesos Asistenciales. Es importante señalar que los PAIs no son Guías de Práctica Clínica (GPC), aunque cada uno de ellos lleve incorporado una o varias GPC, sino un modo de gestionar la asistencia, atendiendo a las demandas de los ciudadanos, dándoles satisfacción y contando con la participación de los profesionales.

Su definición, en el marco de la organización sanitaria pública, es: un Proceso Asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un sentido amplio (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

Los Procesos Asistenciales son una herramienta del modelo comunitario, dado que:

- Trascienden la coordinación interniveles, e intentan profundizar en el significado de la *continuidad asistencial*. Exige a los servicios sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios distintos, por profesionales diferentes y en tiempos distintos, abordando la prestación de servicios de forma horizontal, implicando a los distintos niveles asistenciales y profesionales que participan en él, mediante una serie de actividades asistenciales secuenciadas y complementarias entre sí.
- Permiten abordar de manera integrada actuaciones interdisciplinares de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.
- Obligan a utilizar guías de práctica clínica, a trabajar con las evidencias disponibles y a definir criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnostico, a utilizar racionalmente los medicamentos y a evaluar los resultados, disminuyendo la variabilidad.

Descripción de los Procesos Asistenciales Integrados

En la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales ya citada anteriormente, se describen como elementos que componen un Proceso Asistencial Integrado los siguientes aspectos:

1. Definición global: Tiene en cuenta los siguientes aspectos:

a. Definición funcional: Se trata de definir de una forma clara y precisa el propósito del Proceso a través de sus funciones. Por ejemplo en el Proceso Trastorno Mental Grave de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (3), la definición funcional es el "Conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con trastorno mental grave, incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.
- La evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más próximo.
- La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.
- La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

Garantizándose en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación".

b. Límites: Permiten definir donde empieza y donde termina la secuencia de actividades relacionadas con el Proceso.

i. De entrada: Define las características clínicas que debe tener el paciente para ser incluido en el Proceso y la puerta de entrada al proceso: AP, AE, etc
ii. De salida o límite final: Define en qué situaciones se produce la salida del Proceso o, lo que es lo mismo, a partir de qué situaciones no se realizan las actividades contempladas en el Proceso.
iii. Limite marginal: Son los trastornos que, aún estando cerca del Proceso que se está tratando, no están contemplados en él.

2. Destinatarios y Expectativas: Personas sobre los que el Proceso tiene impacto (pacientes, familiares, profesionales de diferentes disciplinas, servicios y niveles asistenciales u otras organizaciones como p.e. prisiones. Las expectativas son lo que cada uno de los destinatarios (familiares, pacientes, profesionales…) razonablemente espera, que se averiguan mediante técnicas cualitativas. En este punto cobran sentido características como la tangibilidad (confort, imagen, limpieza), la accesibilidad, la comunicación, la competencia profesional, la fiabilidad, la seguridad, la capacidad de respuesta, la cortesía, etc., por lo tanto es importante que se incorporen a los Procesos Asistenciales transformándolas en características de calidad de los servicios tangibles que se ofrecen en ellos.

3. Objetivos. Características de Calidad. Son los Servicios tangibles que entregamos a cada uno de los destinatarios del proceso, dotándolos de características de calidad que den respuesta a las expectativas exploradas.

4.Componentes del Proceso. Consiste en una descripción general de los elementos que intervienen:

- Actividades de los profesionales con características de calidad.
- Recursos materiales definiendo sus características.
- Unidades de Soporte y
- Competencias Profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales específicos para cada Proceso).

5. Representación Gráfica. Llamada también "arquitecturas de procesos", es la representación gráfica de los flujos de trabajo que es preciso realizar con los usuarios en cada uno de los momentos de su proceso asistencial, por lo que permite identificar desviaciones. Las arquitecturas I, II y III se hacen en el Grupo de Trabajo que elabora el Proceso. La IV se realiza en la implantación sobre el terreno.

6. Evaluación. Elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y el control del proceso en aspectos como gestión integral del proceso, satisfacción de usuarios y profesionales, efectividad, eficiencia y accesibilidad.

Como otras estrategias novedosas, la gestión por procesos tiene dificultades para su implantación. La falta de recursos, el cambio necesario en la metodología de trabajo por parte de los profesionales, las dificultades de la coordinación y de la cooperación interprofesional y en ocasiones un sistema pobre de indicadores que no permite identificar las desviaciones, son algunos de los puntos débiles para su implantación. Sin embargo, conjurar y vencer estas dificultades merece la pena.

2. INDICADORES

"*Como líderes* (se refiere a los responsables del National Health Service) *tenemos la responsabilidad de conocer los datos esenciales y la mejor información que ninguna otra persona. Necesitamos que nuestros equipos y nuestra organización sea capaz de obtener, interpretar y comunicar lo esencial de cualquier situación para tomar la decisión correcta en el tiempo correcto. Los indicadores que nosotros utilizamos y elegimos necesitan ser cuidadosamente diseñados para que sean prácticos, completos, válidos y robustos para que podamos concentrarnos en aquellas áreas que necesitan seguir siendo investigadas*"[4].

Así comienza Bernard Crump su Guía de buenos indicadores. Define un indicador como una medida breve que tiene como objetivo el describir todo lo que pueda de un sistema y en tan pocos puntos como sea posible.

Sin embargo, la potencia de los indicadores es parcial, limitada. En este sentido, no captan nunca la riqueza y la complejidad de una determinada realidad. Tratan de obtener información clara y veraz sobre la situación que miden, pero debido a su parcialidad, pueden tener un margen de error o variabilidad que da lugar a diferentes interpretaciones sobre el valor del que deben informar. Requieren además tener un

conocimiento mínimo de ciertos conceptos matemáticos al expresarse muchos de ellos con criterios estadísticos. Estas cuestiones conviene tenerlas presentes tanto en su diseño como en su lectura para que cumplan correctamente con su función.

Por lo tanto, para garantizar la corrección del diseño de un indicador para el ámbito de la salud, éste debe contemplar las siguientes características:

a) *Definición*: un indicador es una característica o variable que se puede medir. Se define como "una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada" (Lengerich 1999). La construcción de un indicador puede significar desde contabilizar un fenómeno de salud mediante números absolutos, establecer razones, tasas o índices más sofisticados[5].
b) *Atributos*: corresponde a las cualidades de un indicador que, si bien depende de la calidad de los datos a partir de los cuales se construye (componentes), de la calidad de los sistemas de información o fuentes de información, debe gozar además de ciertas características, señaladas a continuación[6]:
   1. *Sirve:* da respuesta y se diseña para un propósito definido.
   2. *Validez*: mide lo que intenta medir.
   3. *Confiabilidad*: se producen los mismos resultados si la medición es repetida en condiciones similares.
   4. *Especificidad*: mide sólo el fenómeno que se quiere medir.
   5. *Sensibilidad*: mide los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
   6. *Mensurabilidad*: se basa en datos disponibles o fáciles de conseguir, de fácil manejo.
   7. *Relevancia*: capaz de dar información clara en temas relevantes de las políticas de salud.
   8. *Costo-Efectividad*: la inversión en tiempo y otros recursos necesarios para la construcción del indicador está ajustada a los resultados a obtener.
   9. *Integridad*: los datos requeridos estén completos.
   10. *Consistencia interna*: se refiere a que los indicadores, solos o en grupos, son coherentes y sensibles al cambio.
   11. *Transparencia*: son fácilmente entendidos e interpretados por los usuarios.
   12. *Difusión:* accesibles a los usuarios a través de publicaciones periódicas.
   13. *Dinamismo*: deben actualizarse y corregirse al cambio del entorno.

En cuanto a la *tipología de indicadores* según la información que nos facilitan sobre los procesos de salud, podemos hablar de indicadores que informan sobre: necesidades, demanda, demora, espera, recursos, equidad, accesibilidad, actividad, eficacia, efectividad, eficiencia, coste, utilización, adecuación, rendimiento, producción, calidad, resultados, utilidad, satisfacción, impacto, etc[7]. De manera resumida, se agrupan estos tipos de indicadores en tres grupos:

a) *De estructura*. Que tratan de medir la accesibilidad y la disponibilidad.
b) *De proceso*. Que tratan de dar información sobre la productividad, el rendimiento, uso (en intensidad y extensión según la población), utilización (en relación con recurso disponible) o calidad.
c) *De resultado*: se refiere a la eficacia, eficiencia y efectividad.

Situémonos pues a continuación en el contexto de la herramienta de los Procesos Asistenciales y apliquemos los aspectos señalados en los párrafos anteriores para hablar de los indicadores de estas herramientas. Para comenzar, diremos que en el propio diseño de los procesos ya se contemplan una metodología de evaluación para el cumplimiento del objetivo de la mejora continua. De esta forma, siguiendo el orden comentado en el párrafo anterior, podemos ir desglosando los distintos tipos de indicadores de esta herramienta. En el nivel de los indicadores de estructura, lo que nos interesa medir es la disponibilidad, la

accesibilidad. En este momento, los indicadores correspondientes deberán dar cuenta de si un proceso asistencial está o no implantado, es decir si los usuarios tienen o no accesibilidad al mismo. Las preguntas en este momento a las que deben responder los indicadores son: ¿está incluido en la cartera de servicios de los dispositivos?, ¿en cuántos?, ¿existen responsables de la implantación?, ¿se cumplen los tiempos de demora para el acceso al proceso?, ¿cuántas personas están incluidas en el proceso, es decir, cumplen los requisitos de los límites de entrada?

La respuesta a estas cuestiones, por medio de indicadores, nos da información sobre el grado de implantación del proceso. Así, y refiriéndonos al Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones en Andalucía publicado en 2002, se han necesitado varios años para la implantación en todos los dispositivos. Aún en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, se propone como objetivo en su línea estratégica 7, la Atención a la Salud Mental de la Población andaluza, la implantación del Proceso en el 100% de los dispositivos. Lo mismo respecto del Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria[8].

Puede servir como ejemplo el hecho puesto de manifiesto en un taller celebrado en Andalucía en junio de 2010 para la evaluación del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. En él se mostraron datos sobre el número de pacientes incluidos en el proceso. En unas áreas sanitarias se incluían el 5% de los pacientes que cumplían el criterio diagnóstico CIE y en otras el 50%, lo que nos indica la disparidad en la aplicación de los criterios de inclusión.

Por otra parte, derivado de la evaluación de este proceso y a partir de los datos de incidencia y prevalencia de las personas incluidas en el mismo, se posibilitó que este II Plan Integral, en sus áreas de mejora, desarrollara una línea estratégica para el diagnóstico precoz de las personas con posibles Trastornos Psicóticos. Esta es una ventaja al disponer de información referida a la accesibilidad.

El segundo grupo de indicadores según el esquema al que nos estamos refiriendo son los indicadores de proceso. Algunas de las preguntas a las que se intenta responder son: ¿Cuántos pacientes han sido evaluados según proceso?, ¿cuántas veces se les atiende y quién?, ¿qué intervenciones se les han aplicado?, ¿se utilizan todos los recursos terapéuticos recomendados en el proceso por su eficacia evidenciada?

En el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave se ha ido midiendo el número de pacientes con evaluación y Plan Individualizado de Tratamiento hecho. Este dato permite conocer el grado de cumplimiento de uno de los componentes del proceso y ha permitido incluirlo en los acuerdos anuales de gestión como objetivo.

Otro ejemplo, en este mismo proceso. Dada la falta de aplicación de las intervenciones de psicoeducación familiar, se llevaron a cabo talleres para la formación en este tipo de intervención y grupos de trabajo para homologar protocolos de su aplicación. Por el contrario, en el Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones no ha sido posible establecer, a pesar de los años que lleva en vigor, el establecimiento de indicadores en el nivel de la Atención Primaria para medir la ejecución de este proceso en este nivel sanitario, a pesar de la alta incidencia de esta patología en este ámbito.

Por último, nos quedan los indicadores de resultados. Como señalamos con anterioridad, son los que se refieren a la eficacia, la eficiencia y la efectividad. Las preguntas a las que se intentará responder son: las técnicas aplicadas, ¿producen el efecto buscado?; la relación coste-beneficio, ¿es adecuada en relación con el problema de salud sobre el que se quiere incidir?; ¿se iguala el resultado de una actividad en las condiciones habituales de la asistencia comparado con las condiciones de aplicación ideales?¿cómo influye en los costes?

Pero no podemos perder de vista que en cuestiones de salud mental, para algunos tipos de trastornos los resultados en salud tienen un componente subjetivo que no podemos olvidar. De ahí la importancia de las encuestas de satisfacción a los usuarios.

Este tipo de información se podría decir que es la que realmente interesa desde el contexto del sistema que se esté analizando, tanto en el ámbito privado como público. Todos los niveles intermedios entre la demanda y los resultados demandados, son elementos importantes del proceso de producción, pero lo realmente ineludible es la satisfacción de las demandas realizadas. La única diferencia, entre lo privado y lo público, estaría en una premisa específica de los servicios públicos y es que la evaluación, y los indicadores para poder realizarla, deben estar al servicio de criterios exclusivos de salud pública, incluyendo la accesibilidad y la equidad.

Antes de concluir, insistir algo más en la información que se obtiene a través de las encuestas de satisfacción a usuarios. Es una información cualitativa y subjetiva, y por eso imprescindible para todas las fases del proceso. En ellas se obtiene un tipo de información complementaria a contrastar con los indicadores obtenidos desde otras fuentes y que tratan de medir componentes semejantes, como la accesibilidad, la equidad, los procedimientos y los resultados.

Por último exponemos una tabla que, a modo de orientación, resume una serie de criterios para la construcción de un cuadro de mando que se adapte a los distintos entornos.

	Trastornos mentales comunes	*Trastornos mentales graves*
Estructura	Cartera servicios Oferta horaria Demoras	-Cartera servicios -Oferta horaria -Demoras
Proceso	Espacio cooperación interniveles estable -Asesoramiento -Consultoría -Coterapia Protocolos consensuados con AP Oferta psicoterápica diferenciada por tipo trastorno Uso racional fármacos Grupos psicoeducativos Uso recursos sociales	Intervención precoz Tratamiento Asertivo Comunitario Conjunto básico intervenciones - Uso racional fármacos - Psicoeducación: pacientes y familia - Plan Cuidados - Rehabilitación psicosocial - Psicoterapias - Plan social: alojamiento, economía, orientación y apoyo empleo, prog. ocupacional, etc. Acompañamiento familiares en ingresos Nº contenciones mecánicas Actividades clima hospitalización
Resultado	-Encuestas satisfacción -Altas por curación -Reaperturas año -Coste	-Encuestas satisfacción -Inserción laboral: nº contratos -Reingresos año -Coste

RESUMEN

- En este momento es imprescindible evaluar las actuaciones sanitarias para planificar, mejorar los circuitos sanitarios y las actuaciones sanitarias y analizar los resultados para continuar mejorando.
- Los Procesos Integrados de Gestión son herramientas de gestión del siglo XXI que permiten organizar el conocimiento, secuenciar las actividades sanitarias dotándolas de valor añadido, adaptarse a las necesidades de la ciudadanía y aumentar su satisfacción con el sistema sanitario.
- Un Proceso Integrado de Gestión es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).
- La evaluación de estos Procesos Asistenciales se hace mediante la obtención de tres tipos de indicadores: de estructura (disponibilidad y accesibilidad), de proceso (uso, productividad, utilización) y de resultados (eficacia, efectividad y eficiencia).

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Sistema de información del sistema nacional de salud. Indicadores clave. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Septiembre 2010. Documento del Ministerio resultado del acuerdo sobre sistemas de información e indicadores claves de la situación sanitaria de las Comunidades Autónomas.

Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2001. Publicación de la Consejería de Salud en la que se expone la metodología para la elaboración de todos los Procesos Asistenciales Integrales.

The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators. Bernard Crump. Institute for Innovation and improvement. NHS. 2009. Guía rápida del NHS inglés en el que explicita el método a utilizar para el diseño de los distintos indicadores necesarios para la evaluación de servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sistema de información del sistema nacional de salud. Indicadores clave. Instituto de Información Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; Septiembre 2010. pp 3-4.
(2) Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.
(3) Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2006.
(4) The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators. Bernard Crump. Institute for Innovation and improvement. NHS. 2009. pp 2.
(5) Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Valenzuela, M. T. Ciencia & Trabajo. www.cienciaytrabajo.cl. Año 7, número 17, julio / septiembre 2005. pp 118-122.
(6) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa especial de Análisis de Salud. Iniciativa de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País 2000. Washington, DC: OPS. 2000.
(7) Claves para la gestión Clínica. Ruiz Iglesias, L. Cátedra Pfizer. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 2004 pp 432-434.
(8) II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 2008. pp 93.

6.2 La Gestión de la Calidad

Francisco Chicharro Lezcano

INTRODUCCIÓN

Probablemente, y más en los tiempos que corren, resulte apropiado acercarse con cierto escepticismo al tema de la gestión de la calidad en ámbitos sanitarios (especialmente en ámbitos sanitarios públicos, y más aún en el de la asistencia a la salud mental). Palabras como *liderazgo, misión, visión, valores, clientes, resultados, satisfacción,* han sido asumidas de forma entusiasta por quienes confían en que un nuevo paradigma "gerencial" vaya a solucionar los complejos problemas de la práctica cotidiana[1]. Mientras tanto, la nueva jerga de la gestión es saludada con indiferencia o desconfianza por parte de gran parte de los clínicos que, en general, identifican la gestión como herramienta para reducir costes, obtener mayores rendimientos sin incrementar los recursos, o aumentar el control sobre los profesionales sin mejorar sus condiciones de trabajo. Pero no podemos vivir ajenos al mundo que nos rodea, y los nuevos modelos de gestión han llegado para quedarse, al menos por una buena temporada, toda vez que al día de hoy prácticamente todas las organizaciones sanitarias los han incorporado a sus planes estratégicos y por lo tanto al contexto general en que trabajamos. Así que quizás lo mejor sea acostumbrarse e intentar comprender y utilizar aquellas herramientas que pueden ofrecernos oportunidades para afrontar algunos de nuestros problemas.

En cualquier caso, en el contexto de una atención sanitaria moderna en países desarrollados, no es posible obviar la necesidad de eficiencia de las organizaciones sanitarias, y por ello de la introducción de criterios de gestión y calidad asistencial en la práctica cotidiana, con un objetivo común: prestar la mejor atención posible, y obtener los mejores resultados con los recursos disponibles.

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD. CONCEPTO E HISTORIA

El concepto de calidad puede aplicarse a diferentes aspectos de la actividad de una organización asistencial, incluyendo el producto o servicio resultante o las características del proceso seguido para obtenerlo. También puede entenderse como una manera de pensar y de funcionar que impregna a todos los aspectos y ámbitos de una organización. En este sentido, el concepto de calidad como herramienta de gestión ha evolucionado desde su planteamiento inicial, relacionado con los productos o servicios realizados, hasta el actual, en el que la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en organizaciones líderes.

De esto modo, la concepción tradicional de calidad, relacionada con prestaciones de un producto o servicio, queda superada por el enfoque de lo que se ha venido a denominar como Calidad Total. Desde el punto de vista de los sistemas de certificación de la calidad de los procesos, como la Norma ISO, la calidad se define como el "grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos". La Organización Europea para la Calidad (EOQ) define la calidad como el "grado en que un servicio cumple con las expectativas del cliente al que va destinado". En el ámbito sanitario, autores muy diversos han formulado distintas definiciones relacionadas con la calidad asistencial. Por ejemplo, Donabedian definía la calidad de la asistencia sanitaria como "el grado de utilización de los medios más ade-

cuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en salud".

Teniendo en cuenta estas consideraciones, podemos definir la Calidad Total[2] como la satisfacción plena de los requisitos del cliente al menor coste posible para la organización y con la participación de todo el equipo humano. Esta concepción de la calidad significa la orientación de todos los esfuerzos de la organización hacia el cliente, su identificación, a conocer sus necesidades, y a satisfacerles plenamente. En este sentido, la calidad no la definen las normas, sino los clientes; es relativa: surge de la comparación con los mejores; y la calidad que prospera es la que se logra gracias a la implantación de sistemas, valores y organización que la propicien, y no a través de esfuerzos aislados.

La calidad es un concepto relativamente moderno (aparece en el siglo XX) y ligado en principio al ámbito de la industria, pero la realidad es que siempre ha existido una preocupación por el trabajo bien hecho y, por lo tanto, un concepto intuitivo de la calidad. No obstante, el concepto de calidad, tal como es entendido actualmente, ha ido evolucionando en paralelo a los problemas que ha ido planteando el desarrollo industrial, estando directamente ligado a la competitividad empresarial. Por otra parte, el léxico que se utiliza, frecuentemente cargado de anglicismos o de frases altisonantes, no ha contribuido precisamente a hacerlo atractivo. Probablemente por eso, en los círculos sanitarios y más concretamente en los psiquiátricos/salud mental, se produjo inicialmente una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad como parte integrante del quehacer cotidiano.

Es cierto que el formato con que se han presentado los programas de gestión de calidad, al estar centrados en el mundo empresarial puro y duro, les ha hecho parecer poco atractivos y, si no se profundiza en su contenido, inadecuados al mundo sanitario. Sin embargo, y al igual que ha sucedido con los nuevos modelos de gestión, los programas de calidad se han ido consolidando por lo que el debate no se plantea en términos de "lo toma o lo deja", sino de analizar sus características y extraer los beneficios que puedan aportar.

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD[3]

Desde el principio, e independientemente del sistema seguido, los programas de calidad han tenido un doble objetivo: La satisfacción del cliente y abaratar costos al evitar devoluciones de productos defectuosos. Simplificando, podrían establecerse varias etapas en la evolución de los sistemas de calidad:

1. En los años treinta del siglo XX se habla de control de calidad, estando claramente diferenciadas las funciones de planificación, ejecución y control (unos planifican, otros ejecutan y otros controlan que el producto final se ajusta a las especificaciones).
2. Desde 1930 se incorpora la estadística, estableciéndose planes de muestreo a la inspección y, por tanto, abaratando costes al no tener que revisar el 100% de las piezas.
3. Posteriormente (1970-1990) se introduce el concepto de "aseguramiento de la calidad", que trata de planificar el conjunto de acciones necesarias para asegurar que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos establecidos. Se trata así de limitar al máximo la tasa de errores en la totalidad del proceso.
4. Al mismo tiempo, desde 1950, comenzó en Japón el desarrollo de modelos de Calidad Total, en la que nos centraremos posteriormente.

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD

A continuación se exponen algunos modelos, con la intención de subrayar los puntos en común con el ámbito sanitario:

Círculos de Calidad: "Grupos de voluntarios, estables en el tiempo, que tienen como

MODELO	1920	1930	1970	1990
Sistema de producción	En masa	Cadena de producción	Producción en subequipos	Ajustada a la demanda
Concepto de calidad	Conformidad de especificaciones	Conformidad de especificaciones	Satisfacción necesidades de clientes	Satisfacción del cliente, empleados, accionistas y sociedad
Etapas de gestión de calidad	Control de calidad	Control estadístico	Aseguramiento de la calidad	Calidad Total

objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno del trabajo".

Ciclo de Shewhart (PDCA): "Proceso metodológico para asegurar las actividades de mejora y mantenimiento de lo mejorado". Plan-Do-Check-Act (Planificar; Hacer; Comprobar; Ajustar).

Just in Time[a]: "Sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto, con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto".

"Actividades de mejora, procesos, trabajo, gestión, cliente..." Como antes se apuntaba, la terminología al uso no es demasiado atractiva, pero, aún con matices, se ha ido infiltrando en el mundo sanitario y ya no resulta tan ajena: "Gestión por procesos, actividades de mejora, cliente", son términos ya incorporados a la cultura de la gestión sanitaria. Y ahora aparece un modelo nuevo: La Calidad Total, adaptación de un sistema japonés (Deming) y otro estadounidense (M. Baldridge) y asumido por un número creciente de empresas europeas agrupadas bajo la Fundación EFQM (European Foundation for Quality Management).

Calidad Total es "un sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas productivos, etc."

Sigue sonando a proceso industrial, pero hay matices: Ya no solo pretende la obtención de un producto final sin fallos, sino que trata de involucrar a toda la organización ("total") y satisfacer no solo a los clientes externos, sino que contempla las necesidades de los empleados, accionistas, sociedad en general... Para ello se potencian los recursos disponibles: personas, materiales, tecnología, etc., lo cual permite que podamos ir encontrando puntos en común. Se decía anteriormente que "en los círculos sanitarios, y más concretamente en los psiquiátricos / salud mental, ha existido una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad…". Pues bien, tratemos de reconvertir la definición de Calidad Total, aplicándolo al modelo de Psiquiatría Comunitaria.

Quedaría más o menos así: "Un sistema de gestión a través del cual el centro X satisface las necesidades y expectativas de sus pacientes, de sus profesionales, de los políticos sanitarios y de la comunidad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales y tecnología". Esto ya consuena más y, probablemente, podría suscribirlo cualquier profesional sanitario.

IMPLANTACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

La introducción de la calidad en las organizaciones sanitarias se convierte en un

[a] A partir de este modelo, López de Arrioirtua, ingeniero industrial vasco, convirtió a la General Motors en la empresa de automóviles más eficiente del mundo.

nuevo paradigma que pretende afrontar la contención del gasto y el logro de mayores cotas de eficiencia[4]. A mediados de los años 90, el Reino Unido afronta un cambio en sus políticas sanitarias pasando del principio de competencia adoptado por los gobiernos conservadores al de colaboración, bajo un nuevo valor: la calidad.

En este contexto, aparece en los países de nuestro entorno la necesidad de abordar la calidad de los servicios sanitarios, en contraposición a un modelo únicamente basado en la gestión del coste y la eficiencia, y la calidad se adopta como elemento central de las políticas sanitarias. Los principales retos que las nuevas políticas de calidad deben afrontar incluyen la introducción de prácticas basadas en la evidencia y la reducción de la variabilidad asistencial indeseable, el control del uso indebido de los servicios, reducir la fragmentación y la falta de coordinación del sistema y conseguir satisfacer mejor las expectativas de la población con servicios más orientados a las necesidades de sus pacientes.

En el estado español los modelos de calidad se han ido implantando de forma progresiva desde los años 90, como elemento estratégico para la gestión de los servicios de salud y de las administraciones sanitarias de las diferentes comunidades autónomas[5]. En líneas generales, cada administración autonómica ha optado por un sistema propio de acreditación: Cataluña y Euskadi, por el modelo EFQM, y Andalucía por un sistema propio de acreditación de procesos asistenciales. En muchos casos se genera asimismo confusión entre lo que significa un modelo de gestión de la excelencia como el EFQM, un sistema de acreditación de servicios (tipo *Joint Commission*) o los sistemas de certificación de procesos como la norma ISO. Tampoco parece claro cuál es el objetivo o las consecuencias de dichas acreditaciones o certificaciones, tanto para los propios servicios como para sus usuarios.

En mayo de 2003 se aprueba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tras la conclusión de las transferencias sanitarias y la desaparición del INSALUD, y establece la incorporación de la calidad a las organizaciones asistenciales como compromiso político. Se crea la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se encarga de elaborar y mantener los elementos básicos de la infraestructura del sistema:

- Normas de calidad y seguridad
- Indicadores
- Guías de práctica clínica y asistencial
- Un registro de buenas prácticas
- Un registro de acontecimientos adversos

Por otro lado, la Ley prevé que el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas elaboren conjuntamente los planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, en los que se definen los objetivos prioritarios.

En 1993, el Parlamento Vasco aprobó el documento "Osasuna Zainduz-Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca"[6]. Previamente, en 1992, la calidad asistencial ocupaba un lugar estratégico en la planificación de los servicios sanitarios vascos y en esa fecha se publica e implanta el Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios. En este plan se realiza una integración de las dimensiones clásicas de la calidad asistencial y junto a la calidad técnica, tradicionalmente vivida positivamente por los profesionales, se plantean también como objetivos la calidad percibida por los usuarios (accesibilidad al sistema, trato, información, respeto), la calidad en la utilización de los recursos (control de costes y eficiencia), y la disminución de los costes de la "no calidad" (infección nosocomial, complicaciones, errores). Con posterioridad, se efectúan planes para otras áreas asistenciales como la salud mental y la atención primaria (Plan Integral de Calidad en Salud Mental y Estrategia para la Mejora Continua en Atención Primaria), implantados ambos en 1994.

A partir de 1995, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud comienza a utilizar el *modelo de calidad de la EFQM*, como marco de referencia para la calidad y mejora con-

tinua de los servicios sanitarios, de forma pionera entre las administraciones públicas del País Vasco y los servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud. En 1997, el Parlamento Vasco aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que articula la separación funcional de la la financiación -competencia del Departamento de Sanidad -y de la provisión de servicios sanitarios- Osakidetza/Servicio Vasco de Salud-, y transformando el Organismo Autónomo en Ente Público de Derecho Privado, marco administrativo que facilita la gestión de sus organizaciones de servicios bajo los principios de autonomía de gestión, flexibilidad, corresponsabilidad, eficiencia y calidad.

EL MODELO EFQM

El modelo de autoevaluación de la EFQM sirve a las empresas, organizaciones de servicios, etc., de guía y comparación de su posición respecto a organizaciones similares; analiza sus puntos fuertes y débiles y permite establecer planes de mejora basados en datos. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados, cada uno de los cuales se divide a su vez en varios subcriterios. Los criterios agentes indican cómo debe actuar un Centro con un sistema de gestión de calidad total. Los criterios resultados reflejan lo que el Centro está logrando.

Tras completar el proceso de autoevaluación, la organización deberá responder a las siguientes preguntas:

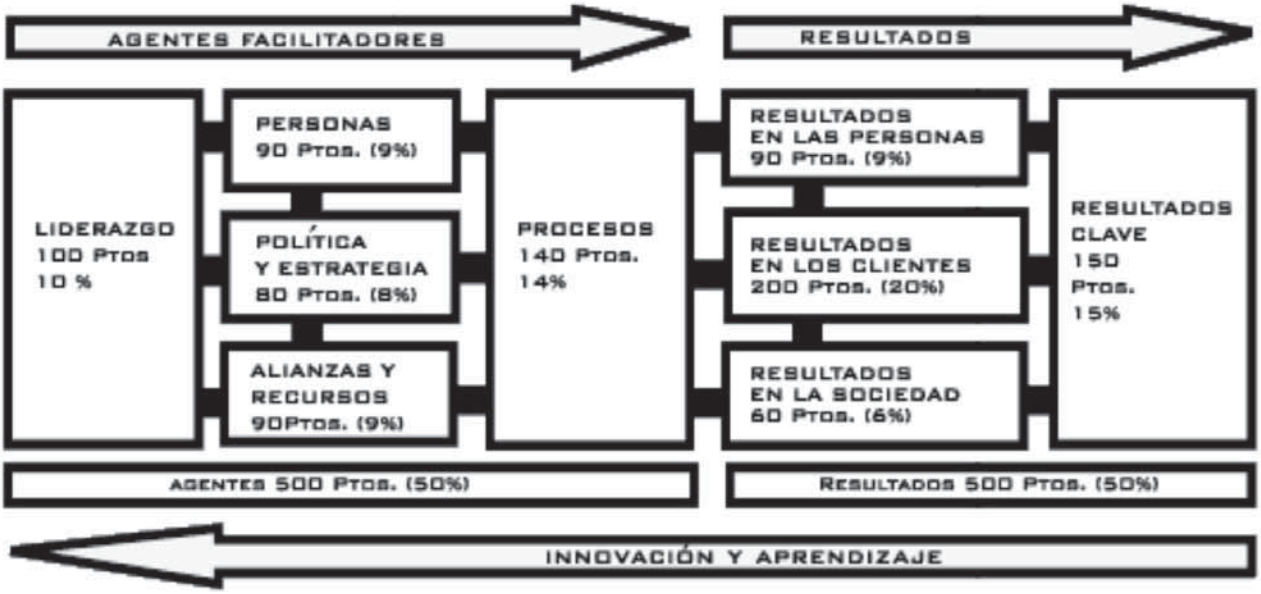
- ¿Qué puntos fuertes hemos identificado que deben mantenerse y aprovecharse al máximo?
- ¿Qué áreas de mejora reconocemos y consideramos como de máxima importancia a abordar?
- ¿Qué planes de mejora vamos a emprender?
- ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejora acordados?

En definitiva se trata de:

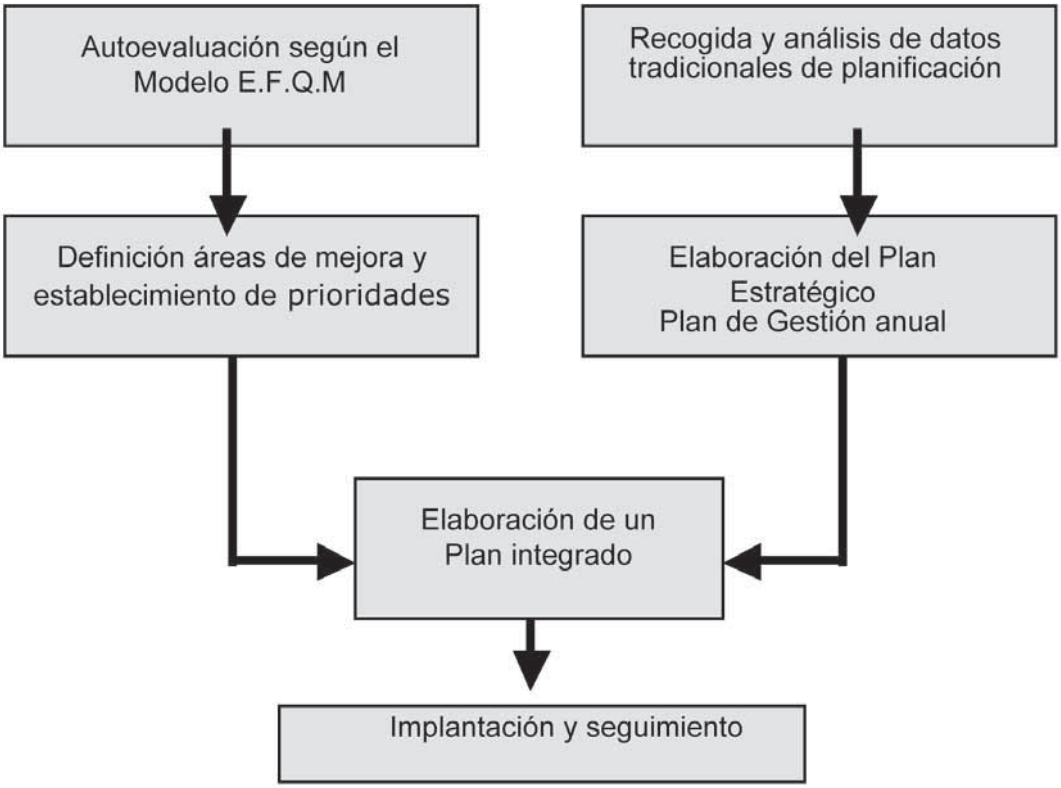
- Hacer un diagnóstico de situación (¿Cuál es la situación actual de la organización?).
- Plantear de una forma realista el objetivo final (¿Dónde se quiere estar?).
- Implantar un plan de mejora por objetivos.
- Comprobación y ajuste de los resultados.
- El Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM)

Integración de los Programas de Calidad en los Planes de Gestión

Obviamente, para que no entren en contradicción, los programas de calidad deben en-



El Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM)



Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en los Planes de Gestión

cajar en los planes de gestión de los centros: Planes Estratégicos (planificación a cuatro años) Planes de Gestión (anuales) y Planes de Calidad, deben armonizar para que se produzcan los resultados deseados. Además, obviamente, deben ser coherentes con los Planes Estratégicos de Salud Mental[7].

Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en los Planes de Gestión

En el siguiente cuadro se esquematiza la integración de los planes de gestión y de calidad. En él se muestra como a partir de un Plan Estratégico se van incorporando los objetivos del mismo y los resultados de la autoevaluación. Con esos datos se elabora el Plan de Gestión anual del centro, que se despliega en la Gestión por Procesos con sus correspondientes objetivos (asistenciales y estratégicos):

CALIDAD Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las herramientas de calidad y la gestión clínica han tenido un importante impacto en la organización y gestión de los servicios de salud mental, impacto alimentado por la complejidad de los dispositivos, la disparidad en las organizaciones asistenciales, la implicación y responsabilidad no exclusivamente sanitaria, y la heterogeneidad de la evolución de los modelos asistenciales, en un marco post-reforma, en la diferentes comunidades autónomas.

Manuel Desviat, en su artículo "*Vicios privados, beneficios públicos o la influencia de los nuevos modelos de gestión en los servicios de salud mental*"[8], concluía que a pesar de lo que pudiera tener de acertado y conveniente la introducción de instrumentos de macrogestión más flexibles en el sistema público de salud (como los que se derivan del derecho privado), esto no debiera hacerse a costa de los principios fundamentales de los servicios públicos de salud, principios de equidad y universalidad, y que la introducción de medidas de estímulo de la competencia entre servicios ha demostrado ya tener consecuencias fu-

nestas en países como el Reino Unido. En el campo concreto de la salud mental, es posible prever algunas consecuencias negativas de dichos modelos, incluyendo la fragmentación asistencial, de especial relevancia en la asistencia a la cronicidad.

Salvador-Carulla y cols se preguntaban asimismo si es posible plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia, analizando las consecuencias de la reforma de la asistencia psiquiátrica en España, tanto por la carga y los costes sanitarios derivados, sus resultados, y la repercusión social e impacto público de tales medidas[9]. La dispar aplicación de las recomendaciones y medidas señaladas por la Comisión Nacional de la Reforma Psiquiátrica en las diferentes comunidades, se une a una política general básica de contención de costes, con las consiguientes dificultades para asignar nuevos recursos para un verdadero despliegue asistencial comunitario. Desde luego, además de la intención de generar mejoras en la asistencia, las implicaciones económicas derivadas de la aplicación de medidas de reforma no pueden ser ignoradas. Y en la situación actual, los aspectos económicos se convierten en un factor esencial, en el que el resto de las medidas de gestión se quedan en meros fuegos de artificio si no hay posibilidad de obtener los recursos necesarios. Una red de asistencia comunitaria implica un amplio espectro de estructuras asistenciales y un extenso rango de programas estructurados de intervención. Y si no se dispone de ello, la mera gestión no soluciona los problemas de forma mágica.

A pesar de todo, en los últimos años, y es previsible que en los próximos, los modelos de calidad se han impuesto como referente para la evaluación de los servicios en todos los ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales, públicos y privados. Es difícil saber si esta “explosión” de calidad ha redundado en una mejora proporcional de la

asistencia a las personas afectadas, o es un mero artificio que contenta a gestores y contribuye, aún más, a enmascarar servicios ineficientes y atenciones mejorables. En todo caso, la propia OMS ha incluido, dentro de su colección de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental un módulo específico sobre Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud Mental[10]. Los nuevos modelos de gestión de calidad no tendrían en principio que suponer un peligro para el modelo de Salud Mental Comunitaria, pero por desgracia hay ejemplos recientes en los que se pretende disfrazar de "autonomía de gestión" líneas que conducen directamente a la privatización[11].

CUIDADO CON LAS "SOBREDOSIS"

Otro riesgo, ante el que hay que tomar precauciones, es el sobredimensionamiento de los departamentos de calidad. Con relativa frecuencia, los gestores olvidan los objetivos de la organización (la asistencia) supeditando esta al diseño de procedimientos, guías, protocolos, encuestas, etc. Al final, la clave de la gestión de la calidad son las personas como sujetos activos, y si una organización quiere que sus personas estén orientadas a la mejora de la calidad, debe actuar proactivamente[12].

TENDENCIAS DE FUTURO

En resumen, podríamos concluir que la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, las nuevas demandas de la población y la responsabilidad de los gestores públicos en la utilización de los recursos asignados, han propiciado en los últimos años la introducción de nuevos modelos de gestión y de calidad. Sin caer en extremismos y recalcando que son un medio y no un fin en sí mismos, la realidad es que se han convertido en herramienta indispensable en el quehacer cotidiano. Como toda herramienta también tienen riesgos y puede utilizarse de forma perversa: De nada sirve si no se cuenta con la participación de los profesionales y se desenmascara rápidamente a quien piense en su utilización simplemente como un medio de control.

RESUMEN

Los nuevos modelos de gestión, la gestión de la calidad, se han implantado en la práctica totalidad de los sistemas nacionales de salud. Aún existiendo distintas fórmulas de evaluación de calidad, probablemente una de los que mejor se adaptan al sistema sanitario es el Modelo EFQM, que permite hacer un diagnóstico de situación, plantear los objetivos a alcanzar, implantar los mecanismos para su consecución, y comprobar los resultados. Por otra parte, y esto es importante, además de valorar los resultados, tiene en cuenta la percepción de los usuarios (pacientes) y la opinión de los trabajadores.

De todas formas, aún reconociendo la necesidad de evaluar la calidad, conviene mantener una actitud cuando menos relativista para evitar que el diseño de protocolos, procedimientos, indicadores, etc. se convierta en un simple sistema de control, suplantando a la clínica que es el verdadero objetivo.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

European Foundation for Quality Management. (EFQM) En: http://www.euskalit.net/calidad_total/el_modelo_efqm.htm Euskalit es el nombre por el que se conoce a la Fundación Vasca para la Excelencia. En su web (www.euskalit.net) hay disponible información relevante para los interesados en los procesos de evaluación de la calidad. Así, se expone una definición de términos, haciendo mención a la evolución de los distintos modelos a lo largo de la historia, relacionándolos con los expertos que los implantaron. Se detiene especialmente en el modelo EFQM (European Foundation for Quality Manage-

ment), detallando sus características y aportando ideas sobre las posibilidades de mejora. Finalmente, ofrece un espacio, vía web, para el intercambio de conocimiento, programas, indicadores, etc., y que permite establecer comparaciones entre organizaciones,

Desviat Muñoz M. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. Norte de Salud Mental. Volumen VII nº 31. 2008. Como contraste al lenguaje tecnocrático generalmente utilizado en la gestión, en esta publicación Manuel Desviat hace una defensa apasionada de la clínica, la subjetividad, y la palabra, contraponiéndolas a la seducción por la economía de mercado, la implantación de la "sanidad del ladrillo" (donde es más importante la construcción de los edificios que la asistencia que se tiene que prestar en ellos), y la amenaza de la privatización, con la consiguiente desaparición de la universalidad y la equidad en la asistencia. Teniendo en cuenta que está escrito en el 2008 –antes por tanto del "tsunami" que ha supuesto la crisis económica- podría decirse que es un texto premonitorio… o no tanto, porque viviendo y trabajando en la Comunidad de Madrid, parece que era suficiente con tener los ojos bien abiertos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) González Revaldería. Paradigma de la calidad en las instituciones sanitarias del siglo XXI. Revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 8, nº 4. 2007.
(2) European Foundation for Quality Management. (EFQM) En: http://www.euskalit.net/calidad_total/el_modelo_efqm.htm.
(3) Chicharro F., Uriarte JJ. Gestión Clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los Nuevos Modelos de Gestión y la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa. Interpsiquis 2003. IV Congreso Virtual de Psiquiatría.
(4) Martínez Olmos J, Minué Lorenzo S, Baena Parejo MI. ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios? Medicina de Familia (And) 2001; 2: 161-164.
(5) Ruiz Iglesias L. Sistemas Sanitarios, Reformas y Gestión. En Claves de la Gestión Clínica. Madrid: Mac Graw Hill; 2004
(6) Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1993.
(7) Chicharro F. Integración de los Programas de Calidad en el ámbito de Salud Mental. Norte de Salud Mental, Volumen V nº 17. 2003.
(8) Desviat M. Vicios privados, beneficios públicos o la influencia de los nuevos modelos de gestión en los servicios de salud mental. Interpsiquis 2003, IV Congreso Virtual de Psiquiatría.
(9) Salvador Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz P, Gómez-Beneyto M, Torres F. La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas? Informe SESPAS 2002. Capítulo 15.
(10) OMS: Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra: OMS; 2007
(11) Desviat Muñoz M. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. Norte de Salud Mental. Volumen VII nº 31. 2008.
(12) Vidal Milla, A. Sin las personas no hay calidad: el nombre importa. (Without people there is no quality: the name matters). Rev Calidad Asistencial. 2011; 26 (2):71 - 72

6.3. Organización Mundial de la Salud/OMS: Evaluación y reducción de la brecha en salud mental

Víctor Aparicio Basauri

INTRODUCCIÓN

La evaluación cierra el círculo de toda planificación sanitaria al incidir sobre los problemas y prioridades que habían dado lugar al proceso de planificación[1]. Este proceso se inicia señalando esos problemas y prioridades, luego continua con la creación del programa, sigue la ejecución del mismo y el círculo se cierra con la evaluación que vuelve a conectar con los problemas y prioridades, que tras este proceso han sufrido cambios. En todo caso en la evaluación se produce siempre un "juicio", es decir, una reflexión sobre lo acontecido y el grado de alcance de un objetivo establecido. En ese sentido podemos definir la evaluación como "un juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido, valorando incluso los recursos utilizados, y comparándola con otra actividad de objetivos similares o con una actividad que hemos considerado ideal"[2].

Sin embargo, se ha debatido mucho sobre los niveles donde se realiza la evaluación. El esquema más utilizado es el de Donabedian, que señala tres niveles; el dedicado a la estructura, donde se analizan los recursos humanos, financieros y físicos, el dedicado a los procesos que trata de las actividades diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, etc... y, por último, el que se considera más sensible a la calidad de la actividad, el de los resultados. En mi opinión[2] este esquema se fortalece si introducimos el tema del contexto, tanto el específico como el inespecífico. Con el específico hacemos referencia tanto al marco de la legislación sanitaria como al tipo de modelo de sistema de salud. El inespecífico hace referencia a las condiciones y determinantes socio-económicos en los que se desenvuelve el quehacer de la atención en salud (Figura 1).

Las cualidades que se valoran a nivel de los resultados suelen ser la eficacia (resultados en condiciones ideales), la efectividad (resultados en condiciones del contexto real) y la eficiencia (relación entres costes y efectividad). Además, tenemos otras dimensiones que se relacionan con la estructura

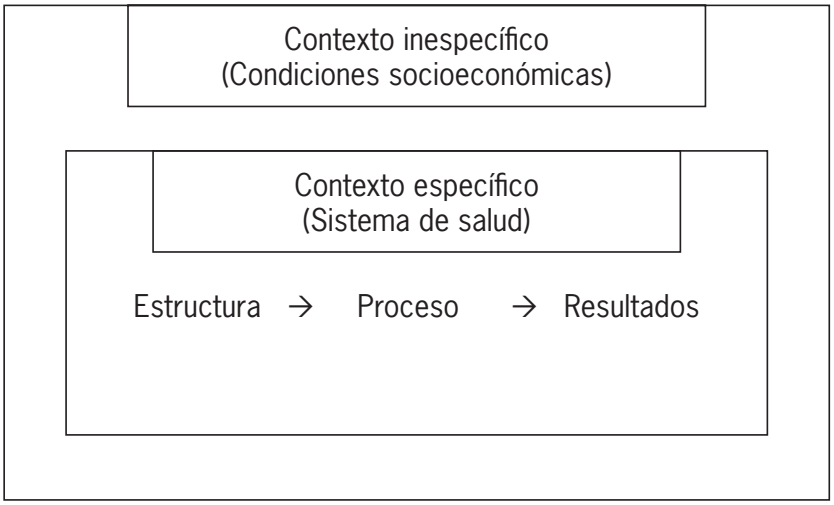


Figura 1: Niveles de evaluación y contextos (V. Aparicio, 1993)

como son la accesibilidad de los servicios de salud, su adecuación o pertinencia, el que sean socialmente aceptables y que el presten los cuidados de forma continua y con coordinación.

Elementos básicos en la metodología de la evaluación son los criterios, los estándares y los indicadores. El criterio hace referencia a la necesidad de definir una actividad de forma apropiada. El estándar expresa cuando un criterio entra dentro de una calidad aceptable y el indicador es la variable bien definida que se recoge periódicamente. Un indicador por si mismo no dice nada sino esta relacionado a un estándar y a un criterio.

INFORME MUNDIAL DE LA SALUD 2001

El informe mundial de la salud, que cada año coincidiendo con el Día Mundial de la Salud (7 de abril) lanza la Organización Mundial de la Salud, en el año 2001[3] se dedicó a la salud mental. Este informe supuso un impulso a una nueva estrategia de cooperación técnica de la OMS en la dirección de apoyar los cambios en las políticas públicas de salud mental de los países para desarrollar sistemas de salud mental comunitaria. El informe señalaba el cambio de paradigma que se había producido en el enfoque de la atención de salud mental, pasando de un enfoque institucional basado en las grandes instituciones psiquiátricas como eje de la atención a una atención comunitaria que fomenta lo servicios comunitarios locales. Sin embargo, el mismo informe recalcaba que todavía muchos países no habían conseguido implementar este modelo comunitario por diferentes obstáculos, lo cual tenía repercusión sobre la brecha que había entre las necesidades de la población y los recursos que se dedicaban a este tipo de atención. Una brecha que se mantenía en el tiempo. El informe contiene diez recomendaciones para modificar esta situación:

1. Dispensar los cuidados en atención primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar atención en la comunidad
4. Educación sanitaria
5. Involucrar a la comunidad, a las familias y a los usuarios
6. Establecer políticas, programas y legislación a nivel nacional
7. Desarrollar los recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores
9. Monitorear la salud mental de la comunidad
10. Apoyar nuevas investigaciones

Estas diez recomendaciones han servido de base para crear un instrumento por parte de la OMS, el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)[4], que sirve para recopilar información sobre el sistema de salud mental de un país o región. El Atlas mundial de salud mental de OMS de 2005[5] reflejaba que el 24% de los países no tenían ningún sistema de información en salud mental. El objetivo es que esta información sirva para mejorar el sistema de salud mental.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL (IESM-OMS)

El instrumento esta dividido en 6 secciones, 28 apartados y 156 indicadores. La recogida de la información de un país de complejidad media se realiza en dos o tres meses y después un equipo de la Organización Mundial de la Salud hace la revisión técnica de los datos. Al final se realiza un informe final oficial que es distribuido en el país y colocado en la página WEB de OMS (http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html).

Las secciones en que esta dividido el IEMS-OMS están relacionadas con las recomendaciones del Informe Mundial de la Salud del 2001, y son: 1.- Política y marco legislativo, 2.- Servicios de salud Mental, 3.-Salud mental en atención primaria de salud, 4.- Recursos humanos, 5.- Educación sanitaria y vínculos con otros sectores y 6.- Monitoreo e Investigación.

La figura 2 muestra un ejemplo de la sección 1 en el apartado de financiación donde se aprecia el % del presupuesto de salud

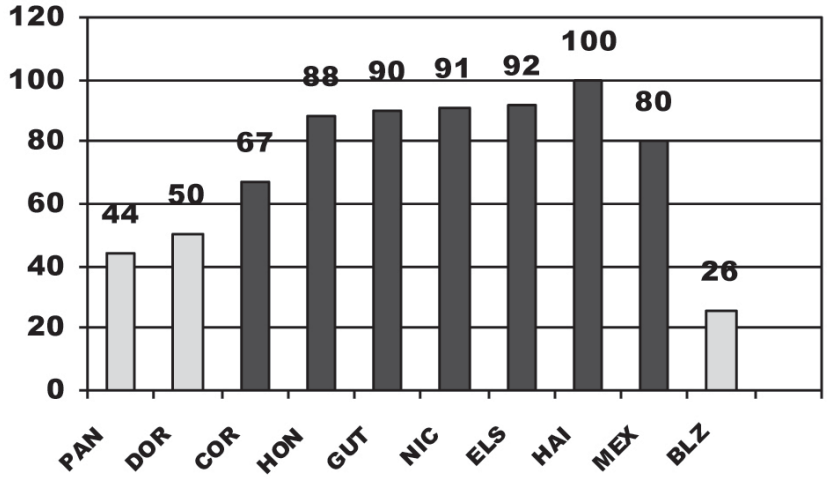


Figura 2: % del presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos en países de Centroamérica Caribe latino y México.

mental que los países de Centroamérica, Caribe Latino y México dedican a los hospitales psiquiátricos y donde se observa que en 6 países (Honduras, Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Haití y México) más del 80% de su presupuesto de salud mental se dedica a los hospitales psiquiátricos. Este dato nos muestra un aspecto del predominio del modelo institucional en esos países.

El instrumento se ha concebido fundamentalmente para ser utilizado en países de bajos o medios ingresos con el fin de que tengan una visión integral del sistema de atención en salud mental y una línea base que permita monitorear los cambios. Esto permite iniciar un proceso de planificación del sistema de atención de salud mental con unos objetivos claros que se pueden comparar con los de otros países con grado de desarrollo parecido. El instrumento esta dirigido esencialmente a evaluar la estructura y algún tipo de procesos. Tiene algunas limitaciones derivadas de este esfuerzo por lograr una visión integral del sistema, pues hay temas por ejemplo la accesibilidad al sistema de atención para grupos minoritarios que es difícil de cuantificar y por eso el instrumento tiene algunos ítems que utilizan respuestas de estimación que nos aproximan al fenómeno analizar sin llegar a cuantificar con exactitud el mismo[6].

CARGA DE ENFERMEDAD Y BRECHA EN SALUD MENTAL

En 1993, la Facultad de Salud Pública de Harvard (EEUU), el Banco Mundial y la OMS estudiaron la "Carga Mundial de Enfermedad"[7]. Así crearon una nueva medida que fueron los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Un AVAD representa un año de vida sana pérdida. Esta medida combina los años que se pierden prematuramente por una enfermedad con la discapacidad que genera la misma enfermedad. En el año 2000, los trastornos depresivos unipolares constituyeron la cuarta causa de carga de enfermedad en el mundo (4,4 % de AVAD) y las proyecciones es que para el 2020 sea la segunda causa en el mundo después de la cardiopatía isquémica[8]. En América Latina y el Caribe la carga de enfermedad atribuida al conjunto de los trastornos neuropsiquiátricos en 2002 representaba el 22,2 %[9] mientras que el porcentaje medio del presupuesto de salud dedicado a salud mental es del 2% en los países de la región que realizaron la evaluación de sus sistema de salud mental con el IEMS-OMS. Esto expresa una brecha entre carga de enfermedad y financiación. La brecha entre las necesidades de la población en materia de salud mental y los recursos financieros y humanos que se dedican abor-

dar esos problemas es enorme. Se calcula que 4 de cada 5 personas con un problema grave de salud mental en países de medianos y bajos ingresos no recibe la atención de salud mental que necesita[10].

PLAN DE ACCIÓN GLOBAL PARA REDUCIR LA BRECHA EN SALUD MENTAL (MHGAP)

En 2008 la OMS lanzó el programa de acción mundial para reducir la brecha en salud mental (mhGAP). Se considera que la brecha en la atención en salud mental en muchos países de bajos y medios ingresos es superior al 75%[11]. La idea central de este programa es dar un papel preponderante a la atención NO especializada en el nivel primario de atención de los países para que den prestaciones en ocho[8] condiciones prioritarias neuropsiquiátricas. Estos profesionales pueden ser médicos generales, médicos de familia, profesionales de enfermería o técnicos de salud, y estar trabajando en un centro de salud o en un centro sanitario hospitalario o ambulatorio. Con ese fin se ha realizado una guía basada en la evidencia y en las pruebas científicas, buscando prestaciones que puedan ser asumidas financieramente por los países y con el objetivo de que sean sostenibles y socialmente aceptables. La guía contiene 11 módulos dirigidos a las ocho condiciones prioritarias. Las condiciones se seleccionaron en base a su peso en la carga de enfermedad y son: depresión, psicosis, epilepsia, trastornos del desarrollo y de la conducta de la infancia y adolescencia, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas y conductas suicidas. En la guía se incluye también un módulo para el trastorno bipolar y otro para el grupo de otros trastornos significativos emocionalmente sin explicación médica. Es una guía protocolizada que incluye una fase de evaluación, otra de decisión y una tercera de intervención con tratamientos tanto psicofarmacológicos como con intervenciones psicosociales. La guía antes de utilizarse debe seguir un proceso de adaptación al contexto del país. En 2011, se comenzó el proyecto piloto mundial en cinco países; Nigeria, Sierra Leona, Etiopía, Jordania y Panamá.

RESUMEN

- La evaluación hace referencia a un “juicio” sobre una actividad respecto al grado de alcance de un objetivo previamente fijado.
- Los tres niveles donde se realiza la evaluación (estructura, proceso y resultados) deben ser completados con el contexto específico (sistema de salud) y el contexto inespecífico (condiciones socio-económicas).
- Elementos básicos de la evaluación son los criterios, los estándares y los indicadores.
- El Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental (IEMS-OMS) tiene 6 secciones y sirve para evaluar países o regiones.
- La “Carga de enfermedad” medida por los AVAD expresa los años que se pierden prematuramente por una enfermedad con la discapacidad que genera la misma enfermedad.
- El programa de acción mundial para reducir la brecha en salud mental (mhGAP) va dirigido a la atención no especializada en base a ocho condiciones prioritarias con gran carga de enfermedad

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada. OMS, EEUU, 2011. Este libro editado por la Organización Mundial de la Salud en 2011 forma parte del *Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental* y contiene la guía de intervención sobre ocho condiciones prioritarias (depresión, psicosis, epilepsia, suicidio, alcohol, trastornos por uso de drogas, trastornos de la conducta y del desarrollo en niños y adolescentes, demencia). Esta guía va dirigida a la atención NO especializada (médicos, enfermería, agentes de salud,..etc.) de países de ingresos medios y bajos. Se ha desarrollado tras una revisión sistemática de las evidencias y pruebas científicas sobre los temas, buscando su eficiencia y su fácil manejo en el nivel de atención primaria de salud.

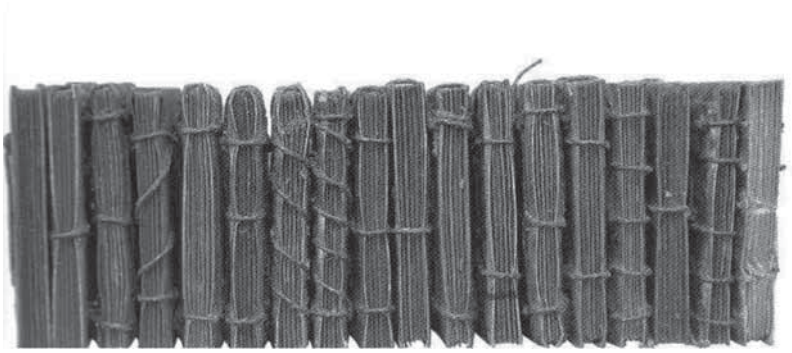
Salud mental en la comunidad (2ª edición).Organización Panamericana de la Salud." Washington, D.C.: OPS, 2009. Este libro en forma de manual y a través de 27 capítulos realiza una presentación exhaustiva de los temas que conforman la salud mental comunitaria. El Dr. Jorge Rodríguez, asesor principal de salud mental de la Organización Panamericana de la Salud ha reunido a 40 autores, mayoritariamente de la región de las Américas, para realizar una segunda edición de este manual, totalmente renovada, tras el éxito de la primera edición publicada en 1992. En esta ocasión participan en el proyecto un número importante de consultores de OPS y OMS.

Mental Health ATLAS 2011.Ginebra*:* WHO, 2011. El Atlas mundial de salud mental se publica por parte de la Organización Mundial de la Salud desde 2001 cada cinco años. El del 2011, con datos del 2010 es el tercero que se ha publicado y permite conocer cual es la situación mundial respecto a la atención de salud mental en las diferentes regiones del mundo. Estos datos son recogidos mediante encuesta dirigida a los ministerios de salud de los países.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Pineault R., Daveluy C. La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1987.
(2) Aparicio Basauri, Víctor. Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: AEN; 1993.
(3) OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia. OMS.2001
(4) WHO. Assessment Instrument for Mental Health Systems, WHO-AIMS version 2.2. Suiza. WHO.2005.
(5) WHO. Mental health atlas 2005. Geneva: WHO, 2005
(6) Saxena S, Aparicio Basauri V., Rodriguez JJ. Evaluación de los sistemas de salud mental. En Salud mental en la comunidad, segunda edición (Ed. J.J. Rodriguez). Washington, D.C.: OPS, 2009.
(7) Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.
(8) Saraceno B., Fleischmann A. La salud mental desde una perspectiva mundial. En Salud mental en la comunidad, segunda edición (Ed. J.J. Rodriguez). Washington, D.C.: OPS, 2009.
(9) Kohn R, Rodriguez J. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe (Ed. J.J. Rodriguez, R. Kohn, S. Aguilar). Washington, D.C.: OPS, 2009.
(10) WHO. Mental Health ATLAS 2011.Ginebra: WHO, 2011.
(11) OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada. EEUU. 2011.

7
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN



Mateo Vilagrasa, *No todo vale,* 1993

7.1 La formación en la Salud Mental Comunitaria, *MF Bravo Ortiz;* 7.2 La formación especializada reglada, *MF Bravo, JF Montilla, C Escudero, A García Laborda;* 7.3 Formación especializada no reglada, *R Prego, B Rodríguez Vega, A Fernandez Liria, J González Cases,* D Gil; 7.4 Participación de los usuarios y familiares en la formación de los profesionales, *M Munarriz;* 7.5 Investigación en Salud Mental, *MF Bravo Ortiz, M Gómez Beneyto*

7.1. La formación en Salud Mental Comunitaria

María Fe Bravo Ortiz

Dentro de los sistemas sanitarios los profesionales constituyen un elemento clave, tanto para su buen funcionamiento, como para su desarrollo e innovación. En este sentido, la apuesta por los procesos de formación en los distintos niveles (pregrado, postgrado, especialización y formación continuada), es uno de los ejes fundamentales de todo sistema de salud. Esto es así, aun más si cabe, para la salud mental, en cuyos sistemas de atención la principal tecnología reside en la competencia, los conocimientos y las actitudes de sus profesionales, componentes todos ellos esenciales de su formación. Los profesionales de salud mental son un elemento determinante dentro de los sistemas de atención a la salud para lograr una mayor calidad en la asistencia, para iniciar y mantener cualquier proceso de cambio y de reforma. Los programas de formación y cualificación de estos profesionales se incluyen en todo plan estratégico de reforma y mejora de la atención a la salud mental como una de las líneas estratégicas prioritarias, tanto a nivel local, a nivel nacional, como a nivel internacional. Así se recogía en las recomendaciones de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica del año 85 y luego en posteriores documentos internacionales como la Declaración de Salud Mental y el Plan de Acción de Helsinki , así como el Plan de Acción de la OMS del año 2005, y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006[1].

Como señalan Thornicroft y Tansella[2], las necesidades en profesionales bien formados y con actitudes adecuadas para el trabajo en salud mental comunitaria, dentro de sistemas de atención balanceados, son una meta secundaria, pero imprescindible para lograr la meta primaria y fundamental de mejorar el tratamiento y la atención a las personas con trastornos mentales. El cambio desde una perspectiva mas institucional, a una perspectiva comunitaria exige una modificación, tanto en las actitudes predominantes de los profesionales, como en los conocimientos y competencias que estos deben adquirir. En las tablas 1, 2 y 3, tomadas de Thornicroft y Tansella, se describen detalladamente que cambios se requieren para trabajar en un modelo comunitario.

En nuestro país estos cambios necesarios en la formación de los profesionales se han producido de un modo desigual. Es evidente y reconocido por todos que la formación especializada, tras la introducción del modelo MIR, ha supuesto un cambio fundamental para el desarrollo de nuestro sistema sanitario en las ultimas tres décadas. Su sistema de selección y acceso, el aprendizaje a través de la práctica supervisada en instituciones sanitarias, y el rigor en cuanto a la acreditación de las unidades docentes, son tres de las claves de su éxito. En el caso de los profesionales de la salud mental, la especialización en Psiquiatría, Psicología Clínica y en Enfermería en Salud Mental, como ya se señalaba en la Estrategia en SM, tenían también un balance positivo, aunque con posibilidades de perfeccionamiento. Se ha conseguido la ampliación de la duración de la formación para las especialidades de Psicología Clínica y de Enfermería en Salud Mental, y se han recogido en los nuevos programas formativos de Psiquiatría y la Psicología Clínica [3, 4] la realización de Áreas de Capacitación Específica (Psiquiatría Infantil, Psicoterapia, Drogadicciones y Psicogeriatría; Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia, Psicooncología, Adicciones, Cuidados Paliativos,

Tabla 1: Diferencias en las actitudes de los profesionales entre la perspectiva institucional y la perspectiva comunitaria[2].	
Perspectiva Institucional	Perspectiva Comunitaria
Atender a los usuarios de los servicios (generalmente denominados como pacientes) dentro del contexto hospitalario Focalizar en los síntomas y en el control de la conducta. Contactos planificados y rutinarios. Guía de las políticas y procedimientos establecidos. Toma de decisiones y estructura de mando jerárquica (a menudo modelo médico). Fuerte creencia en los tratamientos farmacológicos. Opinión de que los usuarios con síntomas severos deben permanecer en el hospital. Actitud paternalista de que el staff es responsable de la conducta de los usuarios. Opinión de que los usuarios en el hospital no son responsables de su propia conducta antisocial y de que no deben ser denunciados a la policía.	Atender a los usuarios dentro del hogar o del contexto familiar. Focalizar en las necesidades del individuo y de la familia. Flexibilidad en los contactos planificados y no planificados. Respuesta a las necesidades cambiantes de los usuarios. Énfasis en la toma de decisiones compartida y en la negociación. Combinación de intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales. Opinión de que los síntomas no determinan necesariamente el setting adecuado de atención para cada persona. Énfasis en el empoderamiento y en las responsabilidades de cada usuario, asociadas a sus elecciones y consecuencias. Los usuarios asumen que son responsables de su conducta y que deben someterse a un proceso legal si comenten un delito.

Tabla 2: Diferencias en la formación de los profesionales entre una perspectiva institucional y una perspectiva comunitaria[2].	
Perspectiva Institucional	Perspectiva Comunitaria
Orientación de la formación más biológica. Curriculum formativo separado para diferentes profesionales La formación solo se desarrolla en *setting* hospitalarios y clínicos. Formación en unidades especializadas para diferentes grupos diagnósticos. Focalización en la formulación diagnóstica.	Orientación ecléctica biopsicosocial. Algunos elementos formativos compartidos entre disciplinas. La formación se desarrolla en el hospital y en *setting* comunitarios. La formación a menudo se realiza en equipos que proveen atención a grupos diagnósticos mixtos (p. ej. para un área). Focalización en las necesidades no cubiertas.

Tabla 3: Diferencias en la orientación terapéutica entre la perspectiva institucional y la perspectiva comunitaria[2].

Perspectiva Institucional	Perspectiva Comunitaria
Énfasis en el alivio de los síntomas Mejora de las instalaciones y los conocimientos para la evaluación física, la investigación, los procedimientos y el tratamiento. Búsqueda de decisiones desde arriba en la jerarquía. Focalización en el control de la conducta violenta. Bloques de tratamiento para grupos de individuos. Horario regulado. Tratamiento a corto plazo y rehabilitación separados. Cultura que tiende a evitar el riesgo. Habitualmente el liderazgo clínico y administrativo es asumido por un médico (que puede mantener vínculos estrechos con otros especialistas médicos).	Mayor focalización en el empoderamiento de los usuarios. Riesgo de menor atención focalizada en las necesidades de salud física, incluso –'negligiendo' este aspecto. Mayor autonomía para el staff de las diferentes disciplinas. Ve los comportamientos más frecuentemente en contextos específicos. Tratamiento y atención más individualizado. Flexibilidad en donde y cuando es tratado el usuario. Intervenciones terapéuticas y sociales integradas. Cultura que intenta nuevos enfoques a los servicios y planes de atención. El liderazgo puede ser desarrollado por cualquier profesional (que puede ser visto por otros especialistas médicos como distinto y distante).

Psicogeriatría, Salud Sexual y Reproductiva y Neuropsicología), pero queda pendiente potenciar e implementar las auditorías como medio de mejorar y mantener la calidad, y crear un sistema de información que facilite la gestión. Una experiencia interesante en el campo de las auditorias es el proyecto que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha realizado conjuntamente con la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), y con la colaboración de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS); el proyecto EUMIR que ofrece la realización de forma voluntaria de una auditoria de las unidades docentes de Psiquiatría para ver en que medida los psiquiatras formados han adquirido las competencias básicas recomendadas por la UEMS[5]. También para el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria, queda recogido dentro de su itinerario de rotaciones obligatorias su paso por salud mental, elemento este que tiene una gran importancia, ya que los médicos de familia atienden en un primer nivel, a la mayor parte de las personas con problemas de salud mental, y son la puerta de entrada a la red de salud mental. En el caso de la Pediatría, esto no siempre esta garantizado, y ha de ser uno de los puntos que debe garantizarse.

Queda pendiente el desarrollo de la Formación Sanitaria Especializada basada en la Troncalidad, tal y como se recomendaba en la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias* (LOPS)[6] que afecta específicamente a la especialidad de Psiquiatría, y en el futuro a la Psiquiatría Infantil. Este proceso, lento y muchas veces de ida y vuelta, parece que ya puede estar cerca de concretarse, y que en nuestro caso puede alumbrar un futuro tronco de Psiquiatría al que se uniera la Psiquiatría Infantil. La AEN, junto con la Comisión Nacional de la Especialidad, y las sociedades científicas psiquiátricas así lo han venido defendiendo, y se está a la espera de que una vez aprobada su regulación se inicie el proceso de adaptación de los programas formativos a la nueva es-

tructura, que supone un período común de formación de dos años para las especialidades del tronco, y un período de otros dos posteriores específicos. Este proceso debe ir unido a la constitución de la especialidad de Psiquiatría Infantil, también pendiente de aprobación del decreto de creación de nuevas especialidades (que actualmente se encuentra en fase de información en el Consejo de Estado). La Comisión Promotora de la especialidad de Psiquiatría Infantil, una vez que inicie finalmente su andadura, deberá desarrollar el programa formativo y la acreditación de las Unidades Docentes.

La creación de las Unidades Docentes Multiprofesionales (Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero), y más concretamente las de Salud Mental, ha supuesto un avance claro en cuanto al desarrollo de una formación integral y en colaboración de los distintos profesionales, aunque su puesta en marcha, y la acreditación de las Unidades haya tenido algunos tropiezos. Al capítulo de la formación especializada dedicaremos un apartado específico dentro de este módulo, incluyendo también el estado de la cuestión en aquella formación especializada no reglada (psicoterapia, rehabilitación, salud mental de niños y adolescentes, trabajo social en salud mental), que constituyen competencias esenciales para el trabajo en salud mental comunitaria.

Más irregular ha sido el avance en formación continuada. Ha sido mucho su crecimiento y extensión en estas ultimas tres décadas, y en muchos casos ha supuesto oportunidades importantes para lograr esos cambios de conocimientos y adquisición de competencias que se requieren para implantar un modelo de atención en salud mental desde una perspectiva comunitaria, pero en general se puede apreciar que dicha formación continuada ha sido poco discriminada y orientada a las necesidades individuales de formación de cada profesional, con poca homogeneidad y articulación y con resultados en la mayoría de los casos muy fragmentarios; cuando no ligados a intereses espurios de la industria, ajenos a la mejora de atención a las personas con trastornos mentales. A continuación desarrollaremos este punto con más detalle.

Por ultimo, el tema de la formación universitaria pregrado y postgrado, que ahora está inmersa en un proceso de transformación para su adaptación a las normativas europeas (Espacio Europeo de Educación Superior) [7] puede decirse que ha vivido al margen del desarrollo de un modelo de atención comunitaria a la salud mental. Si recorremos las distintas guías docentes de las anteriores licenciaturas de Medicina y Psicología, y de las diplomaturas de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, muy pocas de ellas recogen una visión de los trastornos mentales orientada a ser tratados en una red de servicios comunitarios y con unas intervenciones integradas; y muchas menos realizan el periodo de prácticas en dispositivos comunitarios de atención. Están aun por ver los contenidos de las nuevas guías docentes de las disciplinas de salud mental que se imparten en los distintos grados, que son la puerta de entrada para las distintas profesiones que posteriormente van a desempeñar su actividad en la red de dispositivos de salud mental. De una parte queda pendiente que los grados de psicología y de trabajo social no son sanitarios y no siempre garantizan prácticas en estos dispositivos. De otra parte queda que existe poca garantía de que las prácticas, que en las nuevas titulaciones tienen un papel fundamental, se desarrollen en dispositivos de la red de salud mental, para lo que deberían existir convenios de estas redes con las universidades. También en los postgrados, tanto en los Master Oficiales "profesionalizantes", como en aquellos otros orientados a la investigación y al doctorado deberían reflejarse mas temáticas orientadas hacia la salud mental comunitaria, hacia la psicoterapia y hacia la rehabilitación psicosocial.

Mención especial merece el Master de Psicología General Sanitaria cuyos planes de estudio deben desarrollarse en breve,

y que será un requisito indispensable para desempeñar la profesión de Psicólogo General Sanitario, según queda reflejado en la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011 de 4 de octubre). Los planes de estudio de este Master deben garantizar la adquisición de las competencias necesarias para desempeñar actividades que quedan recogidas en la misma: "la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios". Según se señala "se deberá acreditar la superación de, al menos, 180 créditos ECTS[a] de contenido específicamente sanitario en el conjunto de enseñanzas de Grado y Máster", y es de esperar que una parte muy significativa de ellos se realicen en forma de prácticas en instituciones sanitarias, y dentro de ellas en dispositivos de salud mental. Tal y como desde la AEN hemos defendido en diversos documentos conjuntos con la Comisión Nacional de Psicología Clínica y con diversas asociaciones, dentro del itinerario formativo de la Psicología Clínica, el título oficial de Master en Psicología General Sanitaria debe ser un requisito indispensable para el acceso a la especialización en Psicología Clínica. Este ha sido, y es, uno de los temas todavía no definitivamente resuelto, que ha generado mas controversia, pero que tiene una importancia fundamental de cara a garantizar una calidad en la atención psicológica que se presta en los servicios públicos, y que en todos los casos debe ser realizada por especialistas en psicología clínica, como lo es en el resto de las especialidades de la medicina (incluida la Medicina Familiar y Comunitaria).

Si la apuesta por la formación desde un modelo de salud mental comunitaria, en los distintos niveles, fue una de las acciones y estrategias que más han contribuido a la transformación de los servicios y redes de atención a la salud mental en las ultimas tres décadas, la participación de las personas afectadas y sus familias en los procesos de formación de los profesionales de salud mental debe ser una de las acciones prioritarias para avanzar en este proceso de transformación y mejora de la atención. Es necesario un cambio en la perspectiva desde la que se abordan los procesos de formación, que deben orientarse e incorporar la experiencia de las personas afectadas y sus familias sobre el propio proceso de enfermedad y sobre el uso de los recursos sanitarios, así como de su proyecto personal y aspectos relacionados con su calidad de vida. La incorporación activa como docentes de los profesionales es un estándar que debe exigirse cada vez más a los programas formativos de las instituciones sanitarias. Como se recogía en la Estrategia en Salud Mental del SNS "se requiere una profunda transformación de actitudes y la adquisición de nuevas destrezas para desarrollar un espacio de trabajo nuevo, paralelo y simultáneo al trabajo clínico, en pie de igualdad con los enfermos y sus familiares, para hacer realidad los conceptos de empoderamiento (empowerment) y el «paradigma de la recuperación»"[1] En este módulo se abordara un capitulo especifico sobre este tema.

FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada (FC) tiene como objeto la actualización y ampliación de las competencias necesarias para atender las necesidades de la población en materia de salud mental. Definiciones de *formación*

[a] Abreviatura de European Credit Transfer System. El Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos, en idioma español, es utilizado por las universidades europeas para convalidar asignaturas y cuantificar el trabajo relativo al estudiante que trabaja bajo los grados auspiciados por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Los ECTS hacen referencia al trabajo en clase y fuera de ella. Es decir, indican cuánto tiempo tiene que dedicar el alumno a una materia para poder aprenderla (y aprobarla).Todo sistema de asignación de créditos ha de tener su equivalente en créditos ECTS.

continuada, como la recogida por Antonio Escudero [8] se refieren al "Conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la *competencia* profesional, una vez obtenida la titulación básica o de especialidad correspondiente. Está encaminada a actualizar y mejorar la *capacitación* de una persona o grupo para *hacer frente,* de forma óptima, *a las necesidades que plantea su ejercicio* profesional". Están excluidos de la FC "cualquier enseñanza reglada de grado, especialidad, los cursos de doctorado, los master oficiales y los títulos propios universitarios"

Como se recogía en la Estrategia en SM "siguiendo las recomendaciones de la OMS (WHO, 2005), una política para la formación continuada debe tener en cuenta, entre otros, la existencia de un compromiso firme por parte de la Administración para facilitar la formación en horario laboral y desarrollar la carrera profesional, y procedimientos de valoración, evaluación y reconocimiento de los progresos, y, por otro lado, el empeño de los profesionales para hacer uso de las nuevas competencias"[1]

Los planes de FC deben adaptarse a las necesidades de cada organización, de cada equipo, de cada profesional, para lo cual es imprescindible realizar un análisis previo de las mismas. En este sentido cada vez más el planteamiento de la FC no es el de orientarse a un despliegue de actividades formativas diversificada, en función de las ofertas de los diferentes proveedores, sino el de un planteamiento más individualizado en torno al *desarrollo profesional continuo* (DPC). Helio Pardell[9] recoge las primeras formulaciones internacionales (Federación Mundial de Educación Médica o la del Comité Permanente de Médicos Europeos), según las cuales:

> el DPC se entiende fundamentalmente como un proyecto de carácter individual del médico, enmarcado en el ideario del profesionalismo, que tiene sus raíces en el compromiso ético-profesional de mantenerse competente durante su vida activa, con objeto de ofrecer en todo momento una actuación adaptada a las corrientes científico médicas del momento y al sistema sanitario en el que se desenvuelve profesionalmente.
> La LOPS lo entiende como el reconocimiento público, expreso y de manera individualizada, del desarrollo del profesional sanitario por lo que se refiere a los conocimientos, la experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en el cumplimiento de los objetivos asistenciales y de investigación de la organización en la que presta sus servicios.

Para Ruiz de Adana[10] este concepto incorpora la práctica totalidad del marco conceptual de la clásica FC, pero ampliándolo con la incorporación de nuevos componentes. Define el DPCi como:

> el proceso de avance progresivo del médico desde el estadio inicial de principiante profesional hacia los estadios de profesional experto o de maestría profesional. Los objetivos fundamentales del DPCi son: a) mantener y mejorar la competencial profesional individual, b) garantizar la calidad de la actuación profesional, c) reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia, y d) reconocer las capacidades de adaptación a los cambios y a las necesidades.

La regulación de la FC se inició en 1997, por un acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial, con la creación de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, de un sistema de acreditación específico en 1999. Los créditos reconocidos por este sistema son válidos en todo el territorio del Estado y son otorgados tras evaluación de las actividades propuestas por dicha Comisión o por las agencias que las Comunidades Autónomas, que así lo han decidido, han creado al respecto y que se atienen a los mismos criterios que la Comisión estatal.

En 2002, el Ministerio de Sanidad y Consumo hizo una encomienda para la acreditación de estas actividades a los Consejos Generales de Colegios de Médicos y Enfermería. El Consejo General de Colegios de Médicos firmó en 2003 un acuerdo con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas para crear una agencia acreditadora para formación médica continuada, llamada SEAFORMEC, que otorgaba créditos de la Comisión de Formación Continuada y, eventualmente, de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) o de la American Medical Association (AMA). En enfermería, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte han encomendado la gestión de la acreditación de actividades a nivel estatal al Consejo General de Colegios Profesionales de Diplomados en Enfermería, que aplica los criterios comunes a la Comisión de Formación Continuada. Paralelamente, la formación continuada es competencia de las Comunidades Autónomas, que en sus respectivas Consejerías de Sanidad poseen una Comisión de Acreditación. Esta situación se ha visto recientemente modificada con la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Constitucional [11] que ha considerado inconstitucionales dos artículos de la LOPS, y que deja a las Comunidades Autónomas como únicas entidades con capacidad de acreditación.

Según Escudero[8] el proceso de acreditación se define como: "Valoración, que un organismo externo, hace de un individuo, centro o actividad, según unos criterios y estándares previamente establecidos". Estos criterios y estándares, así como la metodología esta definida de forma homogénea para todas las CCAA[12]

Como se señaló previamente, la FC debe adaptarse a las necesidades de cada situación, de cada organización, de cada equipo y de cada profesional. Estas necesidades tienen que ver con la población, con la emergencia de nuevas demandas, con el progreso técnico y científico, por lo que debe ser un proceso dinámico en continua actualización y adaptado a los contextos locales.

Angela Towle[13] en un artículo publicado en 1988 en el *British Medical Journal,* sobre los futuros cambios en la atención sanitaria en el entonces venidero siglo XXI, escribía (siendo esto válido para todas las profesiones): "Una revolución en la asistencia sanitaria está ocurriendo como consecuencia de cambios de la práctica en la medicina y en la sociedad. Estos incluyen cambios en los datos demográficos y en la manifestación de la enfermedad; nuevas tecnologías; cambios en la oferta de la asistencia médica; creciente protección de los intereses de los consumidores; fortalecimiento (*empowerment*) del paciente y su autonomía; un énfasis sobre la efectividad y la eficiencia; y roles profesionales cambiantes. Estos son los desafíos (...) en el siglo XXI". En la Tabla 4 se recogen las características que en su opinión debe tener la FC.

Características de la formación continuada[13]
Educación efectiva en relación con los resultados en salud que promueve. Planificado sistemáticamente sobre la base de la evaluación de necesidades y las prioridades. Sensible a los rápidos cambios del mundo. Inclusión de proveedores de servicio y usuarios. Encauzado para promover un aprendizaje autodirigido y resolución de problema. Basado en procesos educativos de demostrada eficacia. Basada la información en la experiencia de otros.

Un aspecto muy importante es la utilización de métodos educativos que hayan demostrado eficacia. Como se señala en la Estrategia en SM "los métodos que requieren una participación activa en el aprendizaje son los únicos con los que se obtienen resul-

tados duraderos. En esta línea, los talleres centrados en la enseñanza de competencias concretas, seguidos de práctica supervisada, constituyen la herramienta clave" [1].

Garantizar la formación del equipo multidisciplinar (y no solo lo específico de cada profesión) es fundamental para poder abordar de forma efectiva la naturaleza multifactorial de los trastornos mentales. El enfoque comunitario de la atención a los trastornos mentales ha traído consigo el desarrollo de servicios, dispositivos y programas que involucran a otros sectores institucionales (servicios sociales, trabajo, justicia, vivienda y educación) y no institucionales, como son las asociaciones de enfermos y familiares y las agrupaciones de voluntarios. Para desenvolverse profesionalmente en este contexto y contribuir positivamente al trabajo en red, son necesarias competencias específicas de comunicación, de negociación, de enlace y de resolución de conflictos[1]

EL PAPEL DE LA ESCUELA DE SALUD MENTAL DE LA AEN

La constitución de una Escuela de Salud Mental, como un instrumento de formación de la AEN, ha sido un viejo proyecto que en estos últimos años ha comenzado a hacerse realidad. Aunque las actividades de formación han sido uno de los ejes centrales de nuestra asociación, hasta el año 2007, con la creación de la Fundación Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [14], no se ha estructurado y regulado específicamente.

Ya en un Cuaderno Técnico publicado en el año 2000, sobre la Formación especializada en Salud Mental [15] se señalaba en la presentación que "se partía del convencimiento de que la formación es imprescindible para lograr mejoras en la calidad asistencial; de que es desencadenante y refuerzo en la consolidación de los procesos de cambio; de que es imprescindible

Puntos críticos en la formación continuada de los profesionales de salud mental (Estrategia en Salud Mental del SNS)
La necesidad de definir un perfil para cada una de las especialidades que determine su papel y sus competencias, y que sirva de guía para la formación. La dispersión y la falta de coordinación entre los múltiples proveedores de formación (universidades, sociedades científicas, sindicatos, colegios profesionales, agencias de formación de las Comunidades Autónomas, etc.). La relación de los y las profesionales con la industria farmacéutica y el papel que ésta puede jugar en la formación continuada no están suficientemente definidos. La formación continuada se guía más por las características de la oferta, muchas veces más dependiente de intereses ajenos a la formación, que por la demanda basada en las necesidades de formación percibidas por los profesionales. La falta de un reconocimiento institucional para la formación del equipo multidisciplinar. La necesidad de establecer los cauces necesarios para la participación de las asociaciones de enfermos y familiares en la formación continuada. La necesidad de establecer la regulación de la formación continuada en psicología clínica y en enfermería de salud mental. La formación continuada en salud mental de los profesionales de atención primaria y de los especialistas es prácticamente inexistente, y la que se dispensa depende del esfuerzo voluntario de los equipos de salud mental. La necesidad de establecer un sistema de reacreditación y evaluación de competencias. La falta de tradición en este tipo de actividades y, cuando ha empezado a haber fondos para ellas, había un déficit de entidades proveedoras solventes, con lo que frecuentemente han sido puestas en marcha por entidades no especializadas y poco preparadas y han tenido una calidad discutible.

pensarla desde la interdisciplinareidad y teniendo en cuenta la articulación entre las diversas instituciones que intervienen en los procesos de formación".

La Escuela de SM de la AEN ha surgido con vocación de convertirse en una alternativa a las instituciones académicas, aportando su valor de vincular la formación con el desarrollo de la actividad asistencial, desde un punto de vista multidisciplinar y comunitario.

En la presentación del Cuaderno Técnico nº 11, sobre la Escuela de SM de la AEN[16], Alberto Fernández Liria recogía la declaración de intenciones que pretendía la nueva entidad:

- "Como entidad proveedora de docencia de diferentes niveles:
  - Formación Continuada.
  - Formación Especializada.
  - Formación de Postgrado.
- Como entidad acreditadora de actividades docentes.
- Como entidad financiadora o facilitadora de actividades docentes vinculadas a actividades o servicios.
- Como entidad proveedora o acreditadora de material docente o de apoyo a la actividad docente.
- Como difusora de material científico.
- Como promotora de la investigación y de estudios".

Muchos son las actividades que se han desarrollado en estos años, con el esfuerzo del Comité Académico, presidido por Manuel Gómez Beneyto, del que destacaría:

- La acreditación de múltiples actividades docentes
- La elaboración de unos criterios de acreditación en especialidades no regladas, como la Salud Mental del Niño y el Adolescente, la Psicoterapia y la Rehabilitación Psicosocial. Así como la acreditación de profesionales en estas especialidades no regladas.
- El desarrollo de algunos proyectos de investigación clínico epidemiológicos multicéntricos.
- El proyecto EUMIR de auditoria voluntaria de unidades docentes de psiquiatría.
- La base de datos de Unidades Docentes Multiprofesionales de SM

De los proyectos pendientes, probablemente los mas ambiciosos sean la realización de un Master Oficial en Rehabilitación Psicosocial con la Universidad Jaume I de Castellón, la FEARP, FEAFES, y FAISEM; y la Guía de Participación de los Usuarios en la Planificación y Formación de los SSM (REPARASAM).

RESUMEN

La formación de los profesionales de salud mental, en los distintos niveles (pregrado, postgrado, especialización y formación continuada), es una de las claves para el desarrollo de sistemas de atención comunitaria a la salud mental.

En el presente capítulo se revisan los siguientes aspectos:

- La formación pregrado
- La formación postgrado:
  - Formación especializada:
    - Formación reglada: Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental
    - Formación no reglada
    - Formación para el doctorado y la investigación
- La Formación Continuada:
  - Planes de Formación continuada
  - Desarrollo Profesional Continuo
- La participación de los usuarios en la formación de los profesionales
- El papel de la Escuela de Salud Mental de la AEN

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Thornicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. Los autores plantean que las necesidades en profesionales bien formados y con actitudes adecuadas para el trabajo en salud mental comunitaria son una meta secundaria, pero imprescindible para lograr la meta primaria y fundamental de mejorar el tratamiento y la atención a las personas con trastornos mentales. Este cambio desde una perspectiva mas institucional, a una perspectiva comunitaria exige una modificación, tanto en las actitudes predominantes de los profesionales, como en los conocimientos y competencias que estos deben adquirir. En el libro describen detalladamente qué cambios se requieren para trabajar en un modelo comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

(1) MSC. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.
(2) Thornicroft G, Tansella M. Better Mental Health Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
(3) Jefatura del Estado. Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
(4) Jefatura del Estado. Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
(5) UEMS. European Board of Psichiatry. European Framework for Competencies in Psychiatry. 2009; Available at: www.uemspsychiatry.org/board/reports/2009-Oct-EFCP.pdf. Accessed 03/11, 2012.
(6) LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. 2003.
(7) Ministros europeos de educación reunidos en Bolonia el 19,de Junio. Declaración de Bolonia: el Espacio Europeo de Educación Superior. http://wwwn.mec.es/univ/html/informes/EEES_2003/Declaracion_Bolonia.pdf: Ministerio de Educación y Ciencia; 1999.
(8) Escudero Nafs, A., Benito A., Lahera G. Formación Continuada en la Escuela de Salud Mental de la AEN. En: Gómez Beneyto (coord). La escuela de salud mental de la AEN. Madrid: Cuaderno técnico nº 11; 2009.
(9) Pardell H. Editorial. Boletín DPC-FMC / CME-CPD Bulletin 2008;2:3.
(10) Ruiz de Adana R. El desarrollo profesional continuo como estrategia de mejora de la calidad. El Blog de Ricardo Ruiz de Adana Pérez. 2012
(11) Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Constitucional sobre la acreditación de la Formación Contnuada de abril de 2011. http://www.tribunalconstitucional.es/es/jurisprudencia/Paginas/Sentencia.aspx?cod=10251
(12) Castejon Casado, M., «Sistema de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España», Med Clin (Barc), 2004, 123, pp. 224-9.
(13) Towle A. Continuing medical education: Changes in health care and continuing medical education for the 21st century», . BMJ 1998;316:301-304.
(14) ORDEN ECI/3674/2007, de 19 de noviembre, por la que se inscribe en el Registro de Fundaciones a la Fundación Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. BOE núm. 301, Lunes 17 diciembre 2007 http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/17/pdfs/A51887-51888.pdf
(15) Palomo Álvarez R (coord). La Formación Especializada en Salud Mental. Madrid: Cuaderno Técnico AEN n 5; 2000.
(16) Gómez Beneyto M (coord). La Escuela de Salud Mental de la AEN. Madrid: Cuaderno Técnico AEN n 11; 2009.

7.2. La formación especializada reglada

María Fe Bravo Ortiz, José Francisco Montilla, Consuelo Escudero, Ana Garcia Laborda

La creación de las Unidades Docentes Multiprofesionales (Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero)[1], y mas concretamente las de Salud Mental, ha supuesto un avance claro en cuanto al desarrollo de una formación integral y en colaboración de los distintos profesionales, aunque su puesta en marcha, y la acreditación de las Unidades haya tenido algunos tropiezos. Dentro de las XXIII Jornadas Nacionales de la AEN, celebradas en Palma de Mallorca en 2010, se organizó un Encuentro de Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental (UDMSM) con objeto de revisar los aspectos normativos, de desarrollo y las distintas experiencias existentes, para poder elaborar unas conclusiones[2] que pudieran guiar la mejora del funcionamiento de dichas UDMSM. Estas se referían a tres ámbitos fundamentales:

- Criterios de acreditación que permitan el desarrollo efectivo de los programas formativos de las especialidades
- Aspectos estructurales y organizativos
- Función de los tutores.

Las conclusiones del encuentro se pueden consultar en la web de la AEN[2], pero en síntesis se centraban en:

- La necesidad de que los criterios de acreditación de las UDMSM recojan no solo aspectos de estructura y actividad, sino también criterios de funcionamiento multiprofesional (del servicio, de la docencia y de su gestión).
- Elaborar un catalogo de competencias comunes a las tres especialidades y un programa de evaluación.
- Garantizar una estructura y funcionamiento de la UDMSM que cuente con una adecuada representación de tutores y residentes, que no se solape necesariamente con la estructura organizativa del servicio asistencial, que permita desarrollar adecuadamente los programas formativos de las tres especialidades, y que se integre en la Comisión local de Docencia.
- La importancia y necesidad de desarrollar las diferentes figuras de tutor (tutor general, tutor de rotación y colaborador docente), sus funciones, necesidad de formación y de acreditación y reconocimiento de su tiempo dedicado a la tutoría.

Algunas de estas recomendaciones han sido recogidas por el Ministerio en los criterios que finalmente se han utilizado estos últimos dos años para la acreditación de las UDMSM, aunque todavía queda pendiente hacer efectivo el funcionamiento multiprofesional que las unidades deben tener, y así mismo queda camino por recorrer en la definición y elaboración de las competencias comunes y en la mejora de la formación y el reconocimiento de las tutorías. Las sociedades científicas profesionales tenemos un papel muy relevante a jugar en este campo. Iniciativas como la tomada por la Escuela de Salud Mental de la AEN para elaborar un catalogo dinámico de UDMSM, que recojan los aspectos multiprofesionales y que este a disposición de los futuros residentes, van en esta dirección.

7.2.1. REQUISITOS Y CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES DE PSIQUIATRÍA

La formación especializada en Psiquiatría ha de darse en los marcos asistenciales considerados en la actualidad más eficaces. La asistencia psiquiátrica y de salud mental correcta y eficaz, mayoritariamente aceptada, se concibe como la prestada por un conjunto de dispositivos asistenciales específicos interdependientes (*red*),

que aseguran la *continuidad de cuidados*, y coordinados con el conjunto de dispositivos sanitarios generales y de atención social y comunitaria que, por ende, atienden, con recursos proporcionados, a una determinada área poblacional (*responsabilidad asistencial territorializada*).

La llamada *Reforma Psiquiátrica* iniciada en la segunda parte de los ochenta generó un *relativamente* (según el *punto de partida*) *enorme* incremento de necesidad de nuevos recursos humanos. Hasta hace pocos años fue, por tanto, necesario generar "nuevos psiquiatras" en cantidad suficiente para cubrir la demanda. Los requisitos requeridos a las también nuevas en muchos casos unidades docentes no podían ser, en consecuencia, especialmente exigentes. No obstante, los psiquiatras en ellas formados conforman a día de hoy un importante colectivo profesional bien cualificado, impregnado del "conocimiento de la reforma" y responsables reales en gran parte de la actual formación de los residentes.

La realidad asistencial actual nos exige, y creemos que nos permite, fijar objetivos cualificados de excelencia en los planteamientos de formación especializada en Psiquiatría. Independientemente del número conveniente y necesario de nuevos MIR de Psiquiatría y de su "ubicación regional" creemos que el empeño debe ser ahora, aprovechando precisamente la gran cantidad de nuevos recursos y, sobre todo, los "nuevos profesionales generados por el nuevo sistema", dotarnos de unos "criterios de acreditación de unidades docentes" que exijan, propicien y sean garantes de una formación en Psiquiatría lo más completa, polivalente y cualificada posible.

Los requisitos y criterios de acreditación de unidades docentes de Psiquiatría acordados en la Comisión Nacional de Psiquiatría deben responder a unas características generales de los recursos y dispositivos asistenciales que se recogen a continuación:

- Responsabilidad asistencial territorializada.
- "Red asistencial interdependiente" dotada de los recursos (dispositivos) suficientes capaces de dar respuesta a todas las necesidades asistenciales de la población de referencia.
- Coordinación con el conjunto de dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios.
- Los diferentes dispositivos asistenciales habrán se ser propios de la red asistencial que compone la unidad docente acreditada. Caso de tratarse de dispositivos asistenciales compartidos con otros servicios, deberán ser, en todo caso, "dispositivos de referencia" en la planificación asistencial de la unidad acreditada.

Todas estas características no sólo aseguran un nivel asistencial adecuado y eficaz sino que ello resulta indispensable para propiciar (también eficazmente) una formación adecuada y de calidad; pues no puede haber una formación correcta si no es inmersa en una asistencia también correcta. Así, la *responsabilidad asistencial territorializada* o lo que es lo mismo, la atención y respuesta a todos los trastornos psiquiátricos y de salud mental de un determinado territorio poblacionalmente estándar supone que el especialista en formación habrá de afrontar *todo tipo de patologías y ajustadas a sus estándares de morbilidad*; con lo cual su aprendizaje (en lo cualitativo y en lo cuantitativo) en principio no caerá en los sesgos que para la formación suponen determinados Servicios excesivamente focalizados asistencialmente. Ya que, en definitiva, se trata de conseguir una *formación polivalente* y suficiente. Esto también es aplicable al manejo de *herramientas terapéuticas múltiples* y adecuadas a cada patología y caso; pues la Unidad acreditada tendrá que dotarse de ellas para dar la respuesta adecuada al conjunto de demandas asistenciales.

La Red de dispositivos asistenciales interdependientes (y coordinados con el resto de dispositivos sanitarios y socio-comunitarios) también asegura una formación equilibrada en la que el peso de las distintas intervenciones asistenciales se adecua a las nece-

sidades clínicas generales y del caso en particular. *Las diferentes rotaciones*, con sus también diferentes duraciones, irán aportando al residente una visión oportuna del necesario ajuste clínico-terapéutico y profesional , en la que la "importancia" de lo hospitalario, lo ambulatorio, lo comunitario, etc. no sean "falsos paradigmas" sino elementos de un "todo asistencial" que es absolutamente necesario conocer y manejar equilibradamente en nuestra especialidad. De otra parte, la Red Asistencial (coordinada) también asegura la *"continuidad de cuidados"* indispensable en las *patologías crónicas* y/o recidivantes, a menudo también graves e incapacitantes en lo social, que caracterizan a la Psiquiatría.

Por último, los *indicadores de actividad asistencial y tasas* de uso poblacionales, que se imponen (luego lo veremos) como requisitos-criterios de acreditación, nos van a asegurar que lo planteado en los párrafos anteriores pueda ser razonablemente conseguido en las unidades docentes. En la misma línea la *dotación de recursos humanos* acordes al volumen de población designado y tanto en cuanto los indicadores y tasas antes referidos se mantengan en el abanico de los estándares exigidos; nos aseguran un desarrollo asistencial ni tan desbordado que pueda suponer al equipo mala praxis, además de imposibilidad de disponer de tiempo específico para formación, ni, en el otro extremo, vacío de contenidos asistenciales.

En el estudio sobre "La opinión de los residentes de psiquiatría sobre la formación que reciben"[3] se presentan y comentan los resultados de una encuesta llevada a cabo por la Comisión Nacional de Psiquiatría entre los MIR de psiquiatría de tercer y cuarto año. La encuesta tuvo por objeto conocer la opinión de los residentes sobre la formación que recibieron, así como el grado de satisfacción que experimentaron. Los resultados indican que la mayoría cumplieron con los requisitos del Programa Nacional de Formación Psiquiátrica y que su grado de satisfacción fue bueno. No obstante un porcentaje pequeño pero sustancial de residentes no cumplieron el programa de forma adecuada, particularmente en relación con la formación en psicoterapia, metodología de la investigación, gerontopsiquiatría, neurología y medicina general.

7.2.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

La Psicología Clínica se institucionaliza, como especialidad sanitaria en España, con la publicación del Decreto de la Especialidad en noviembre de 1998. Cinco años más tarde, en 2003, se publica la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), largamente esperada, que establece y regula las profesiones sanitarias y sus aspectos básicos en el ámbito público y privado. Algunos de los contenidos que plantea y que necesitan de un desarrollo posterior son los relativos al ejercicio y desarrollo profesional, la estructura general de la formación de pregrado y especializada en Ciencias de la Salud y los órganos de participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. La Ley sienta las bases para potenciar el desarrollo del Sistema Sanitario de acuerdo con el principio de la calidad asistencial y de mejora permanente de las prestaciones sanitarias. Sin duda ha supuesto un giro decisivo en la configuración de las especialidades sanitarias. Después de múltiples gestiones e informes, la Psicología Clínica queda incluida consolidándose como profesión sanitaria titulada y regulada con competencias de facultativo especialista.

Un aspecto importante del desarrollo normativo de la LOPS es la sustitución del Consejo Nacional de Especialidades Médicas por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que se materializa en marzo 2007. Este cambio ha supuesto el reconocimiento de la importancia que las prestaciones de otras profesiones sanitarias no médicas, pueden aportar al sistema, entre ellas la Psicología Clínica que se incorpora al Consejo.

Desde la publicación de la LOPS ha entrado en vigor nueva legislación sanitaria de importancia capital para el reordenamiento y mejora del Sistema Sanitario. Entre otras, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud que actualiza las prestaciones sanitarias para adecuarlas a los avances tecnológicos y a las nuevas necesidades de la población, en todos los niveles de atención; es un ejemplo del desarrollo y ajuste del sistema que requiere una formación cada vez más exigente de los especialistas sanitarios.

El nuevo programa de 2009

La Comisión Nacional de la Especialidad, desde su creación en 1999 y las asociaciones científicas y profesionales, establecieron como objetivo prioritario la elaboración de un nuevo programa de formación de especialistas. El programa de 1996 fue un logro incuestionable en su momento, en la medida que representaba un paso más de importancia crucial en el camino hacia la consecución de la especialidad. A pesar de ello, el texto recortaba contenidos importantes: se disminuyó la duración a tres años, así como los contenidos y objetivos de las rotaciones. El aumento de las necesidades de la población en materia de atención psicológica y los nuevos campos de aplicación, hacía imprescindible que la formación y cualificación de los psicólogos clínicos estuviera a la altura de las circunstancias.

Por todo ello la Comisión Nacional elaboró, con la participación de numerosos profesionales, un nuevo programa que quedó finalizado en 2003. Han sido precisos seis años de trabajos y gestiones para que finalmente se haya publicado el 17 de junio de 2009[4]. El nuevo programa de la especialidad es una revisión en profundidad del elaborado por la Comisión Nacional en 2003. Viene a subsanar las limitaciones del programa de 1996 y responde a la necesidad de una formación sólida de los especialistas en Psicología Clínica en consonancia con las necesidades del Sistema Sanitario Público. Además del aumento a cuatro años, define con precisión el circuito de rotación, incorpora objetivos, actividades y competencias nuevas en servicios y programas, especifica y amplía la formación teórica y ajusta los niveles de responsabilidad en las tareas asistenciales.

El nuevo programa define y establece también las competencias del especialista en Psicología Clínica en los tres principales ámbitos de actuación:

1. En el ámbito clínico-asistencial de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento:
   - Evaluación de los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.
   - Detección de los trastornos y enfermedades mentales, así como otros problemas, enfermedades, o disfunciones, que inciden en la salud mental y física de las personas.
   - Diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales y establecimiento de diagnósticos diferenciales.
   - Pronóstico sobre la evolución de los problemas identificados y de los factores relacionados, así como de sus posibilidades de modificación.
   - Programación y evaluación de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias para el restablecimiento o, en su caso, la mejora de la salud y el bienestar.
   - Diseño y aplicación de programas de intervención y tratamiento específicos.
   - Actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios de diferentes especialidades.
   - Manejo de situaciones de urgencia.
   - Diseño y aplicación de las intervenciones psicológicas necesarias en los procesos asistenciales de las enfermedades físicas.
   - Intervención en situaciones de crisis individuales, familiares y comunitarias.

2. En el ámbito de la Dirección, Administración y Gestión:
   - Desarrollo de tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas, en especial los vinculados con la atención a la salud mental.
   - Organización del trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global.
   - Elaboración de procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
   - Participación en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo en el que se desarrolla su actividad.
3. En el ámbito de la docencia e investigación:
   - Diseño, programación y participación, en la formación de equipos y programas.
   - Supervisión y tutorización de las actividades de los psicólogos clínicos en formación y colaboración en la formación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios.
   - Diseño, desarrollo y evaluación de investigaciones sobre la salud humana.

La formación teórica también ha sido objeto de revisión contemplándose varios niveles, uno trasversal, común con otras especialidades en Ciencias de la Salud y otro específico en Psicología Clínica, a desarrollar en los cuatro años de formación y vinculado a cada una de las rotaciones, con los siguientes bloques generales:

Formación teórica general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud:

- Bioética, ética asistencial y deontología profesional.
- Gestión Clínica.
- Metodología de la investigación.

Formación teórica específica en Psicología Clínica:

- Marcos conceptuales, legales e institucionales específicos de la Psicología Clínica.
- Evaluación y diagnóstico clínicos.
- Clínica de los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento.
- La Psicoterapia y los procedimientos de la intervención y tratamiento psicológicos.
- Investigación en Psicología Clínica.

El programa profundiza, reordena y precisa las áreas tradicionales del ámbito de la salud mental en centros y servicios de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización, urgencias, programas o unidades de rehabilitación e incorpora la rotación por adicciones. En el ámbito de la Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia la Comisión se propone trabajar para establecer una formación más amplia y específica.

Programa	*Meses*
Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria	12
Atención Primaria	3
Adicciones	4
Rehabilitación	6
Hospitalización y urgencias	4
Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace.	6
Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia	6
Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica	4
Rotación de libre disposición	3

Esquema de rotaciones del programa de 2009

Una de las novedades que incorpora es la posibilidad, en el último año, de realizar

rotaciones por áreas de formación específica, no incluidas en el circuito básico, con el objetivo de ampliar los conocimientos sobre nuevas prestaciones:

- Psico-oncología
- Neuropsicología
- Psicogeriatría
- Cuidados paliativos
- Salud sexual y reproductiva
- Trastornos de la conducta alimentaria

Introduce también la prestación de servicios, en concepto de atención continuada, considerando que tiene un carácter formativo, siendo un elemento central en la formación del residente que al tiempo garantiza el funcionamiento permanente de los centros asistenciales junto a los profesionales del staff. Pudiendo realizarse bajo diversas modalidades, guardias o programas de interconsulta y apoyo, de carácter asistencial o preventivo, en unidades, programas, y/o servicios hospitalarios o comunitarios.

El campo de intervención de la Psicología Clínica no se limita, ya hoy, al ámbito tradicional de la salud mental, por ello el programa incorpora nuevas áreas de intervención y formación mediante las rotaciones por los equipos de atención primaria de salud, psicología clínica de la salud, interconsulta y enlace, psico-oncología, neuropsicología y cuidados paliativos. Son precisamente estas áreas las que abren la especialidad a nuevos ámbitos, planteando la necesidad de desarrollar conceptos y técnicas que amplíen las prestaciones sanitarias de la Psicología Clínica en los distintos niveles de atención del SNS.

Los cambios del Sistema Sanitario y las necesidades de la población en materia de atención psicológica, obligan a reconsiderar por tanto el modelo de intervención de la Psicología Clínica en estos nuevos ámbitos. No es posible actuar en espacios o sectores de forma parcial y fragmentada, a medida que aparezcan demandas o necesidades. El punto de partida tiene que ser un modelo de atención basado en la idea de servicio público que cumpla los principios del SNS:

- Universal, que de cobertura a toda la población.
- Equitativo, que garantice el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad.
- Accesible, que preste asistencia sanitaria al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten.
- Prestaciones sanitarias integrales, sujeto bio-psico-social y no fragmentado.
- Cobertura en los distintos niveles asistenciales, Atención Primaria y Especializada.

ESPECIALIZACIÓN EIR EN SALUD MENTAL

Desde 1998 en que se convocaron por primera vez plazas para la formación de enfermeras residentes (EIR) de salud mental y hasta la actualidad, la especialidad de enfermería de salud mental ha estado vinculada, con un periodo formativo de un año de duración, a la titulación universitaria de Diplomado de Enfermería (hoy graduado en Enfermería) y a un modelo de formación por el sistema de residencia, común a los programas de especialización de otros profesionales de las Ciencias de la Salud.

Actualmente la formación EIR en Salud Mental viene regulada por la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, en el que se publicó el programa formativo5.

- Denominación oficial de la especialidad: Enfermería de Salud Mental
- Duración: 2 años, como el resto de las especialidades de enfermería.
- Formación previa: Diplomado/Graduado Universitario en Enfermería.

El programa está centrado en la adquisición de competencias, cada una de ellas se liga a objetivos de aprendizaje y a criterios de resultado de aprendizaje específicos.

Las competencias se agrupan en: generales o trasversales, asistenciales, docentes., investigación y gestión.

La formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud incluye:

- Metodología de la investigación y docencia.

- Bioética.
- Organización y legislación sanitaria.
- Gestión clínica.

La formación específica en enfermería de salud mental incluye:

- Bases psicosociales de los cuidados de enfermería de salud mental.
- Enfermería Psicosocial.
- Fundamentos conceptuales y metodológicos de salud mental.
- Evidencia y avances en los cuidados de enfermería de salud mental.

La guía itinerario formativo tipo incluye:

a) Actividades mínimas a realizar
   - Participar en la atención de primeras demandas de atención psiquiátrica, al menos en 20 casos.
   - Participar en, al menos, 10 sesiones de coordinación de programas.
   - Participar en, al menos, 20 sesiones clínicas de enfermería.
   - Participar en, al menos, 20 sesiones clínicas del equipo de salud mental.
   - Participar en, al menos, 5 sesiones de coordinación de casos clínicos a nivel de área.
   - Presentar, al menos, 6 sesiones clínicas de enfermería.
   - Realizar consultas de enfermería, al menos, en 50 casos a nivel individual y 15 en familias.
   - Realizar, al menos, 20 visitas a domicilio.
   - Llevar a cabo el seguimiento completo del paciente, de acuerdo con el proceso de atención de enfermería, al menos en los siguientes casos:
     - 2 infanto-juvenil.
     - 4 en la asistencia intrahospitalaria.
     - 5 en la asistencia comunitaria.
     - 2 casos que utilicen los tres niveles de atención (centros de salud mental, hospitalización y centros comunitarios y/o de rehabilitación)
   - Colaborar, al menos, en 2 procesos grupales instalados.
   - Intervenir, al menos, en 10 situaciones de urgencia y/o crisis.
   - Participar en las sesiones formativas del equipo interdisciplinar, del equipo de Enfermería en Salud Mental y del equipo de Atención Primaria, al menos 2 veces.
   - Participar, al menos, en 1 programa de Educación para la Salud Mental.
   - Participar en, al menos, 1 programa de rehabilitación psico-social.
   - Colaborar en la actualización continua del diagnóstico de Salud Mental del área socio-sanitaria, al menos en uno de sus componentes.
   - Diseñar, al menos, un programa de interconsulta de enfermería de salud mental con profesionales de enfermería de salud mental (en otro ámbito de actuación diferente al que se encuentre la residente) o con profesionales de enfermería de otros ámbitos (unidades generales de hospitalización, centros de atención primaria, etc.).
   - Elaborar 15 informes de continuidad de cuidados de enfermería de pacientes que realicen su tratamiento a través de los diferentes dispositivos asistenciales.
   - Elaborar 1 diseño de Proyecto de Investigación sobre Enfermería de Salud Mental.

b) Recorrido formativo por los distintos dispositivos de la unidad docente.

Formación general transversal común con otras especialidades de Ciencias de la Salud.

Primer año	
Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia.	2 meses
Unidad de hospitalización de agudos.	6 meses
Unidades especiales[a]	3 meses
Segundo año	
Unidades de Media estancia. Programas de Rehabilitación comunitaria.	4 meses
Centro de Salud Mental Comunitario. Unidad de Salud Mental Comunitaria.	5 meses
Programas o Servicios de Salud.	2 meses

[a] Se pueden considerar como tal: Adicciones, Hospital de día, Unidad de Psicosis Refractaria, Unidad de Patología Dual, Unidad De Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidad de Trastornos Psicosomáticos y Otras Unidades o Programas específicos.

RESUMEN

La creación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental, y la revisión de la Formación Especializada basada en la Troncalidad, está suponiendo un punto de inflexión al que tendrán que adaptarse los programas formativos de las especialidades actualmente vigentes. La especialidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil está todavía por desarrollarse.

En el presente capítulo se revisaran algunos aspectos relevantes de la formación especializada reglada de los profesionales de salud mental, como:

- Requisitos y criterios de acreditación de unidades docentes de Psiquiatría.
- Situación actual de la especialidad de Psicología Clínica en España.
- Especialización EIR en Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Espino A, Olabarría B (coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección estudios 29; 2003. Ponencia de la AEN en el congreso que se celebró en Oviedo, en el año 2003. Repasa los principales hitos de la formación especializada reglada en nuestro país, desde la formación pregrado a la formación continuada, así como los aspectos fundamentales de la formación en psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

(1) REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf

(2) Encuentro de Unidades Docentes Multiprofesionales. Documento de conclusiones. XXIII Jornadas Nacionales de la AEN 2010. Palma de Mallorca. www.aen.es

(3) Gómez Beneyto M, Montilla García JF, de Castro Manglano P, et al. La opinión de los residentes de psiquiatría sobre la formación que reciben. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(3): 174-9
(4) Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. http://boe.es/boe/dias/2009/06/17/pdfs/BOE-A-2009-10107.pdf
(5) Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental. http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaSaludMentalProgramaNuevo.pdf

7.3. La formación especializada no reglada

Roque Prego, Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria, Juan González Cases, Daniel Gil

7.3.1 SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La formación en Salud Mental del Niño y del Adolescente se ha recogido en diversos documentos de la AEN (Cuadernos Técnicos sobre Psiquiatria Infantil y en el de la Escuela de Salud Mental de la AEN[a]). A continuación se recoge la situación actual de la formación en el campo de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

La Formación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente

La situación de la formación especializada en Psiquiatría específicamente dedicada a niños y adolescentes puede resumirse del siguiente modo:

1. La especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes, que desde hace muchas décadas fue reconocida legalmente y ha logrado un importante desarrollo asistencial y reconocimiento social en todos los países europeos excepto Croacia, Letonia y Rusia, no existe en nuestro país.
2. Los conocimientos y habilidades específicos para trabajar con niños y adolescentes exigidos para la obtención del único título de especialidad médica existente de "Psiquiatría" se limitan a los adquiridos en los cuatro meses de rotación previstos por programas de atención a niños y adolescentes.

Aunque esta situación ha sido señalada reiteradamente desde hace veinticinco años por las asociaciones profesionales (AEPNYA, SEPYPNA, Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la AEN) y ha sido discutida en varias ocasiones en la Comisión de la Especialidad de Psiquiatría, nuestro país se ha mantenido, cada vez más aislado, en esta situación de excepcionalidad. Hoy, las leyes europeas de obligado cumplimiento relativas a la libre circulación de profesionales y equiparación de títulos permiten a los especialistas en Psiquiatría de niños y adolescentes instalarse en nuestro país, pero la inexistencia de reciprocidad sitúa inevitablemente a nuestros profesionales en una situación de desigualdad. El proyecto de regulación de nuevas especialidades (dentro del que está la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil) se encuentra en estos momentos en fase de consultas en el Consejo de Estado, pendiente de su aprobación.

En cuanto a los contenidos actuales requeridos para ser psiquiatra, el programa de especialización vigente aprobado en 1996 incluye, en el período de formación general obligatorio que dura 8 cuatrimestres, sólo una rotación de un cuatrimestre por "programas" de psiquiatría infantil. Aunque es cierto que teóricamente podría ampliarse porque permite también diversas opciones en el período de formación de áreas de interés, que dura un tiempo mínimo total de dos cuatrimestres y al menos un campo de especial interés, en la práctica lo que ocurre es que lo que decide, más que el deseo del MIR, es que el programa establece que este período se regirá por las características de la unidad docente. En cuanto al tercer período complementario establecido en un tiempo máximo de un cuatrimestre, podría dedicarse a realizar un segundo cuatrimes-

[a] Cuaderno Técnico AEN n 10 sobre la Situación de la Psiquiatría Infantil en España. AEN. Madrid 2008 y Cuaderno Técnico AEN n 11 sobre la Escuela de Salud Mental de la AEN. AEN. Madrid 2009. Pueden consultarse ambos en www.aen.es

tre a la Psiquiatría de Niños y adolescentes completando así 8 meses de formación específica, pero la experiencia demuestra que solo es así muy excepcionalmente. El programa no precisa nada en cuanto a los contenidos del programa de clínica infantil y de la adolescencia, salvo (entre paréntesis) su duración de un cuatrimestre. En cualquier caso, nada asegura que los psiquiatras que posteriormente trabajan con niños y adolescentes han realizado durante el MIR más que la rotación obligatoria.

En cuanto a los contenidos exigibles para una especialización específica adecuada, la citada sección de la Especialidad de psiquiatría y Psicoterapia de Niños y adolescentes de la UEMS, tras un detenido estudio de las características predominantes en los diferentes países europeos[1], ha elaborado un documento (Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Training Log-Book, aprobado en octubre 2000) en el que precisa la siguiente propuesta:

A.- Estructura de la formación: 5 años de formación que incluye:
- Un mínimo de 4 años (48 meses) de rotación de servicios ambulatorios de psiquiatría de niños y adolescentes.
- Un mínimo de 12 meses de rotación en servicios hospitalarios específicos para niños y adolescentes.
- Un reparto equilibrado entre la experiencia clínica con niños y con adolescentes.
- Un tiempo dedicado completamente a una investigación específica en psiquiatría de niños y adolescente puede ser incluido en el período de formación.
- 1 año de formación especializada complementario que incluye:
  - *12 meses en psiquiatría general / de adultos*
  - *Una rotación recomendada pero opcional por pediatría o neurología.*

B.- Contenidos de la formación:
- Formación Teórica
  - 720 horas a lo largo de cuatro años (120 horas/año; 3 horas semana) de formación clínica integral (presentación de casos, sesiones clínicas, seminarios, cursos).
  - 60 horas/año de seminarios específicos (no incluidos en la formación clínica habitual) sobre:
  - desarrollo físico, neurológico y psicosocial.
  - síndromes clínicos.
  - bases de tratamiento (psicoterapia individual y familiar, farmacoterapia, otras.
  - gestión, administración y economía de la salud.
- Formación Práctica
  - Supervisión clínica integrada en la formación continuada.
  - Cooperación clínica y trabajo de enlace con instituciones y otros profesionales relevantes.
  - Formación en Psicoterapia.
  - entrenamiento – formación en psicoterapia individual, grupal y familiar, según técnicas psicoanalíticas/dinámicas, cognitivo / conductuales y sistemáticas.

Este programa incluye también la exigencia de una evaluación de la calidad de la formación (visitas de los centros, asesoramiento de la docencia y los docentes) así como establecimiento de un "libro del residente", que recoja todas las actividades realizadas y el establecimiento de un examen de evaluación final de la formación.

La formación en Psicología Clínica de niños y Adolescentes en España

En 1995 aparece el informe, realizado por el Comité de Áreas de Capacitación Especifica (ACES), en el que se establecen los criterios de configuración de las ACES como "el conjunto de conocimientos añadidos en profundidad y/o extensión a los recibidos en el período de formación como especialista y desarrollados sobre una parte del contenido de una o más especialidades". En un principio se configuran como una subespeciali-

dad dentro de los programas de formación de especialistas. Los proyectos posteriores de Decreto sobre ACES modifican en parte este planteamiento y el último de junio de 2001, fija las características de las ACES, los requisitos para el acceso, la acreditación de las Unidades Docentes, las características de los programas de formación y el proceso de homologación. Sin embargo el proyecto queda paralizado.

La Comisión Nacional de Psicología Clínica, siguiendo el planteamiento inicial, elabora en el año 2000 un borrador de ACE en psicología clínica de niños y adolescentes, configurándola como una capacitación específica dentro de la especialidad de psicología clínica, a desarrollar en el sistema PIR. La duración de la formación prevista era de cuatro años: dos previos de psicología clínica de adultos y dos de formación específica en niños y adolescentes en los que se incluían los 6 meses de rotación obligatoria del programa PIR y los 6 meses opcionales en niños y adolescentes, y se ampliaba un año más. Además se planteaba la acreditación de Unidades Docentes con un programa y un equipo interdisciplinario específico, un programa de formación teórica y el sistema de homologación correspondiente.

Actualmente, sin embargo, las necesidades del Sistema Sanitario y las prestaciones establecidas por la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud requieren una formación de mayor entidad y calidad para garantizar una adecuada atención a los ciudadanos. Es necesario configurar una especialidad en Psicología clínica de niños y adolescentes. La especialidad se tiene que desarrollar, como el resto de las especialidades en Ciencias de la Salud, en unidades docentes acreditadas y debe tener un programa teórico que contemple las siguientes áreas:

- Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia.
- Desarrollo psíquico, normal y patológico de la infancia y adolescencia.
- Relaciones familiares y entorno social.
- Situaciones de riesgo y maltrato
- Psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Introducción a las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas.
- Evaluación y psicodiagnósticos.
- Tratamientos psicoterapéuticos.
- Psicofarmacología básica.
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario.
- Sistemas de clasificación, epidemiología e investigación.
- Aplicación de pruebas y test psicológicos.
- Aplicación de material de juego.
- Temas de legislación y ética.

La formación teórica se tiene que complementar con un sistema de rotaciones por dispositivos específicos: Unidades, programas y/o equipos comunitarios de salud mental de niños y adolescentes, unidades de ingreso hospitalario, hospitales de día, comunidades terapéuticas, etc.

7.3.2. FORMACIÓN DE TERAPEUTAS E INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

La importancia de la Psicoterapia en los programas asistenciales y por tanto en los programas de formación de los futuros terapeutas es cada vez más reconocida. En nuestro país los programas nacionales de formación en Psiquiatría y en Psicología Clínica y recientemente también los programas de Enfermería Especializada en Salud Mental recogen la idea de que la psicoterapia es un instrumento asistencial básico que debe formar parte integral, junto con otros enfoques de base biológica y social, en la formación de estos especialistas.

En algunos países de nuestro entorno, además de formar parte integral de la formación de posgrado, la psicoterapia tiene el reconocimiento de especialidad independiente a la que tienen acceso por igual los especialistas de psiquiatría y de psicología clínica[2]. Sin embargo, más allá de las posiciones de principio que se exponen en los programas nacionales de formación de posgrado, la realidad es que, tal como atestiguan las encuestas, los residentes de

casi todos los países europeos, especialmente del nuestro, reciben formación psicoterapéutica exigua, especialmente los de psiquiatría. Y sin embargo una mayoría de ellos, conscientes de la necesidad de obtener formación psicoterapéutica, se la procura fuera de la red pública, financiándosela de sus bolsillos.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrece como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud[3] y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

Este panorama contrasta con la falta completa de regulación legal de la psicoterapia, común a la mayor parte de los países de la UE, los países latinoamericanos, EEUU, Canadá y otros muchos, tanto en lo que se refiere a su ejercicio como a la formación. Y el problema de esta ausencia de estándares oficiales se agrava con la atomización en escuelas de formación que mantienen a veces posiciones muy dogmáticas y escasa comunicación entre ellas.

Algunas prestigiosas asociaciones (FEAP, AEN, FEATF o la europea UEMS) y colegios profesionales (Medicina y Psicología) se han preocupado en desarrollar criterios de acreditación que ayuden a mejorar los estándares de formación, si bien lo que estas asociaciones ofertan no son títulos oficiales.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría publicó en 2008 sus criterios para la obtención del certificado de terapeuta y para la obtención de la Acreditación para Intervenciones Psicoterapéuticas[4].

Objetivos

La formación en Psicoterapia abarca los siguientes objetivos:

- Conocer las bases teóricas, la teoría de la técnica, las indicaciones y la eficacia de diversos enfoques psicoterapéuticos, incluyendo enfoques integradores así como otros de orientación psicodinámica, sistémica, cognitivo-conductal e interpersonal, en las modalidades individual, de pareja, de familia y de grupo.
- Realizar la exploración, el diagnóstico, la formulación y la indicación terapéutica según cada uno de los enfoques mencionados y ejecutar intervenciones psicoterapéuticas en al menos dos de ellos con un nivel de responsabilidad completo.
- Reconocer el terapeuta, sus limitaciones profesionales y personales y buscar apoyo y supervisión cuando sea conveniente para mejorar los servicios que presta a sus pacientes y tomar conciencia de la necesidad de su cuidado personal.
- Adaptar su práctica a las necesidades de la población que le demande asistencia y al marco de los servicios sanitarios públicos o privados en los que se desenvuelva.
- Desempeñar su papel como miembro de un equipo multidiciplinar para recibir y derivar pacientes, realizar tratamientos compartidos y combinados y actuar de consultor en su especialidad.
- Planificar, organizar, administrar, dirigir y evaluar un servicio o sección de Psicoterapia, incluyendo tareas de docencia y supervisión.
- Mantener permanentemente actualizado su nivel de conocimientos y de destrezas.

Criterios de Acreditación en España

Como se señalaba un poco más arriba, en España y teniendo en cuenta los criterios de otras agencias europeas (Unión Europea de Médicos Especialistas, Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapia), las asociaciones profesionales más importantes en el campo, han definido sus propios criterios de acreditación. En el texto que sigue nos hemos basado en los criterios de acreditación de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP), en los criterios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y de los Colegios profesionales de Psicología y de Medicina. Se diferencian entre sí en el número de horas que se exigen para cada nivel formativo, en el énfasis que se pone en unos u otros dominios de conocimiento, o en los profesionales a los que va dirigido, pero todas

exigen de una u otra forma la garantía de formación en ciertos aspectos clave para la certificación. En general las asociaciones acreditadoras recomiendan, diferentes periodos de tiempo para cada una de ellas, pero todos ellos distribuidos en los siguientes campos:

- Una licenciatura en Medicina o Psicología se considera lo más adecuado como base formativa y especialmente las titulaciones de Psiquiatría o de Psicología Clínica. Otras titulaciones universitarias –de primer y segundo ciclo- constituyen la vía de excepción, al no ser ni la más habitual, ni la más recomendada, para acceder a la formación de psicoterapeuta y a estas otras titulaciones se les piden requisitos diferentes.
- Haber participado en un programa teórico-práctico de formación que sea coherente y desarrollado a lo largo de un tiempo determinado y que incluya al menos un número de horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia. Se diferencian así estos programas de la mera recopilación de cursos o del acopio de horas de cursos sin un mapa formativo detrás, sea cual sea la escuela o sea cual sea la perspectiva desde la que se trabaje.
- Un tiempo acreditado de participación en actividades clínicas. Es decir de práctica profesional con pacientes.
- Un tiempo dedicado al trabajo personal del terapeuta que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la psicoterapia, mediante métodos que contengan elementos de autorreflexión, terapia o experiencia profesional.
- Un tiempo dedicado a la supervisión de su actividad terapéutica.

La supervisión, como método de integración de conocimientos cognitivos y experienciales es considerada por la mayoría de los modelos psicoterapéuticos como una actividad central en el desarrollo de los futuros terapeutas. Se define el proceso de supervisión como: "Una intervención en que un terapeuta experto y uno o más terapeutas que están en formación, establecen un diálogo centrado en los problemas relacionales y de la salud que plantea un consultante con el objetivo simultáneo de mejorar la capacitación y el desempeño profesional del terapeuta en formación, monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos a los consultantes que él o ella atienden y evaluar las competencias que el supervisando va adquiriendo dentro de la actividad psicoterapéutica y su proceso de aprendizaje"[5].

En general es recomendable que:

- La supervisión esté adaptada al nivel de experiencia del terapeuta.
- Que haya más de un supervisor implicado para que el terapeuta se beneficie del entrenamiento en diferentes estilos de supervisión.
- Que se combinen actividades de supervisión grupal con individual.
- Que el terapeuta adquiera durante su formación alguna experiencia introductoria como supervisor a través de actividades de supervisión-supervisada, de un terapeuta con menos experiencia.
- Que el informe final de supervisión, elaborado por el propio supervisor, se considere como una parte importante en la evaluación.

La supervisión en este contexto debe cuidar tres aspectos.

1. En primer lugar ha de orientarse a la capacidad del supervisando para detectar problemas y elegir soluciones. Es el momento de controlar y facilitar la aplicación de lo aprendido a este respecto.
2. La supervisión debe orientarse también a la utilización de las habilidades. El uso de registros en audio o video de las sesiones, facilita formidablemente este objetivo. Como señalábamos antes es muy frecuente que soluciones bien pensadas a problemas bien planteados se frustren por haberse llevado a cabo a través de

intervenciones deficientemente construidas.

3. Por último, la supervisión debe orientarse a detectar las interferencias que puedan aparecer por la implicación inadecuada de la persona del terapeuta en el proceso de terapia. Los posibles conflictos personales del supervisando que se manifiesten en la supervisión sólo serán objeto de la vista si producen una interferencia reiterada en su trabajo como psicoterapeuta. Pero si sucede esto, deberán ser al menos señalados por el supervisor que podrá además contribuir a esclarecerlos o señalar el lugar o procedimiento que le parece adecuado para hacerlo.

Investigación y Psicoterapia

Aunque algunas escuelas psicoterapéuticas fueron inicialmente reacias a someterse a contrastación empírica, hoy la psicoterapia ha sido objeto de investigación desde múltiples puntos de vista.

La investigación de eficacia ha permitido poner de manifiesto que diversas formas de psicoterapia son más eficaces que la ausencia de tratamiento, que la lista de espera y que el placebo (placebo-píldora o placebo-psicoterapia), son al menos tan eficaces como los psicofármacos y, la combinación con éstos es más eficaz que cualquiera de las dos (como hemos revisado en este mismo manual, en el módulo de herramientas) [f]. En base a estos estudios se han desarrollado criterios para validar empíricamente formas concretas de intervención psicoterapéutica y ello se ha traducido en que la psicoterapia sola o en combinación con los psicofármacos se ha convertido en una alternativa terapéutica considerada (muchas veces como primera elección) en las Guías de Práctica Clínica que han proliferado a la luz de lo que se conoce como Medicina Basada en la Evidencia (o en las Pruebas)[6]. Esta *validación empírica* se ha convertido en un objetivo clave de la investigación sobre todo desde la década de los ochenta. Ello ha hecho que la investigación se organice casi siempre sobre sujetos caracterizados por una categoría diagnóstica reconocida en las grandes clasificaciones de consenso (DSM o CIE), y utilice una metodología rigurosa de ensayo clínico aleatorizado en una de cuyas ramas se aplica la intervención que va a ser puesta a prueba realizada de acuerdo con un *manual* que garantiza que la intervención pueda considerarse la misma aunque sea aplicada por terapeutas diferentes y que va poder ser replicada en un futuro. Se han señalado las limitaciones de esta metodología que, aunque ha servido para demostrar la legitimidad de la práctica de la psicoterapia ha aportado poco al conocimiento del modo en el que puede resultar beneficiosa[6, 7, 8].

Hay intervenciones sobre cuya eficacia se acumulan más pruebas que sobre otras (muy señaladamente las cognitivo-conductuales) porque se han realizado con ellas muchos más trabajos de investigación. Sin embargo, la sistemática superioridad de las aproximaciones basadas en un modelo psicoterapéutico sobre las de otros, sigue sin haber podido demostrarse[6].

Hay una creciente cantidad de pruebas, en cambio, que apuntan el sentido de que las técnicas específicas que los manuales intentan sistematizar son responsables sólo de una pequeña parte de su efecto - Lambert la fijó en un 15%- y la mayor parte de éste puede ser atribuida a aquello que las psicoterapias de todas las orientaciones comparten y que se conoce como *factores comunes,* que han sido objeto de una cantidad muy importante de investigación en los últimos años[9]. La psicoterapia además se utiliza con mucha frecuencia en combinación con psicofármacos En la medida en la que ha sido comparada con las dos modalidades de tratamiento aisladas, la combinación ha demostrado mejores resultados que cada una de ellas por separado, a pesar de que esta diferencia tiende a ser enmascarada con la metodología utilizada en los trabajos que la han puesto de manifiesto[10].

La investigación de proceso, que se orienta a estudiar lo que sucede en el curso

de la terapia y el modo en el que los participantes y la relación entre ellos contribuye a él – y más concretamente la que intenta poner en relación éste con los resultados –, ha desarrollado metodologías sofisticadas que permiten una reflexión sobre la práctica más allá de la mera consideración de su utilidad en la forma estática consagrada en un manual[7, 8]. Uno de los fenómenos que se han desarrollado en ese campo es el de una utilización creciente de las metodologías de investigación cualitativa[7].

Una vez bien establecida por la investigación que la psicoterapia es un tratamiento eficaz para la mayor parte de los trastornos mentales, de modo recursivo, la formación de los futuros terapeutas se hace imprescindible para la implementación de programas terapéuticos de calidad.

FORMACIÓN EN REHABILITACIÓN

El modelo comunitario de atención en salud mental que se ha ido desarrollando en las últimas décadas en nuestro estado ha constituido el escenario en el que ha empezado a actuar una, en su origen, atrevida y optimista nueva modalidad de atención a las personas que padecían un trastorno mental grave: la rehabilitación psicosocial. En su inicio cuestionada o al menos observada con ojos recelosos desde visiones más tradicionalistas de la salud mental, su crecimiento a lo largo del desarrollo del modelo o modelos comunitarios ha sido imparable. Imparable en varios sentidos: en primer lugar y de forma muy visible, con la creación de numerosos recursos, dispositivos y programas a lo largo y ancho de todo el Estado. En segundo lugar ha habido un importante desarrollo conceptual y metodológico en el campo de la rehabilitación psicosocial, con nuevos progresos que no tanto han ido invalidando modelos anteriores sino que los han ido integrando y superando. Y en tercer lugar la rehabilitación psicosocial ha ido sustentando sus prácticas no tanto sobre el buen hacer y el sentido común, sino sobre pruebas científicas que paso a paso fueron avalando, justificando y apuntalando la rehabilitación psicosocial como un elemento esencial en el tratamiento integral de las personas que padecen un trastorno mental grave. La rehabilitación psicosocial ha ido recorriendo un camino difícil y lleno de obstáculos desde las periferias de los modelos de atención hasta ocupar un lugar central en dichos modelos. Prueba de ello es por ejemplo la consideración de la rehabilitación psicosocial como prestación sanitaria en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud[11] o que las principales guías clínicas o de manejo del trastorno mental grave contemplan la rehabilitación psicosocial junto al abordaje farmacológico como los tratamientos de elección en la atención a esta población.

Este indiscutible avance de la rehabilitación psicosocial ha propiciado la irrupción de un cantidad importantísima de nuevos profesionales de lo “psi” y de lo social que en muchos casos se han puesto a desarrollar programas de rehabilitación con una formación, experiencia y capacitación en rehabilitación obtenida, en el mejor de los casos, de fuentes diversas y heterogéneas, y en el peor de los caso de su sentido común. Parece un sinsentido que una parte imprescindible de la atención al trastorno mental grave, los servicios y profesionales de la rehabilitación, no cuenten con un sistema reglado de capacitación específica en esta área.

Esta falta de regulación ha producido una importante heterogeneidad en la práctica cotidiana de la rehabilitación, calificándose como rehabilitadoras actividades, programas o estrategias de dudosa utilidad para la mejora e integración de las personas con un trastorno mental grave. Un posible remedio para afrontar esta situación, junto a otros que habría que poner en marcha, pasaría por una regulación y acreditación de profesionales, recursos y prácticas en rehabilitación psicosocial. Un primer problema que se toparía esta regulación sería consensuar el modelo de capacitación y las bases filosófi-

cas/conceptuales, metodológica y técnicas sobre las que éste debería sustentarse. A nuestro entender dicha capacitación debería basarse en sólidos principios filosóficos (integración, autonomía, normalización, individualización, capacitación y la recuperación), metodológicos (evaluación funcional, planificación individualizada, desarrollo de competencias/habilidades y trabajo con el paciente y su entorno) y técnicos (de programas e intervenciones que estén avalados por evidencias científicas).

Por todo lo anterior la capacitación en rehabilitación psicosocial debería combinar acciones para la formación teórica, acciones para la práctica profesional y supervisión por profesionales expertos en la materia. Lógicamente tres deberían ser los escenarios donde esta propuesta debería llevarse a cabo:

- La formación pregrado: con la inclusión de asignaturas específicas en grados universitarios sobre rehabilitación psicosocial en los programas docentes complementadas con periodos de prácticas en dispositivos de rehabilitación. También la creación de algún modulo de formación profesional en rehabilitación psicosocial podría favorecer la mejor cualificación de algunos profesionales de vital importancia en los proceso de rehabilitación como son los monitores, educadores o auxiliares de rehabilitación.
- La formación postgrado: con una potenciación de las rotaciones en rehabilitación de los programas de formación PIR, MIR y EIR, y la posibilidad de crear áreas de capacitación específica en rehabilitación psicosocial. En el ámbito Universitario, la implementación de másteres en rehabilitación supondría una alternativa valida para que los profesionales que se acercasen al campo de la rehabilitación lo hiciesen con un importante bagaje de conocimientos y capacidades.
- La formación continuada: como elemento imprescindible para el reciclaje y mejora de la atención que los profesionales prestan en el abordaje del trastorno mental grave.

En resumen, una regulación de la especialidad de rehabilitación psicosocial se hace imprescindible por la gran y variada cantidad de profesiones que trabajan en este ámbito, por su heterogenia capacitación y por una mejora de la atención al trastorno mental grave. Dicha regulación debería basarse en una combinación de conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridas por un proceso de aprendizaje estructurado, específico, progresivo y supervisado.

7.3.4 EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN SALUD MENTAL

El trabajo social como profesión surgió vinculada al mundo de la salud hace más de un siglo, incluso las primeras escuelas de formación para trabajadores sociales fueron fundadas por médicos o estaban vinculadas a hospitales. El desarrollo histórico del trabajo social lo ha ido consolidando como una figura profesional de referencia dentro del sistema de Servicios Sociales, en la medida que éste se iba consolidando como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, consolidación en riesgo en los momentos actuales.

El trabajo social en el ámbito sanitario y en concreto en la atención a la salud mental de los ciudadanos ha ido desarrollándose simultáneamente acentuando su carácter clínico, la vinculación de su intervención a los procesos de salud-enfermedad.

La definición del trabajo social en sanidad ha ido recorriendo un largo camino desde entenderlo como el "trabajo social en el ámbito de la salud" desde una visión generalista de la profesión al concepto de "trabajo social clínico" para llegar al momento actual donde se asume con cierta unanimidad el concepto de trabajo social sanitario. Que es definido por Dolors Colom como "la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del

término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado de Bienestar dentro del cual se inscribe. La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras. Es preciso evitar la confusión del trabajo social sanitario con el practicado en otros ámbitos, como los servicios sociales, la educación, el trabajo o la justicia"[12].

El trabajo social sanitario ha estado marcado en los último años por el desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitaria que excluía al trabajo social de las profesiones sanitarias, sin tener en cuenta la larga tradición de los trabajadores sociales en los equipos multiprofesionales de salud, ni el concepto biopsicosocial de la salud defendido por la OMS. Es en el ámbito de la salud mental donde se observa de manera más evidente el carácter multiprofesional y biopsicosocial de las intervenciones sanitarias. Estando los trabajadores sociales insertados en los equipos de salud mental desde hace décadas y formando parte de los equipos básicos de atención a la enfermedad mental en todos los planes y programas desarrollados tanto a nivel estatal como internacional.

La ley de ordenación de profesiones sanitarias ha supuesto una clara dificultad para el desarrollo de esta visión de la atención en salud mental, ha dificultado en algunas comunidades autónomas el adecuado ejercicio de la intervención de los trabajadores sociales sanitarios (acceso a historias clínicas limitado, dificultades para la formación continua…) y la consiguiente incidencia en un adecuado trabajo en equipo con una integración del diagnóstico social en las intervenciones terapéuticas.

Desde el Consejo General del trabajo social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud se está desarrollando la solicitud de especialización en Ciencias de la Salud del trabajo social sanitario como vía para su reconocimiento como profesión sanitaria[13]. Es imprescindible el desarrollo de una formación especializada de los trabajadores sociales sanitarios de los servicios de salud mental. El desarrollo del Grado en Trabajo Social abre la puerta a la posibilidad de especialización, pero es importante que la misma pueda insertarse en el sistema de formación especializada del sistema sanitario español vía sistema de residencia. Residencia en trabajo social sanitario que ya existe en otros países. La misma debe consolidar la formación en salud mental de los trabajadores sociales, permitiendo un tiempo de formación en dispositivos específicos.

En cuanto a la formación continua los trabajadores sociales deben participar en la formación integrada de los equipos multiprofesionales. Deben aportar además formación en el ámbito propio del trabajo social a compañeros de otras disciplinas, siendo de gran interés la aportación desde el trabajo social, rehabilitación, intervención comunitaria, intervención familiar… que los trabajadores sociales pueden hacer en la formación de residentes de psicología, psiquiatría y enfermería.

Los trabajadores sociales deben participar, así mismo, en la investigación de los determinantes sociales de la enfermedad mental; pero no solo, también investigar y analizar las consecuencias sociales de la enfermedad mental en el individuo, la familia, el grupo y la comunidad. Investigación que permita establecer estrategias en la lucha contra la exclusión social de las personas que padecen enfermedades mentales graves y crónicas.

El papel de los trabajadores sociales sanitarios en el desarrollo de los modelos de atención comunitaria a las personas que padecen una enfermedad mental grave y crónica ha generado una amplia formación en los modelos de gestión de casos, coordinación sociosanitaria, trabajo en red,

continuidad de cuidados… Creemos que la formación continua en modelos de atención comunitaria y continuidad de cuidados (case management) debe afianzarse y consolidar modelos homogéneos y avalados de formación. Es de vital importancia el desarrollo de modelos formativos en atención temprana en psicosis, donde una rápida intervención sobre el entorno social y laboral de los pacientes garantiza la prevención de futuras situaciones de marginación social.

La formación específica en salud mental infanto-juvenil es una línea importante a desarrollar. Los trabajadores sociales sanitarios intervienen con las familias y con los niños y niñas que son atendidos en los servicios de salud mental, con especial incidencia en las situaciones de riesgo social. Es importante, más que en ningún otro sector de población, que en la atención a la infancia la formación de los profesionales sea integrada y multiprofesional.

Otros ámbitos como la violencia de género, la inmigración, las personas sin hogar… son ámbitos prioritarios de formación para los profesionales de la salud mental y donde los trabajadores sociales deben cumplir un papel fundamental.

Por otra parte no debemos dejar de lado la importancia de formación en salud mental de los trabajadores sociales del sistema de Servicios Sociales Generales, profesionales que atienden cotidianamente a personas con enfermedad mental y que son muchas veces el referente profesional que detecta situaciones de desatención de pacientes excluidos o que no han accedido a la red sanitaria.

Deben existir asignaturas relacionadas con la salud mental en la formación pregrado de los trabajadores sociales y desarrollar actividades formativas conjuntas entre el sistema sanitario y el social que permitan el intercambio de experiencias y un marco de conocimiento integrado en torno a las necesidades sociosanitarias de los pacientes.

RESUMEN

Existen áreas de formación especializada que aun no cuentan con una regulación para su adquisición en nuestro país y que son de suma importancia para la formación de los profesionales que deben desempeñar su actividad en servicios de salud mental comunitarios.

En el presente capitulo se revisaran los aspectos más relevantes de algunas de estas áreas no regladas, como:

- Salud Mental del Niño y del Adolescente.
- Formación de terapeutas e investigación en Psicoterapia.
- Rehabilitación.
- Trabajo social.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Rodríguez Vega B, Salvador I, Pérez F. Acreditación en Áreas Profesionales Específicas (Sección de acreditación ESMAEN). En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Escuela de Salud Mental de la AEN. Cuaderno técnico 11. AEN, Madrid, 2009. 29-54. Repasa los criterios de acreditación de la Escuela de Salud Mental de la AEN en áreas no regladas actualmente (psicoterapia, rehabilitación psicosocial y atención al área del Niño y Adolescente) pero que han tenido un mayor desarrollo técnico, asistencial e histórico en el campo de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Rothenberger A. The training logbook of UEMS section/board on child and adolescent psychiatry (CAPP) progress concerning European harmonization. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2001 Sep;10(3):211-3 (nota de los editores).

(2) Fernandez Liria A, Rodríguez Vega B. Aspectos esenciales de la formación psicoterapéutica para la clínica en salud mental. En. Espino A, Olabarría B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, pp. 331-47. ISBN 84-95287-15-3

(3) "Real Decreto 63/1995 BOE 10/2/95," 1995.
(4) Gómez Beneyto M (coord). La Escuela de Salud Mental de la AEN. Madrid: Cuaderno Técnico AEN n 11; 2009.. Pag 31-35.
(5) Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF). Documento marco de consenso para la acreditación de psicoterapeutas. Septiembre 2011. Puede consultarse en: http://www.feap.es/noticia.php?id=109
(6) Lambert MJ & Olges BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp 139-193). New York: Wiley; 2003.
(7) Hill C. Methodological issues in studing psychotherapy processes and outcomes. In M Lambert (ed). Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp 84-135). New York: Wiley; 2004.
(8) Orlinsky D, Ronnestad M & Willutzki. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M Lambert (ed). Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp 307-389). Wiley, New York, 2004.
(9) Norcross JC. Psychotherapy relationships that work; therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press: 2002.
(10) Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2008). La era de los tratamientos integrados: combinación de psicofármacos y psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXVII (II), 39-148.
(11) REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Puede consultarse el texto en: http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf
(12) Colom, Dolors. El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Ed. Ekaina, 2010.
(13) Consejo General del Trabajo Social. La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. Puede consultarse en http://www.cgtrabajosocial.es/madrid/documentos/La_especializacion_en_Ciencias_de_la_Salud_del_Trabajo_Social.pdf. 2011.

7.4. Participación de los usuarios y familiares en investigación y en la formación de los profesionales

Mikel Munarriz

Al hacer referencia a la formación y la investigación, hay que señalar que las personas que padecen una enfermedad siempre han "participado" en estos procesos. La experiencia en la "cabecera del enfermo" ha estado siempre unida a la buena formación de los profesionales de la salud, pero ha sido siempre dentro del modelo benéfico y paternalista tradicional. Por otro lado, no es posible investigar nada en salud mental sin contar con la presencia de aquellos que sufren la enfermedad. Aunque cosificados como elementos de la muestra que se estudia, los usuarios han de aceptar ser explorados y entrevistados, ser tratados y han de informar de los resultados.

El cambio hacia una mayor implicación de los usuarios y sus cuidadores en la formación y la investigación, sin embargo, se considera como si fuera "el mundo del revés"[1]. A pesar de que, en la medida que se va acumulando experiencia, hay más datos que favorecen esta implicación; hasta el momento es un proceso que está en gran medida guiado por valores y representa un reto tanto para los usuarios y sus allegados, como para los profesionales y para las instituciones académicas.

PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA INVESTIGACIÓN

La participación de usuarios como investigadores en el ámbito de la Salud Mental es una práctica poco generalizada, aunque se observa una tendencia hacia su promoción en algunos países. Las políticas que defienden dicho modelo se apoyan en la idea de que los usuarios tienen la experiencia y habilidades que complementan las de los investigadores, y que si se tienen en cuenta sus puntos de vista es más probable que se alcancen resultados que mejoren la práctica clínica.

Los escasos estudios sistemáticos[2] que recopilan trabajos en que los usuarios habían sido investigadores activos o consultados en proyectos de investigación, encuentran distintos niveles de participación (Tabla 1) de los usuarios en el proceso, siendo lo más frecuente la colaboración entre usuarios y profesionales y utilizándose mayoritariamente metodología cualitativa. Las principales conclusiones son que la participación de usuarios en la investigación en servicios de Salud Mental es beneficiosa tanto para usuarios como para profesionales y garantiza la calidad de la investigación en sí

Investigación
Los usuarios son entrevistados para una investigación pero no son consultados posteriormente.
Los usuarios son consultados en fases iniciales del proyecto de investigación.
Los usuarios colaboran en distintas fases de la investigación junto a los profesionales, recibiendo una compensación económica o mediante una vinculación contractual.
Los usuarios tienen un rol de guía y dirigen el proyecto investigador.

Tabla 1. Participación de usuarios como investigadores o consultados en proyectos de investigación de Salud Mental

misma, aunque requiere un mayor esfuerzo organizativo que la investigación tradicional.

Entre las conclusiones de un proyecto llevado a cabo en Australia[3] para ver el modo en que se podía aumentar la participación de los usuarios en investigación en Salud Mental, se consensuaron varios principios básicos, enumerados en la tabla 2:

PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Los trabajos publicados[4] provienen básicamente de dos ámbitos. Uno de ellos son Servicios de Salud Mental que ya han consolidado una alianza de trabajo con los usuarios. Estos servicios cuentan en muchos casos con organizaciones de usuarios bien desarrolladas que sostienen los proyectos. Muchos de estos trabajos incluyen a pacientes con trastorno mental grave y buscan un resultado favorable tanto en la mejora de la capacitación de los alumnos como en la capacitación ("empowerment") de los usuarios. En otros casos la iniciativa parte de entidades vinculadas a la docencia y tienen objetivos más académicos.

Las experiencias en las que los usuarios actúan como formadores no son abundantes. Es posible que muchas de ellas sean de carácter local y no lleguen a ser publicadas. Incluyen formación pre y postgrado, así como formación continuada. Los alumnos pertenecen a todas las disciplinas de la Salud Mental con predominio de la enfermería. Las formas de participación de los usuarios pueden considerarse en un continuum que se detalla en la tabla 3.

En cuanto a los contenidos docentes, la revisión de la literatura aporta pocos datos al respecto. La mayor parte de los trabajos

Principios que deben regir la participación de usuarios en investigación en Salud Mental

1.- Implicación significativa de los consumidores en todas las fases de la investigación, (concepción, diseño, implementación, evaluación y difusión)
2.- El grado de participación del consumidor puede reflejar el grado en qué la investigación afecta al consumidor.
3.- Las asociaciones en investigación que implican a los consumidores deben poder adaptarse a la comprensión, el respeto, y el compromiso compartido, y basarse en ello.
4.- Cada asociación será sensible tanto a los objetivos de la investigación como a las habilidades y experiencias de las personas implicadas.
5.- Los roles y las responsabilidades de consumidores e investigadores deberán definirse claramente.
6.- Para cumplir con sus roles y responsabilidades, tanto consumidores como investigadores necesitan apoyo y/o formación para comprender los aspectos relevantes de la investigación, sus principios éticos y las perspectivas de unos y otros.
7.- Los presupuestos deberán incluir convenientemente el coste de la implicación del consumidor en las asociaciones de investigación.
8.- Se deberán proveer recursos para evaluar los procesos de la investigación y las contribuciones de la participación de los usuarios con el fin de fomentar una mejora continuada de la implementación y los beneficios que supone la implicación de usuarios
9.- La implicación tanto del consumidor como del investigador se reconocerán convenientemente en los informes de la investigación.
10.- Los resultados de la investigación serán (1) asequibles para los participantes en la investigación, de manera adecuada y sensible; y (1) difundidos entre las comunidades relevantes de una manera equilibrada y accesible.
11.- Las organizaciones de investigación tendrán una política sobre la participación de usuarios en investigación.

Tabla 2: Australian National University . Promoting consumer participation in Mental Health Research. A national workshop. 2004[3]

Formación
Los usuarios se dejan explorar o entrevistar por los estudiantes. Los usuarios actúan como evaluadores de la competencia de los estudiantes y evalúan los cursos. Los usuarios colaboran en la elaboración de los contenidos docentes que luego son impartidos por docentes profesionales. Los usuarios participan en los cursos como alumnos y ofrecen luego su opinión. Los usuarios participan en la elaboración del material docente impreso u audiovisual. También en el entrenamiento de pacientes simulados. Los usuarios son invitados a participar en sesiones formativas para exponer su experiencia (normalmente en forma de entrevista con el profesor). Se acuerdan encuentros entre usuarios y estudiantes. Los usuarios imparten directamente algunos contenidos dentro del programa de actividades docentes. Las asociaciones de usuarios gestionan actividades docentes dirigidas a profesionales. Los usuarios forman parte del "staff" académico.

Tabla 3: participación de los usuarios en la formación de profesionales.

publicados no hacen referencia a un temario concreto. La exploración clínica es un tema muy común en la colaboración de usuarios con patología general.

Una estrategia también común es la de desarrollar los cursos de una manera flexible, de manera que los temas a tratar son decididos en el grupo de dirección del proyecto (*Steering-group*) que incluye a los usuarios, a sus mentores y a los representantes de los estudiantes. Algunos de los temas propuestos son: medicación, comunicación, estigma y etiquetado, roles y relaciones, tipos de enfermedad mental y de servicios, la experiencia de ser hospitalizado y que decidan por ti, entre otros.

Esta estrategia conduce a un número muy elevado de temas que hacen difícil la sistematización o la replicabilidad de las experiencias docentes. De hecho, un excesivo énfasis en detallar los temas de los que hablar puede reflejar más la rutina de un modelo pedagógico tradicional que las necesidades y las posibilidades que se ofrecen en la práctica real. En ésta siempre son más importantes las cuestiones de acceso, preparación, claridad y apoyo, que no las cuestiones de contenido. Tampoco están siempre claros los límites entre el carácter terapéutico y el docente de la participación.

La experiencia de escuchar a los usuarios hablar sobre su experiencia sin que la "agenda que fija el diagnóstico y el tratamiento entorpezca el encuentro" es valorada con entusiasmo por los alumnos. El contacto con pacientes fuera de los episodios críticos de la enfermedad promueve una visión más completa y menos derrotista.

Las organizaciones que emplean de manera regular a usuarios tienen que formar también a los profesionales para esta alianza. Estos se tienen que preparar para el trabajo colaborativo con los usuarios y en esta preparación también participan los usuarios. Se puede afirmar que el contenido es el método: es decir, el cambio de roles que supone que los usuarios actúen como docentes y la experiencia de ambas partes, usuarios y profesionales, son el verdadero "contenido" formativo.

RESUMEN
En este capítulo se revisan diversas experiencias de participación de usuarios y familiares en investigación y en la formación de los profesionales.

La participación de usuarios en la investigación en servicios de Salud Mental es beneficiosa tanto para usuarios como para profesionales y garantiza la calidad de la investigación en sí misma, aunque requiere un mayor esfuerzo organizativo que la investigación tradicional

Las organizaciones que emplean de manera regular a usuarios tienen que formar también a los profesionales para esta alianza. Estos se tienen que preparar para el trabajo colaborativo con los usuarios y en esta preparación también participan los usuarios. Se puede afirmar que el contenido es el método: es decir, el cambio de roles que supone que los usuarios actúen como docentes y la experiencia de ambas partes, usuarios y profesionales, son el verdadero "contenido" formativo

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Aunque existen textos sobre el tema suelen referirse a experiencias concretas. La mayor parte del conocimiento sobre la involucración de los usuarios se encuentra en las historias vividas.

Ramos Vidal, C., Marques Mateu, MJ; Ballester Gil De Pareja, M; Rodríguez, MN; Savall Diez, V; Santiago Alfaro, C.; Munarriz Ferrandis, M. Participación de usuarios en la planificación, formación e investigación en Salud Mental. Una revisión de la literatura. En; Carmona, J: Del Rio Noriega, F, (Coord) Gestión Clínica en Salud Mental. (2009) AEN. ESTUDIOS MADRID. Es una revisión preparada para el Congreso de Cádiz que se ocupa de las tres áreas básicas: planificación y gestión, formación e investigación.

Wallcraft J, Amering M, Freidin J, Davar B, Froggatt D, Jafri H, Javed A, Katontoka S, Raja S, Rataemane S, Steffen S, Tyano S, Underhill C, Wahlberg H, Warner R, Herrman H. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry. 2011 Oct;10(3):229-36. Es un texto oficial, más bien declarativo, pero tiene una buena bibliografía.

Grupo de trabajo para la participación en salud mental. "Guía PARTISAM: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental". Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2012. En el momento de la edición de este manual, no ha sido publicado todavía, pero hará su aparición este año. Guía elaborada por pacientes, familiares y usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Begoña Bevià, Juan Miguel Blanco, Susana Fernàndez i Grup Docent Ciutat Jardí (Alacant). DVD La prevención de las recaídas clínicas en la esquizofrenia: la visión desde las personas que padecen la enfermedad. DVD Un programa educativo para profesionales de salud mental. Alacant 2010.

(2) Salvi G, Jones J, Ruggeri M. La partecipazione degli utenti come ricercatori nell'ambito degli estudi sulla salute mentale: una revisione sistematica della letteratura. Epidemiologia e Psichiatria Sociales 2005; 14(4):217-26.

(3) Australian National University . Promoting consumer participation in Mental Health Research. A national workshop. 2004

(4) Ballester Gil De Pareja, M; Ramos Vidal, C; Rodríguez, Mn; Savall Diez, V; Marques Mateu, Mj; Santiago Alfaro, C; Savall Diez, V; Munarriz Ferrandis, M. Personas con enfermedad mental grave que forman a profesionales de la Salud Mental. Una revisión de la literatura. Archivos de Psiquiatría (2009) 1-4 (72) 14-27

(5) Ramos Vidal, C., Marques Mateu, Mj; Ballester Gil De Pareja, M; Rodríguez, Mn; Savall Diez, V; Santiago Alfaro, C.; Munarriz Ferrandis, M. Participación de usuarios en la planificación, formación e investigación en Salud Mental. Una revisión de la literatura. En; Carmona, J: Del Rio Noriega, F, (Coord): *Gestión Clínica en Salud Mental*. Madrid: AEN estudios; 2009.

7.5 Investigación en Salud Mental

Mari Fe Bravo Ortiz, Manuel Gómez Beneyto

La investigación tiene un papel muy relevante dentro de las acciones y estrategias para la mejora de la atención a la salud mental. Los avances que pueden producirse en el conocimiento de los factores etiológicos, de la distribución epidemiológica, de los estudios evaluativos de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones terapéuticas y de los distintos modos de organización de los servicios, vienen guiados fundamentalmente del desarrollo de investigaciones en esos distintos campos.

La investigación es el proceso sistemático que tiene por objeto generar nuevos conocimientos. Como se señalaba en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS)[1], "La investigación sanitaria es un elemento necesario de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de las ciudadanas y ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficaz de los pacientes".

El conocimiento y las pruebas aportadas por la investigación, la información proporcionada por la experiencia, y los valores éticos que deben guiar la atención, constituyen, según Thornicroft y Tansella[2], los componentes esenciales que deben orientar las trasformaciones y las experiencias de mejora que se aborden en los servicios de salud mental.

La investigación en salud mental abarca un amplio espectro de áreas muy diferentes entre sí. Los conocimientos básicos en salud mental proceden de la investigación del cerebro, de la genética, de la psicología y la psicopatología experimentales, de la psicología transcultural y, en menor medida, de las ciencias sociales. La investigación clínica de los trastornos mentales se basa principalmente en la investigación de los fenotipos, de la etiopatogenia y el curso de los trastornos.

La investigación evaluativa focaliza su interés en tres aspectos: el diseño y evaluación de instrumentos fiables y válidos para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento, la eficacia de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, y la evaluación de los servicios. La epidemiología, por su parte, contribuye generando hipótesis de trabajo que afectan a todas las áreas, construyendo modelos probabilísticos multifactoriales de utilidad clínica y heurística y cuantificando la extensión de los problemas.

A esta amplia variedad de áreas se añade un hecho de vital importancia para la investigación en todos los campos de la salud y la enfermedad, pero especialmente en la salud mental, y es que en ellas y entre ellas operan procesos interactivos a múltiples niveles.

Promocionar el uso de estrategias que permitan plantear en un mismo proyecto la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales necesita la colaboración entre centros especializados en disciplinas muy diversas. La identificación y reconocimiento de centros de excelencia y el apoyo necesario para que establezcan alianzas y redes de colaboración deben ser un empeño prioritario en las políticas de investigación.

Existe una gran dificultad para trasladar los conocimientos proporcionados por la investigación básica, incluso por la investi-

gación aplicada, a la clínica y de la clínica a la investigación básica. Los resultados de la investigación tampoco son reconocidos e implementados por las administraciones sanitarias con la agilidad que sería deseable.

La promoción de la salud mental es una de las áreas de investigación emergentes en esta última década. Dada la complejidad y la multitud de factores que la determinan, se puede utilizar la metodología cualitativa como alternativa válida y complementaria a la investigación cuantitativa en investigación sobre la salud mental.

En resumen, la investigación básica, clínica, evaluativa y traslacional, con un enfoque biopsicosocial y prioritariamente integrador, constituyen el ámbito y la orientación principales de la investigación en salud mental[1].

En nuestro país, la situación ha cambiado significativamente en la última década en relación a la investigación en salud mental[3]. En los distintos Planes Nacionales de Investigación de los últimos años, la investigación en enfermedades mentales y del sistema nervioso ha constituido una de sus líneas prioritarias, así como en el Programa de Fomento de la Investigación del Instituto de Salud Carlos III. También se incluyó dentro de las líneas prioritarias la investigación en evaluación de servicios de salud. Todo ello contribuyó a que se produjera un incremento significativo en cuanto al número de proyectos de investigación en salud mental que contaron con financiación. Otra línea de desarrollo estratégico del Instituto de Salud Carlos III fue el impulso a la creación de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (a partir del año 2002) y posteriormente de los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red), que trataban de establecer bases estables de colaboración entre grupos de investigación en un área concreta del conocimiento. En 2008 se creó el consorcio CIBER de Salud Mental (CIBERSAM)[4] que está formado por 26 grupos de investigación clínica y básica, pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas (CCAA), y que desarrolla actividades de investigación (básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud) integradas en 6 programas:

- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastorno Bipolar
- Innovación terapéutica
- Psiquiatría del Niño y del Adolescente
- Trastornos psicosomáticos, de ansiedad y de control de impulsos.

Aunque todo esto ha supuesto un gran avance en la producción científica, siguen predominando los estudios centrados en los aspectos biológicos tanto de la etiología, como de las intervenciones terapéuticas, y son insuficientes aquellos estudios que integran las distintas modalidades terapéuticas y aquellos que se centran en la evaluación de servicios, así como en los factores que contribuyen a la promoción de la salud mental.

Es en este contexto en el que la *Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*[5] ha tenido como uno de sus objetivos fundamentales desde su creación facilitar la producción científica de los profesionales que participan en la atención a la salud mental.

Una de las áreas fundamentales de esta producción es el desarrollo de investigaciones que permiten avanzar en el conocimiento tanto de los factores causales y mantenedores de los trastornos mentales, como de las distintas intervenciones que contribuyen a su prevención, tratamiento, rehabilitación y a sus cuidados.

Tradicionalmente los profesionales de la AEN hemos estado ligados a las instituciones asistenciales, tanto en lo que se refiere a la propia prestación de la atención, como a su planificación y organización, y a la formación especializada y continuada de los distintos profesionales que formamos parte de los servicios. Se han impulsado y desarrollado algunos proyectos de investigación (sobre todo en el ámbito de la investigación epidemiológica, o de diferentes intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales),

pero casi siempre de modo poco coordinado, con escasa interrelación con las estructuras de investigación universitarias y con insuficiente repercusión fuera de nuestras fronteras.

La actual situación de las redes de investigación y de la institución universitaria hace difícil que la posición de la AEN al respecto pueda modificarse de manera significativa. Por ello la asociación apostó, tras la puesta en marcha de la Escuela de Salud Mental de la AEN, por dotarse de un instrumento que le permita intervenir en el terreno de la formación, en el de la investigación y en el de la producción científica, aprovechando las oportunidades que los nuevos modelos de organización pueden brindarle.

En estos cinco últimos años se han impulsado el desarrollo de Redes Clínico Epidemiológicas (RIBSAEN, NEUFAM) que ya están funcionando con financiación del Ministerio de Sanidad; se ha puesto en marcha un sistema de apoyo (con soporte técnico y metodológico) al desarrollo de estas redes; y se ha dado un gran impulso a la visualización de la producción científica de la AEN a través del Repositorio de Bases de Datos de Salud Mental en lengua castellana. Estas actividades se pueden resumir en:

- Redes de Investigación Clínico Epidemiológicas:
  - Red de Investigación Clínico Epidemiológica Basada en los Servicios de Salud Mental (RIBSAEN) (6)
  - Estudio de Necesidades de Usuarios y Familiares (NEUFAM)
  - Red de Implantación y Evaluación de Programas de Atención Temprana a la Psicosis (RIBSAEN- ATP) (7)
- Bases de Datos:
  - Base de Datos de Evaluación de Buenas Practicas
  - Base de Datos de Proyectos de Promoción de la Salud Mental, Prevención del Trastorno Mental y disminución del Estigma.
- Apoyo al desarrollo de Redes de Investigación
- Repositorio de documentos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Es necesario que demos un paso más en el campo de la investigación con el objetivo de generar una cultura que resalte la importancia de implantar nuevas prácticas asistenciales que cuenten con una base sólida de datos que avalen su efectividad y eficiencia. Sin lugar a dudas se ha producido un salto significativo en el proceso de implantación de nuevas prácticas, que busca no solo la defensa de unos valores (que ha sido uno de los ejes vertebradores de la AEN), sino también la búsqueda de una evidencia científica que las respalde. Ahora bien, la mayoría de las veces, muchos de nosotros buscamos esa evidencia que "otros" han encontrado en ámbitos de investigación demasiadas veces desligados de la clínica. Es hora de que pasemos a ser agentes activos también en este campo. Tenemos áreas específicas donde podemos desarrollarlos si somos capaces de proporcionar un soporte metodológico que permita realizar proyectos rigurosos que nos permitan obtener resultados relevantes. Estas áreas prioritarias deben orientarse hacia:

- Monitorización del impacto clínico y epidemiológico del desarrollo de la nueva Estrategia en Salud Mental.
- Evaluación de la implantación de nuevos programas asistenciales, preventivos y de rehabilitación.
- Estudios de efectividad en intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.
- Evaluación de los cambios en la organización de servicios.
- Evaluación de la implementación e impacto de las Guías de Practica Clínicas.
- Investigación realizada en colaboración con los usuarios con metodología cualitativa sobre las intervenciones terapéuticas y usos de los servicios, así como sobre sus expectativas.
- Investigación sobre el proceso de recuperación.

Muchas de estas áreas implican la utilización de metodologías complejas, que van

más allá del ensayo clínico aleatorizado, como señala Manuel Gómez Beneyto en un capítulo sobre *la metodología de investigación en psicoterapia*, y también se han recogido en otros capítulos de este módulo.

Como señala Gómez Beneyto[8], el objetivo último de la investigación en psicoterapia es el desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos y de destrezas que permitan sustentarla científicamente y ejercerla con eficacia en la práctica. En este sentido la investigación de la eficacia de la psicoterapia juega un papel fundamental en la clínica diaria ya que sirve de base para que el psicoterapeuta pueda elegir la técnica más adecuada para tratar el trastorno que presenta su paciente. Sin embargo una investigación de calidad exige además dilucidar el mecanismo mediante el cual la psicoterapia actúa con eficacia. Solamente así, conociendo la eficacia de la técnica y el mecanismo o proceso mediante el cual actúa, se podrá caracterizar una modalidad de psicoterapia como psicoterapia con fundamento científico o empírico bien establecido. Por ello la investigación en psicoterapia debe ser considerada como inseparablemente ligada a la investigación de la mente. De ahí el papel crucial que juega en el debate sobre los modelos de salud y de enfermedad mental.

En el panorama actual de investigación en psicoterapia destacan cuatro focos de interés: el concepto teórico y operativo de resultado terapéutico y su medida, la evaluación de la eficacia específica de determinadas modalidades de psicoterapia para el tratamiento de determinados diagnósticos, la identificación de los factores que contribuyen a mejorar el resultado terapéutico y la investigación de la vertiente neurobiológica de la psicoterapia.

En el capítulo reseñado, se analiza el estado actual y los problemas que llevan consigo cada uno de estos temas, pero previamente veremos algunos aspectos teóricos y de metodología de la investigación.

La investigación en psicoterapia utiliza por lo menos cinco diseños, con diferentes niveles de fuerza probatoria, aplicables a distintos aspectos de un mismo problema y que por lo tanto pueden ser complementarios.

- Estudio de casos
- Diseño de caso único
- Investigación cualitativa
- Ensayo clínico aleatorizado
- Diseños naturalistas

¿Que se entiende por mejoría? Diversos modelos de psicoterapia adoptan definiciones dependientes de su particular forma de entender la psicopatología: para unos el objetivo de la psicoterapia es “alcanzar la verdad sobre uno mismo” o lograr una mayor “integración de la vida psíquica”, para otros es el aumento de la capacidad para afrontar el estrés o bien la eliminación de los síntomas o la modificación de los “patrones cognitivos distorsionados”. Lo mismo ocurre con respecto al método que las distintas orientaciones psicoterapéuticas proponen para evaluarla. Desde algunas orientaciones se defiende que los cambios inducidos por su técnica solamente pueden ser establecidos con el método específico propio. El psicoanálisis es un ejemplo de teoría asociada inseparablemente a un método de evaluación. Desde este punto de vista las hipótesis psicoanalíticas solamente serían susceptibles de contraste mediante la interpretación del discurso del paciente en el contexto de la sesión analítica y desde la perspectiva teórica del psicoanálisis, es decir con el método psicoanalítico. Así pues existen tantos conceptos de mejoría y tantas formas de medirla como orientaciones psicoterapéuticas.

Sin embargo, si bien es legítimo plantear así las cosas, incluso necesario para el progreso de las distintas modalidades específicas de psicoterapia, también lo es que a toda modalidad de psicoterapia que aspire a ocupar el estatus de tratamiento médico, es decir que se oferte como tal en el marco de los servicios sanitarios, se le debe exigir que en todo caso demuestre su eficacia en el mismo ámbito y con el mis-

mo método de evaluación que utilizan las demás formas de intervención médica. En concreto es necesario que dé pruebas de su capacidad para eliminar o reducir los síntomas y el sufrimiento y mejorar la calidad de vida y el funcionamiento social por medio de ensayos clínicos aleatorizados.

La idea que subyace al uso del ensayo clínico para evaluar el resultado terapéutico ha sido denominada "la metáfora de la psicoterapia como medicamento". Desde esta perspectiva se considera que la psicoterapia la administra un psicoterapeuta a un paciente que permanece básicamente pasivo, que la intervención está compuesta de diferentes ingredientes terapéuticamente activos (la alianza terapéutica, el reflejo empático, la confrontación, etc.) y que "la dosis" de estos ingredientes se correlaciona linealmente con el resultado terapéutico. Este planteamiento se presta muy bien a la aplicación de técnicas estadísticas y constituye el fundamento de una importante línea de investigación del proceso terapéutico. Utilizando un diseño correlacional se ha evidenciado la existencia de una asociación, aunque no siempre lineal, entre "la dosis" (número de sesiones) y el nivel de mejoría, así como también entre algunos de estos ingredientes, principalmente la calidad de la relación terapéutica y el resultado final. No obstante los coeficientes de determinación obtenidos con esta estrategia de análisis son generalmente muy bajos y fluctúan según el investigador, seguramente porque son cálculos basados en estudios de escaso poder estadístico habida cuenta del extenso número de variables que han de ser incluidas en el modelo. Así, las características del paciente, incluyendo la gravedad de su trastorno, explicarían un 25% de la varianza del resultado, la relación terapeuta-paciente el 10%, las características del terapeuta el 8%, la modalidad técnica específica el 5%, la interacción entre todos estos componentes otro 5% pero el resto de la varianza, es decir prácticamente la mitad, permanecería inexplicada.

La hipótesis de la "psicoterapia como medicamento" ha sido muy criticada, particularmente por los psicoterapeutas de orientación dinámica, quienes argumentan que el paciente no es un receptor pasivo del tratamiento sino que cambia en respuesta a cada una de las intervenciones del psicoterapeuta, quien a su vez adapta la intervención siguiente de acuerdo con el cambio que percibe en el paciente y de esta forma van conduciendo y "creando" entre ambos el proceso terapéutico. Por esta misma razón no se puede hablar de "ingredientes activos", ni de un efecto aditivo entre los componentes del proceso ni por lo tanto de "dosis", ni de la existencia de una correlación lineal entre las variables del proceso y el resultado final: el proceso estaría constituido por una serie interactiva y continuamente cambiante de "microepisodios de proceso-resultado". Si a esta visión dinámica del proceso añadimos que se ha estimado en millón y medio el número de interacciones entre las variables del terapeuta, de la terapia y del paciente, se comprenderá que algunos investigadores defiendan que la investigación cuantitativa nunca podrá dar cuenta cumplida del proceso psicoterapéutico y que en consecuencia apuesten por la metodología cualitativa.

Modelos cualitativos bien establecidos en la investigación sociológica como el "análisis del discurso" y "la teoría fundamentada" han sido utilizados para analizar el proceso psicoterapéutico, pero uno de los más específicamente desarrollados con esta finalidad es el denominado "modelo de asimilación". Según este modelo el resultado terapéutico y el proceso forman parte de un conjunto inseparable que evoluciona gradualmente desde el comienzo del tratamiento hasta el final. El modelo propone que las experiencias problemáticas que el paciente presenta al comienzo de la psicoterapia son gradualmente asimiladas al esquema o narrativa que se desarrolla en la interacción con el terapeuta hasta que pierden su carácter amenazador y que tal

proceso es predecible y puede ser descrito detalladamente por medio de una escala de siete pasos (APES *"Assimilation of Problematic Experiences Scale").* La ventaja de este enfoque es que puede ser aplicado a cualquier modalidad de psicoterapia. El método conocido como "paradigma de los episodios" (events *paradigm)* se basa en la hipótesis de que el cambio terapéutico se asocia a determinados momentos o episodios críticos, fácilmente identificables, que recurren a lo largo del proceso terapéutico y que tienen una estructura común.

En el marco de la investigación centrada en el proceso destaca la teoría de los factores comunes. Desde hace décadas se viene consolidando la idea de que a pesar de que algunas técnicas pueden ser más eficaces que otras para el tratamiento de ciertos diagnósticos, como por ejemplo la exposición para el tratamiento de las fobias, las diferencias entre ellas son en general poco significativas, conclusión sorprendente teniendo en cuenta la gran diversidad de planteamientos teóricos y técnicos que las sustentan. Esta equivalencia de resultados resulta más patente todavía cuando se controla el efecto de sesgo que la adscripción doctrinal del investigador puede aportar al estudio y la gravedad del trastorno estudiado. Esta llamada "paradoja de la equivalencia" ha dado lugar a dos líneas de investigación basadas en supuestos diferentes. La primera, denominada la "hipótesis de la especificidad", asume que la equivalencia de resultados es un artefacto causado principalmente por la insuficiente potencia de los diseños de investigación para detectar las diferencias y en consecuencia propone continuar buscando la especificidad por medio de ensayos clínicos mejor diseñados en los que se ponga a prueba la eficacia de determinadas modalidades de psicoterapia para el tratamiento de determinados diagnósticos (en la línea de las "psicoterapias con soporte empírico") o la investigación de los ingredientes terapéuticos específicos de modalidades concretas de psicoterapia. La otra línea de investigación, llamada la hipótesis de los "factores comunes" supone que la equivalencia de resultados es real y se debe a la presencia de los mismos ingredientes terapéuticamente activos en todas las modalidades y por ello busca identificar y describir tales componentes. Así pues el objetivo de este enfoque consiste en crear un cuerpo de conocimientos y de destrezas basado en la existencia de "comunalidades" entre las distintas modalidades de psicoterapia.

Para otros autores la investigación debería perseguir la identificación de los principios comunes que facilitan el cambio terapéutico. La investigación del proceso debería centrarse en la identificación y validación de principios que facilitan el cambio terapéutico. Sería más útil para los clínicos disponer de un repertorio de principios psicoterapéuticos eficaces bien fundamentados en pruebas científicas con los que construir un plan terapéutico adaptado a las necesidades individuales de sus pacientes que disponer de un listado de modalidades de psicoterapias específicas para cada trastorno. Tal planteamiento, afín al planteamiento de factores comunes, aportaría una mejor individualización del proceso. La idea es interesante y ya se ha avanzado mucho en la identificación de estos factores facilitadores del cambio pero no lo suficiente para que puedan ser de utilidad en la práctica.

RESUMEN

Se revisa el papel de la investigación dentro de las acciones y estrategias para mejorar los servicios de salud mental.

Se analiza más en detalle dos aspectos:

a. El papel de la Escuela de Salud Mental de la AEN
b. La metodología de investigación en psicoterapia

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

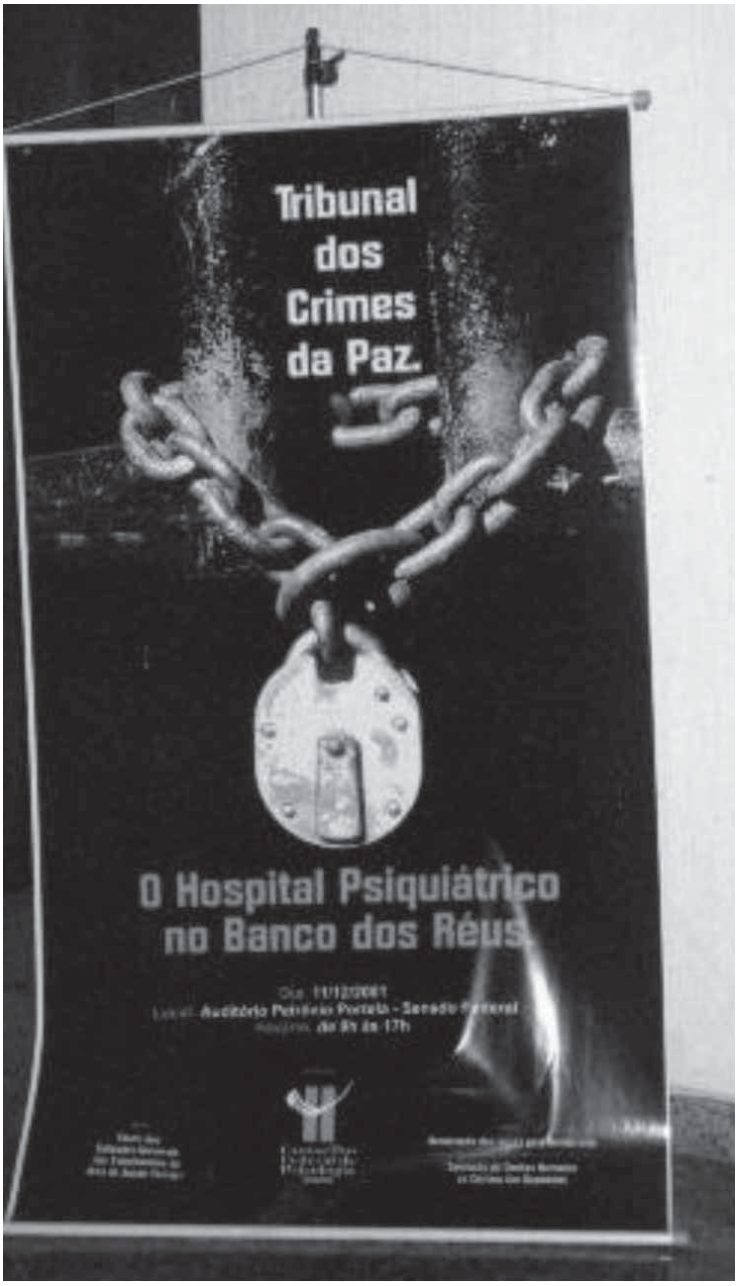
Chiris Freeman, Peter Tyrer (Edit.) *Research Methods in Psychiatry. A Beginner´Guide*. London: Royal College of Psychiatrists, 1992. Una guía útil de los métodos de investigación en psiquiatría.

Steve J Taylor, Robert Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós, 1987. Trata de cómo conducir la investigación cualitativa, proporcionando una perpectiva general de los enfoques diferentes y a la vez una guía sobre el modo de conducir un estudio.

BIBLIOGRAFÍA

(1) MSC. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. 2007.
(2) Thornicroft G, Tansella M. Better Mental Health Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
(3) Gómez Beneyto M. Evaluación (y Actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2009.
(4) CIBERSAM. Available at: http://www.cibersam.es/cibersam, 2012.
(5) Bravo Ortiz MF, Benito G. Posibilidades de la investigación clínico epidemiológica". En: Gómez Beneyto M, editor. Escuela de Salud Mental del la AEN: Cuadernos Técnicos AEN; 2009.
(6) Gómez Beneyto M, Bravo Ortiz MF, Fernandez Liria A. RIBSAEN: Red Clínico Epidemiológica de Investigación Basada en Servicios de Salud Mental AEN. Informe Preliminar. 2010.
(7) Bravo Ortiz MF, Vallina O, San Emeterio M, Cid J, Ibañez Rojo V, Gonzalez Cases J, et al. Consenso sobre la Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. : AEN / Cuadernos Técnicos; 2009.
(8) Gómez Beneyto M. Metodología de la investigación en psicoterapia. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editors. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Editores; 2009. p. 995-1005.

8
ÉTICA Y LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA



8.1, Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado, *A Moreno, M Desviat.* 8.2, Consentimiento informado. Internamientos involuntarios. Imputabilidad, *J Medrano, F Santander;* 8.3, Información y confidencialidad, *MA García Álvarez;* 8.4, Competencia y capacidad, *M Desviat, A Moreno;* 8.5.1, Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos humanos y salud mental, *A Torras;* 8.5.2. Visibilidad, protesta y denuncia. Algunas propuestas. *A Torras.*

8.1. Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado

Ana Moreno, Manuel Desviat

> La historia de la relación médico paciente desde los tiempos antiguos hasta el presente aporta el testimonio de la falta de atención del médico respecto de los derechos del paciente y a la necesidad de tomar sus propias decisiones. Se ha prestado poco interés a la información y al consentimiento en esta historia, excepto negativamente, por el énfasis puesto en la incapacidad del paciente para comprender los misterios de la medicina y, por consiguiente, para compartir la responsabilidad de la decisión con los doctores… es la historia del silencio con respecto a la participación del paciente…
>
> *Jay Katz, Alexander Morgan Capron*[1]

El ejercicio de la medicina ha ido adquiriendo una mayor complejidad a lo largo de los siglos que podemos sintetizar en algunos hitos:

- El progreso de la tecnología sanitaria, la posibilidad de sustituir funciones vitales influyendo en los últimos momentos de la vida así como la posibilidad de manipulación en los primeros momentos de la misma, ha planteado cuestiones éticas impensables hace sólo 50 años.
- En relación con esta "revolución tecnológica" y con los movimientos sociales que promueven la defensa de los derechos de los pacientes, de la ciudadanía en su conjunto, surge la pregunta de quién decide: el médico (o el equipo ahora que la atención se hace más compleja y requiere del concurso de distintos profesionales), el paciente, sus familiares…[2].

De esta segunda revolución, de los cambios en la relación médico paciente (que denominaremos relación terapéutica en virtud de los distintos oficios que ejercen las personas que participan de ella), de su implicación en la atención a las personas con enfermedad mental, del objetivo final del cuidado y de los medios para lograrlo trataremos en este capítulo.

Señala Diego Gracia que la relación médico paciente ha cambiado más en los últimos 25 años que en los anteriores 25 siglos[2]. Para los médicos hipocráticos, basados en la filosofía griega clásica, existe un orden que rige la naturaleza. La enfermedad se debería a un desajuste físico, psíquico y moral motivado por diferentes causas. El médico, guiado por el principio de la beneficencia, sería el encargado de restablecer el orden, para lo cual el paciente debe obedecerle en todo, en tanto que médico-filósofo, técnico y científico. La enfermedad no sólo altera el equilibrio somático o corporal del hombre, sino también el psíquico y moral, impidiendo al paciente tomar decisiones prudentes. La labor del médico, por tanto, sería tratar al paciente como un padre a un niño pequeño y la del paciente, obedecer.

Podemos contemplar la relación terapéutica como un tipo particular de las relaciones que se establecen en la sociedad, si bien los cambios que se van produciendo en la misma son incorporados con mucho retraso por parte de la medicina. A partir del siglo XV se entiende que el hombre es capaz de construir la realidad que le rodea, no sólo de interpretarla. En los siglos XVII y XVIII comienza a surgir el consentimiento informado socio-político (Hobbes y Locke en Inglaterra durante el XVII y Rousseau en Francia en el XVIII) que conduce a la teoría contractualista: todos los hombres tienen una serie de derechos básicos o naturales, en tanto que seres humanos o personas, defendiéndose mejor esos derechos mediante la realización de un pacto, el contrato

social. El resultado de ese pacto es una estructura social, la sociedad civil, y una forma política de gobierno, las democracias representativas. Sin embargo, no es hasta bien entrado el siglo XX, ya redactada la Carta Universal de los Derechos Humanos, descubiertas las atrocidades cometidas en la Segunda Guerra Mundial e iniciados los movimientos ciudadanos que reclaman la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía como principio rector de los cuidados, cuando el proceso de consentimiento informado pasa, todavía con muchas dificultades, a formar parte de la práctica cotidiana. El análisis de los derroteros que ha seguido la extensión y práctica del consentimiento informado en la Medicina exceden de las posibilidades de este capítulo. Baste decir que entre dos extremos (el uso de un formulario escrito y no explicado al paciente como requisito imprescindible para la realización de cualquier técnica, con una finalidad fundamentalmente defensiva en un extremo y en el otro, la concepción del consentimiento informado como proceso, como deliberación permanente con el paciente y justificación de la práctica clínica) existe una amplia variabilidad no explicada por la legislación aplicable ni por protocolos específicos.

> El enfermo mental es en primer lugar un ciudadano; En segundo lugar, un ciudadano enfermo y en tercer lugar; un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar
> Rodrigo Bercovitz[3]

> Las personas afectadas por una enfermedad mental son miembros de pleno derecho de la comunidad a la que pertenecen, lo que obliga a los poderes públicos a garantizar las condiciones que posibiliten un efectivo ejercicio de los derechos de los que son titulares
> Procuradora General del Principado de Asturias [4].

Las sociedades que han sufrido dictaduras, guerras, masacres en razón de su género, ideología, etnia… hablan de la necesidad de recuperación de la memoria de las víctimas y de reparación, que en ocasiones conlleva un reconocimiento público del dolor causado/sufrido. Posiblemente es poco conocido que, durante el periodo de horror del nazismo, entre 1934 y 1939, 350.000 enfermos mentales reales o potenciales fueron esterilizados en Alemania sin consentimiento. Entre 1940 y 1941, tras ser valorados como incurables por un equipo de psiquiatras, más de 70.000 enfermos mentales murieron gaseados por equipos de exterminio. Desde la profesión psiquiátrica se intentó dar forma a una ley que legalizase estos asesinatos. En el periodo comprendido entre 1941 y 1945, en torno al 80% de los enfermos mentales supervivientes mueren en las instituciones psiquiátricas a causa del hambre, las infecciones o tratamientos inadecuados. En 1940-1941, los mismos equipos matan con gas a los enfermos mentales judíos y no judíos. Durante la guerra y a la conclusión de la misma, hubo un silencio profesional casi completo en relación con estos actos. En la República Federal Alemana se asistió a la represión del recuerdo o reconocimiento de estos crímenes hasta el comienzo de los años 80[5]. No ha existido reparación.

La consideración social de la enfermedad mental ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Si hacemos un recorrido por la misma y la atención a los problemas relacionados con la enfermedad mental y su correspondencia con los derechos humanos, podemos observar un cierto paralelismo con los cambios sociales:

1. Revolución francesa: *manicomios*
   En sus orígenes, el manicomio nace con la revolución francesa, con un nuevo movimiento social y supone un despliegue técnico e institucional, un intento de promover nuevas formas de asistencia médica y social, que sienta las bases de la futura salud pública. Se basa en el aislamiento en lugares propios, aislamiento de las pasiones, internamiento en casas de locos y tratamiento moral, una medicalización que

da lugar al alienismo, la futura psiquiatría[6]. En España, ese ideario asistencial revolucionario se recoge en la Constitución de las Cortes de Cádiz de 1812 "la beneficencia nos obliga a prestar al desvalido aquella protección que desearíamos tener si ocupáramos su lugar". En un Real Decreto de 1821 que establece el marco jurídico para las instituciones asilares destinadas a "recoger y curar a los locos de toda especie… quedan prohibidos el encierro de continuo, la aspereza en el trato, los golpes grillos y cadenas". Pronto los manicomios mostrarán –hacinamiento, abandono, cronificación, refugio de locos pobres- su fracaso terapéutico. La institución anula la reflexión médica e institucionaliza la enfermedad mental, la locura. Se convierte en una institución total, a modo de prisiones o campos de concentración, donde la locura se oculta. Algunos testimonios de observadores de la época son escalofriantes "los rincones cedidos en hospitales, cárceles y conventos parecían verdaderas cloacas. Agarrotados, sobre paja o sobre el duro suelo, casi desnudos, estaban condenados a pan y agua, y cuando se agitaban al peso de sus cadenas, un garrote o un vergajo servía de consuelo a su delirio" (Felipe Monláu, citado en [6]). Podríamos decir que en este modelo, las necesidades de los pacientes son definidas por la institución. Aunque en nuestro país el manicomio ha dejado de ser el modelo imperante, según el ATLAS de Salud Mental de la OMS del año 2011, el 63% de las camas para personas afectadas de enfermedad mental continúan estando en instituciones psiquiátricas y el 67 % de los recursos económicos va a parar a ellas[7].

2. Nazismo, la segunda guerra mundial, los juicios de Nuremberg, La Declaración Universal de los DDHH, el estado del bienestar: *reforma psiquiátrica y rehabilitación*

   La idea de reforma psiquiátrica se inicia tras la II Guerra Mundial, en tiempos de mayor sensibilidad social, de mayor respeto por las diferencias y por las minorías tras el holocausto. En momentos de reconstrucción del lazo social, de consolidación de procesos democráticos, de cambios globales de los servicios públicos que llevarían a la instauración del estado del bienestar. En el apartado 1 de este manual se ha revisado la historia de los movimientos de reforma psiquiátrica. Cabe destacar que la definición de necesidades en los movimientos de reforma más avanzados la realiza el clínico junto con el paciente/usuario. El abandono de los manicomios y la conquista de la comunidad pone en evidencia, para los profesionales, las necesidades de los pacientes. *Y se dieron cuenta* –señala Daniel Maltzan- *de que las necesidades de las personas con trastornos mentales no son fundamentalmente diferentes al resto: vivienda digna, trabajo, ingreso fijo, amigos, vecinos receptivos y demás*[8]. Se ha apuntado también que hoy el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública, como para la sanidad pública en su conjunto, viene, por una parte, de la crisis de su soporte principal: las prestaciones sanitarias, sociales y comunitarias del llamado estado del bienestar y, por otra, de la evolución farmacodependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría[9]. En los tiempos actuales en los que la crisis económica sirve de coartada para el recorte de prestaciones y derechos, esta afirmación está más vigente que nunca.

3. Los movimientos sociales por los derechos humanos, la crisis, el riesgo de la contrarreforma, los movimientos ciudadanos, los movimientos de usuarios: la *recuperación.*

   En los últimos años y en relación con avances en el tratamiento, con estudios a largo plazo sobre la evolución de las enfermedades mentales, con la mejora en el pronóstico de algunas enfermedades, con el movimiento de usuarios que exigen voz propia tanto en la pla-

nificación de los mismos como en la organización de su vida, se ha venido configurando el llamado modelo de recuperación, muy relacionado con el empoderamiento, con la capacidad de decidir qué hacer con la vida, a pesar de la enfermedad mental. También los medios de comunicación, históricamente fuente de estigma de las personas afectadas de enfermedad mental, han recogido algunas noticias de carácter más esperanzador, más respetuoso. Por ejemplo, en el diario El Mundo.es del 19 de diciembre de 2011 con el título "Enfermos mentales graves que triunfan en la vida" se recogen los testimonios de dos personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide que actualmente están recuperadas[10]. La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. En cuanto a los estudios a largo plazo, han mostrado de forma constante que el tiempo es un aspecto crítico que modifica la mayor parte de los factores que hasta hace poco tiempo hemos considerado que permanecían estables: se ha observado una amplia heterogeneidad de funcionamiento a lo largo de la vida del paciente; la presentación de síntomas, sociabilidad, trabajo y actividades, el cuidado personal, pueden mejorar significativamente con el paso del tiempo en al menos la mitad de los pacientes, incluidos los enfermos mentales crónicos. Se deduce de ellos que la evolución de la esquizofrenia es un proceso complejo, dinámico y heterogéneo, que va más allá de la especificidad diagnóstica y que el individuo es una persona activa y en desarrollo, en constante interacción con su entorno. La esquizofrenia es sólo una parte de estos elementos[11].

La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental[12]. El concepto de recuperación requiere de condiciones internas (esperanza, confianza en la capacidad de restablecerse, empoderamiento, conexión con el entorno) y externas (desarrollo de los derechos humanos, cultura positiva hacia la capacidad de recuperación y servicios orientados hacia la misma)[13]. Como señala Cullberg, se trata de retomar el poder, de no ser una víctima sino de tener permiso, o de darse permiso, para tomar el control sobre la propia vida. Se trata de respeto, de dignidad, de la inviolabilidad innata de los seres humanos, de la libertad. Lo más importante es que no dividamos a la gente en categorías, que no hablemos de los esquizofrénicos o de los enfermos mentales, porque de esta manera los estamos definiendo como ellos, como algo distinto a nosotros. Esto siempre es peligroso. Debemos aprender a ver a cada individuo precisamente como eso, como a un ser individual. Una persona única. Con exactamente el mismo valor y dignidad que los demás, No hay "ellos" sino sólo "nosotros"[14]. Las necesidades serían definidas por los usuarios junto con los profesionales. Se acepta que los principios de la recuperación son[15]:

- La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
- Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida

y percibiendo cómo otras personas la obtienen.

- Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
- Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
- Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
- La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o discapacidad.
- El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
- El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.
- La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.
- Podríamos concluir que la recuperación de la autonomía, del control sobre la propia vida de las personas que padecen una enfermedad mental es la fundamentación básica de la intervención profesional. ¿Es esto así?

LAS BRECHAS

B Saraceno[16] define como brechas la distancia existente entre el conocimiento y las estrategias efectivas para la atención de los problemas relacionados con la salud mental y su implementación real en la práctica a escala suficiente, señalando que estas brechas son múltiples y variadas. La primera gran brecha es la que se produce entre el número de personas aquejadas de un problema de salud mental y el número de los que reciben algún tipo de intervención. Aunque el estigma asociado a la enfermedad mental no es ajeno a la escasez de tratamientos, el motivo principal de esta brecha se encuentra en la falta de recursos humanos y económicos invertidos en la salud mental; por tanto una brecha entre recursos existentes y recursos necesarios. En comparación a lo que ocurre con otras enfermedades físicas, la paradoja exclusiva de las enfermedades psiquiátricas es que en este terreno no siempre la disminución de la brecha significa automáticamente una «mejoría» y esto plantea un delicado y dramático problema ético y técnico. Si sujetos enfermos que necesitan tratamiento psiquiátrico y no lo reciben son tratados en instituciones psiquiátricas decrépitas, miserables, violentas y que violan sistemáticamente los derechos humanos de los ingresados… ¿Debemos considerar que la disminución de la brecha significa automáticamente una mejora?. En otro lugar, Saraceno señala el estigma como una de las barreras más importantes en el acceso a los tratamientos efectivos[17]. Los estereotipos y el estigma asociado con los trastornos mentales son uno de los principales obstáculos para el tratamiento. Los pacientes que sufren de esquizofrenia y sus familias con frecuencia han experimentado rechazo social y exclusión, no sólo del público en general, sino también de profesionales de la salud mental[18]. Podemos valorar diferentes

componentes del estigma y su resultado final en forma de vulneración de derechos, falta de oportunidades y exclusión. López et al señalan los estereotipos, como el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. Prejuicios serían predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. La discriminación haría referencia a propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros[19].

LOS PROFESIONALES

Podría pensarse que el contacto de los profesionales *psi* con las personas afectadas de enfermedad mental nos hace en principio más sensibles a sus necesidades, más predispuestos a la defensa de sus derechos. Sin embargo, distintos estudios señalan que no siempre es así[20, 21]. La actitud de los profesionales incide directamente en las oportunidades de los pacientes. Algunas de las prácticas habituales merecen una reflexión:

- El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes visita, entre otros centros de detención, los hospitales psiquiátricos. Quizá porque las condiciones en las que se trabaja (aislamiento, falta de testigos…) son comunes a otros lugares en los que los trabajadores pueden/podemos convertirse/convertirnos en perpetradores de violencia.
- Continuamos utilizando la contención mecánica (bajo distintos eufemismos) como "medida terapéutica" cuando, posiblemente, no esconde otra cosa que el fracaso en la relación de ayuda y la falta de herramientas para abordar situaciones extremadamente complejas en condiciones respetuosas con los derechos de los pacientes.
- El recurso al ingreso involuntario, perfectamente legal y sometido a tutela judicial, en ocasiones es una forma de imponer un tratamiento sin que se hayan explorado hasta el límite compatible con el cuidado de la persona y su entorno la posibilidad de abordajes más complejos pero también más respetuosos.
- En un lugar cercano se inscribirían las propuestas siempre presentes sobre el tratamiento ambulatorio involuntario[a], recurrir a la obligación judicial de recibir tratamiento (¿qué tratamiento se puede obligar además de una medicación inyectable?, ¿qué relación terapéutica se construye con esta forma de violentar a la persona?, ¿qué idea del sujeto subyace a esta práctica?), sin que medie acción delictiva, en un sujeto que padece una enfermedad. FEAFES, en la Propuesta de Intervención Terapéutica, Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario de 2009 aboga por que "cada persona diagnosticada con una enfermedad mental tenga garantías de un tratamiento integral adecuado, es decir, que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo y reivindicando el centro/unidad de salud mental comunitaria como estructura básica de atención. Dicho centro/unidad de salud mental comunitaria deberá contar con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo. Ello evitaría cualquier posibilidad de tratamiento ambulatorio involuntario" [22].

---

[a] Para una información más detallada pueden visitarse en la web de la AEN www.aen.es los recientes posicionamientos argumentados en contra de esta medida, tanto de la Asociación Española de Neuropsiquiatría como de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

- Incluso en lugares en los que la reforma psiquiátrica ha tenido un mayor recorrido, podemos preguntarnos quién decide qué intervenciones, hasta cuándo, con qué medios, para lograr qué. Cuando hablamos de rehabilitación no siempre se cuenta con la idea de la persona afectada sobre su proyecto vital. Así, rehabilitarse es adecuarse a lo que hace la mayoría, a lo que entendemos –nosotros, clase media acomodada- por normalidad. En otro lugar de este manual, las personas afectadas de enfermedad mental cuestionan esta mirada que puede suponer una barrera más, una barrera importante, en su proceso de recuperación.

¿Existe el derecho a rechazar el tratamiento y asumir las consecuencias? La posibilidad de rechazar el tratamiento está recogida en la Ley General de Sanidad[23] (art 10, punto 9) y en los artículos 2, 9 y 21 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica[24] y no excluye explícitamente a las personas afectadas de enfermedad mental de esta posibilidad. Sin embargo, somos los profesionales los que raramente nos planteamos este derecho cuando un paciente rechaza una opción terapéutica, en lugar de recurrir a la involuntariedad. En los artículos de este capítulo se repasarán conceptos relacionados con la capacidad y las limitaciones a la misma. Esta limitación en la capacidad condiciona la posibilidad de rechazar el tratamiento pero no en todos los casos. Existe un amplio desarrollo de las instrucciones previas aplicadas en situaciones de enfermedad mental, esperanzador en cuanto a la ayuda en la toma de decisiones y el respeto a los valores de la persona[b].

En algunos foros de usuarios se plantea la cuestión de la inimputabilidad. Cometer un acto delictivo que se califica como inimputable cuando está claramente relacionado con una enfermedad mental, les cuesta la ciudadanía para toda la vida a todas las personas afectadas de enfermedad mental[25].

La vulneración de derechos de las personas afectadas de enfermedad mental es un hecho demasiado frecuente y, en ocasiones, los profesionales somos partícipes de ello. Además de acciones de conocimiento, defensa y denuncia, cambios en nuestra actitud pueden contribuir a un trato más humano, es decir, más complejo pero más enriquecedor. La normalidad no deja de ser la construcción que cada cual hace con lo que tiene, en un proceso para el que necesita de los otros y que le permite ser un ser en relación. Y nuestro trabajo, el de ayudar a alguien con sus valores y creencias a recuperar su autonomía, a lo largo de un proceso que cambia a lo largo del tiempo histórico y biográfico entre la protección y el cuidado y el estímulo de la autonomía.

---

[b] Puede visitarse una amplia selección de bibliografía en la web del National Resource Center on Psychiatric Advance Directives http://www.nrc-pad.org/content/blogsection/9/50/

RESUMEN

El ejercicio de la medicina ha ido adquiriendo una mayor complejidad a lo largo de los siglos que podemos sintetizar en algunos hitos como son los avances tecnológicos y los movimientos pro derechos de los pacientes que han influido de forma muy importante en la consideración de la autonomía como el principio rector de los cuidados. Sin embargo, en la atención a las personas que padecen enfermedad mental, no siempre se respeta este principio ni es el objetivo que justifica el tratamiento. Se repasa la consideración de las necesidades de las personas afectadas de enfermedad mental en distintos modelos asistenciales, la existencia de “brechas” que dificultan la atención y el concurso de las actitudes profesionales en estas brechas.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Santander, F (coordinador): *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: AEN/Estudios 43; 2009. Ponencia de la AEN en el Congreso que se celebró en Santiago de Compostela, en la que se repasan los fundamentos éticos de la profesión y sus aspectos prácticos más controvertidos en el ejercicio de la misma.

Carmona J, del Río Noriega (coord.). *Gestión clínica en salud mental*. Madrid: AEN/Estudios 43; 2009. En la segunda parte del libro, la gestión clínica, hay varios capítulos dedicados a la participación de los usuarios en distintos niveles de la planificación, investigación, formación… en salud mental. Recoge el punto de vista de afectados, familiares y profesionales. Entre otras conclusiones, recoge que existe una importante discrepancia entre su recomendación en diversas estrategias de salud y su aplicación práctica. Incluso cuando a nivel de legislación se potencia la participación directa de los usuarios en la planificación y gestión de los servicios de atención, se ha detectado un interés muy limitado de los distintos recursos para hacer posible una mayor participación de los usuarios y muy poca evidencia de poder compartido. Unas conclusiones para reflexionar.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Katz, Capron. Catastrophic diseases. Who decides wath? : A psychosocial and legal analysis of the problems posed by hemodialysis and organ transplantation. New. York:. Russell Sage Foundation,1975.
(2) Gracia D. Ética Médica. En: Farreras, Rozman. Medicina Interna. 13 ed. DOYMA, 1995.
(3) Rodrigo Bercovitz, La marginación de los locos y el Derecho Madrid: Ed. Taurus; 1976.
(4) Procuradora General del Principado de Asturias. Informe monográfico a la Junta general del Principado de Asturias. La Salud Mental y los Derechos de las personas afectadas en Asturias, 2010. pag 11. www.procuradorageneral.es/pdf/publicaciones/informes_especiales/10_informe_salud_mental.pdf
(5) Bloch S, Chodoff P (eds): Psychiatric Ethics. Oxford: Oxford Medical Publications; 1991.
(6) Desviat M. De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. Ayto de Leganés, 2007
(7) WHO. Mental Health ATLAS 2011. Geneva: WHO; 2011. Puede consultarse en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
(8) Daniel Maltzman. Apoyo comunitario en salud mental. Boletín OPS/OMS marzo 1993, Vol. 114, No. 3: 285.
(9) Desviat M. El riesgo de la contrarreforma. Psiquiatría Pública 1999. Vol. 11. Núm. 2.
(10) http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/11/28/neurociencia/1322501921.html
(11) Uriarte JJ. Asistencia a la Enfermedad Mental Severa, Recuperación y Organización de Servicios Orientados a la Recuperación. Córdoba, Fundación Castilla del Pino, octubre 2003.
(12) Anthony, W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993; 16, 11-23.
(13) Nora Jacobson, Ph.D., Dianne Greenley, M.S.W., J.D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication Psychiatric Services, Apr 2001; 52 (4); 482-485.
(14) J Cullberg. Psicosis, una perspectiva integradora. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2007.
(15) Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Sainbury Centre for Mental Health, 2008 (edición en castellano). http://feafes.org/publicaciones/Hacerrecuperacionrealidad.pdf
(16) Redacción Átopos. Entrevista a Benedetto Saraceno. Átopos, Junio 2011 (11): 73-84.
(17) M. Alonso Suárez, I. Levav, M. Desviat y B. Saraceno. Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, n.º 103, pp. 229-251
(18) Jackowska E. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia–a survey of studies and psychological mechanisms. Psychiatr Pol. 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.
(19) Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83
(20) C Nordt, W Rössler, C Lauber. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. Schizophr Bull. 2006 October; 32(4): 709–714.
(21) Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;(429):51-9.
(22) FEAFES. Propuesta de intervención terapéutica, Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). 2009. http://www.feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf
(23) Ley General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986, páginas 15207 a 15224. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

(24) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf

(25) Raul Velasco. Comunicación en las III Jornadas de la sección de Derechos Humanos de la AEN. Bilbao, 20-22 de octubre de 2011.

8.2. Consentimiento informado. Internamientos involuntarios. Imputabilidad

F Santander, J Medrano

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Concepto y valor del consentimiento informado (CI)

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Documentación Clínica define al Consentimiento Informado como "*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*". En la definición más clásica del American College of Physicians[1] es "*la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente*".

El proceso de información y consentimiento parte del respeto del derecho de las personas a decidir sobre su vida (según sus propias creencias y valores), forma parte de la relación clínica y promueve valores como la comunicación, la corrección de la práctica clínica y el trato no discriminatorio. La justificación del CI es ética (defiende la autonomía de la persona enferma), jurídica (protege a las personas de posibles abusos) y utilitarista (es expresión del mínimo respeto entre personas para permitir una convivencia social). El CI es un elemento básico de la buena práctica clínica y además, al reforzar la alianza terapéutica y comprometer activamente a la persona en su tratamiento, incrementa la calidad de la atención sanitaria.

El CI no es un mero acto administrativo, sino un proceso dialógico de información y consentimiento, un encuentro dialogado y razonado entre personas, cuyas conclusiones deben quedar reflejadas en la historia clínica. Sin embargo, su uso con intención defensiva ha hecho que se confunda el proceso de CI con el documento escrito que refleja el acuerdo (que está reservado para situaciones de riesgo y para procedimientos quirúrgicos e invasores). Solo puede otorgarse CI si la persona recibe información suficiente, comprende esa información, actúa voluntariamente, es capaz de decidir y finalmente elige o consiente. Así pues, los tres principales componentes del proceso de información y consentimiento son la *información*, la *voluntariedad* y la *capacidad* para *decidir*.

2. Información

Conocer acerca de aquello sobre lo que se va a decidir es el requisito previo para poder tomar una decisión. La información ha de ser proporcionada por el profesional que atiende el caso, de forma veraz, continuada y en cantidad y calidad apropiadas y suficientes. El contenido de la información debe referirse al diagnóstico, pronóstico y tratamiento y debe incluir la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención. Como regla general, la información se ha de proporcionar verbalmente (dejando constancia en la historia clínica) y ha de comunicarse en términos comprensibles, adecuados a las capacidades y necesidades de cada persona, con antelación suficiente

para que pueda reflexionar y tomar su propia decisión.

Los profesionales que tratan enfermedades graves o con connotaciones sociales negativas (como muchas enfermedades mentales) pueden temer que la información asuste al paciente o que este abandone el tratamiento o los cuidados de salud (por ejemplo, si se le exponen abiertamente los efectos secundarios de los fármacos). Este temor fomenta a veces la ocultación por presunta "necesidad terapéutica". Para evitarlo habría que intentar crear una relación de confianza, donde la información fluya de modo delicado y continuo, con una disposición abierta a aclarar dudas, con lo que se podrá lograr un mayor compromiso del paciente y mejores resultados terapéuticos.

3. Voluntariedad

La decisión voluntaria es la realizada en libertad, con conocimiento, intención y ausencia de control externo. La relación asistencial es una relación desigual, tanto por el diferente nivel de conocimientos como por la diferente carga de angustia que presentan el profesional y el paciente en ella, que pueda llegar a ejercerse presión mediante la persuasión, la coacción o la manipulación interesada de la información. La manipulación y la coacción no son ni ética ni jurídicamente defendibles, porque impiden una respuesta reflexionada e inducen temor. Sin embargo, podría admitirse la persuasión –siempre que sea guiada por la prudencia– por ser una argumentación racional que deja espacio a la reflexión personal y permite al sujeto tomar finalmente la decisión.

Si se detectan presiones del medio familiar o social del paciente que puedan condicionar sus decisiones, el profesional –desde la neutralidad– debe intentar aminorarlas, facilitando la expresión de la genuina voluntad de la persona. Ciertos síntomas psicopatológicos (obsesiones o compulsiones graves, alucinaciones, ideas delirantes, negativismo, etc.) pueden coartar la libertad del sujeto al afectar su capacidad de discernimiento o su voluntad; aquí, la labor del profesional será objetivar el déficit funcional y demostrar la incapacidad del paciente, facilitando de este modo la toma de decisiones por representación.

4. Capacidad para decidir (Cap)

Para ser válido, el CI debe ser emitido por un sujeto capaz. La capacidad es un concepto complejo, relacionado con el aspecto más operativo o funcional de la autonomía de las personas. Nos referimos aquí a la capacidad para una tarea concreta: la toma de decisiones respecto a cuidados referidos a la propia salud y la entenderemos como la aptitud cognoscitiva para comprender la información que recibe el paciente y la aptitud volitiva para poder expresar lo que más conviene a sus intereses.

La Cap debe presumirse siempre —partiendo de que, en principio, toda persona ha de ser considerada autónoma— y debe demostrarse la incapacidad (mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es capaz). Asimismo, la Cap de tomar decisiones debe contemplarse como un continuum gradual entre la incapacidad total y la capacidad plena. Al ser una cuestión de grado y no existir un umbral que separe con claridad la Cap de la incapacidad, su valoración será necesariamente contingente, de ahí que no exista unanimidad en la doctrina legal (ni en la clínica) sobre los criterios, estándares y formas para evaluarla. Además, la Cap es un atributo de gran variabilidad. Una persona puede ser capaz para una función, pero no para otra y, además, su Cap puede variar a lo largo del tiempo (es el caso de las situaciones en las que hay variaciones del nivel de conciencia). Cuando la incapacidad es modificable la primera tarea del profesional es la de intentar revertir la condición clínica que pueda haber ocasionado la pérdida transitoria de Cap.

En el contexto clínico suelen surgir dudas sobre la Cap en decisiones conflictivas en las que el paciente está en desacuerdo con la propuesta del profesional que le

atiende. Sería injusto considerar incapaz a alguien simplemente porque se opone a una propuesta "sensata" (en el criterio del profesional o incluso de la familia), pero también sería injusto considerar capaz a alguien porque asiente a lo que se le propone, aunque haya motivos fundados para sospechar de una alteración de su nivel de conciencia o de su juicio de realidad.

La riqueza y variedad de la conducta humana y los variados y cambiantes patrones culturales de referencia hacen pensar que será difícil llegar a un sistema que mida con precisión la Cap. Aunque el empeño es complejo, se han hecho valiosos intentos de conseguirlo. En 1977, Roth[2] sugirió que los criterios de Cap podían jerarquizarse de menor a mayor exigencia, en relación con la trascendencia de la decisión a tomar (estrategia ampliada después por Drane[3] y por Buchanan y Brock[4]). La *Canadian Psychiatric Association*[5] también planteó una propuesta para valorar la capacidad para consentir en un tratamiento. Pero los criterios más citados y aceptados son los expuestos por Appelbaum y Grisso[6], plasmados en el *Mac-Arthur Competence Assesment Tool-Treatment (MCCAT-T)*, que explicita cuatro criterios y sus subcriterios:

1) Comprensión (de la enfermedad, del tratamiento, de los riesgos y beneficios)
2) Apreciación (de la enfermedad, del objetivo general del tratamiento)
3) Razonamiento (lógico-secuencial, lógico-comparativo, predictivo, consistencia interna del procedimiento de elección)
4) Elección (expresión y mantenimiento de la decisión).

Como resumen de los aspectos a considerar en la valoración de la Cap en el ámbito sanitario, debemos recordar:

- A priori y mientras no se demuestre lo contrario, toda persona es capaz de tomar decisiones autónomas aunque padezca una enfermedad (incluso una enfermedad mental).
- La valoración se ha de orientar hacia tareas específicas (la decisión sanitaria) y ha de ser realizada de un modo explícito y completo.
- Las previsibles consecuencias de una decisión para la salud del sujeto son las que delimitan su complejidad, por ello han de ser consideradas para estimar el grado de Cap necesaria.
- La Cap puede fluctuar, por lo que hay que prever la posibilidad de un proceso continuado de evaluación. Si la incapacidad es reversible debe emprenderse la terapéutica necesaria antes de valorar al sujeto como establemente incapaz.
- Una decisión no acorde con el criterio común de razonabilidad y sensatez no necesariamente implica que sea una decisión incapaz, aunque puede alertarnos de la necesidad de hacer una evaluación más detenida.
- La resolución sobre la Cap es -como casi todas las decisiones basadas en el juicio clínico- una decisión de incertidumbre, por lo que es preciso un "juicio prudencial" con conclusiones racionalmente argumentadas.

5. Las decisiones por representación

La limitación de los pacientes incapaces para consentir acerca de sus cuidados de salud obliga a buscar a un representante o sustituto que asuma la decisión. Las decisiones por representación son aquellas que son tomadas en nombre y en lugar del paciente incapaz; también se las ha llamado decisiones de sustitución, o decisiones subrogadas).

Los clínicos no son las personas más adecuadas para tomar decisiones por representación pues no suelen tener el suficiente conocimiento de la persona incapacitada (de sus valores, de sus deseos íntimos,…). La persona que sustituye la decisión del incapaz autoriza o deniega una intervención clínica sobre el paciente basándose en lo que cree que será mejor para el representado; en general se acepta que alguien próximo, generalmente un familiar, sea quien pueda ejercer mejor esa función

pues al conocer (y tal vez compartir) valores y creencias del paciente cuando era capaz podrá decidir de una forma más cercana a como lo habría hecho el afectado.

El consentimiento por representación debe realizarse siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, ha de ser adecuado a las circunstancias y proporcional a las necesidades a atender. Existen tres criterios sobre cómo deben ser tomadas las decisiones por representación:

1) *Criterio subjetivo:* Está basado en aquellos deseos del paciente (las preferencias expresadas mientras era capaz) que puedan aplicarse a la actual decisión a tomar. Se ha de tener constancia de que la persona expresó con anterioridad su criterio respecto a lo que desearía que se realizase en una situación clínica similar a la que se encuentra en la actualidad. Es el caso de las *instrucciones previas* (también llamadas *voluntades anticipadas* o *testamento vital*) recogidas y reconocidas en la Ley 41/2002.
2) *Criterio del juicio sustitutivo o criterio del consentimiento presunto:* El representante del incapaz, basándose en los valores y creencias que conoce de él, toma decisiones según lo que considera que hubiera deseado y decidido de haber sido capaz; es un intento aproximado de reconstrucción de la voluntad del ahora incapaz para una situación clínica concreta.
3) *Criterio del mayor beneficio o del mejor interés*: El representante decide lo que a su criterio pueda promover mejor los intereses del incapaz, en la presunción de que proporcionará el mayor bien (valorando factores como la calidad de vida, el alivio del sufrimiento o la restauración de la funcionalidad).

En el caso una persona incapacitada por el juez en sentencia firme, la decisión ha de ser tomada por el representante legal designado. En el caso de un menor de edad, ni emocionalmente ni intelectivamente capaz de comprender el alcance de una decisión, el consentimiento lo ha de dar su representante legal (en este sentido, la Ley 41/2002 señala que si el menor tiene doce años cumplidos esto se hará después de haber escuchado su opinión. Si el menor no es incapaz ni incapacitado y está emancipado o tiene dieciséis años cumplidos, no es posible el consentimiento por representación, pero si –a criterio del facultativo– se trata de una actuación de grave riesgo, los padres serán informados y se tendrá en cuenta su opinión para la toma final de la decisión). Finalmente, si no es pertinente la designación de un representante legal, se puede considerar como representante del incapaz a la persona designada voluntariamente por él con anterioridad o a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Las decisiones por representación en menores o personas incapacitadas legalmente siempre deberán guiarse por el criterio del "mayor beneficio", que de no cumplirse podría hacer cuestionar la decisión. Si los profesionales sanitarios considerasen que las decisiones tomadas por el representante o tutor pudieran perjudicar al tutelado, deberían ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial pues las funciones tutelares se han de ejercer en beneficio del tutelado, y están bajo la salvaguarda de esta autoridad.

6. Excepciones al consentimiento informado

Se debe informar siempre, salvo que el paciente haya manifestado su voluntad de no ser informado (en este caso se informará al representante legal, a los familiares o a las personas en quien haya delegado el paciente). Otras excepciones posibles son la falta de capacidad para entender, la existencia de razones de necesidad terapéutica que aconsejen limitar la información y facultan al profesional responsable del caso a actuar sin informar al paciente (siempre que lo argumente razonadamente y deje constancia escrita de ello en la historia clínica, debiendo comunicar esta decisión a las personas vinculadas al paciente), y finalmente, las situaciones explícitamente previstas en las

leyes (el riesgo inmediato y grave para la integridad de la persona enferma sin que sea posible conseguir su autorización para una intervención terapéutica de emergencia y el riesgo grave para la salud pública).

INGRESO INVOLUNTARIO (Inv)

El Ingreso Involuntario se reguló inicialmente en la legislación española hace 125 años, con una norma que fue modificada en la II República. La aprobación de la Constitución de 1978 lo convirtió en un hecho anómalo que choca con las disposiciones contra la detención arbitraria, lo que hizo preciso buscar su encaje normativo sin contravenir los derechos de los pacientes.

La fundamentación jurídica y filosófica del ingreso involuntario puede responder a dos argumentos. El primero es la protección del individuo o de la comunidad porque la enfermedad implica una peligrosidad que ha de atajarse mediante el internamiento y el tratamiento. En este supuesto, lo importante es la indicación del ingreso (es necesario porque se aprecia peligrosidad en el individuo), y el fundamento es el del llamado *poder policial* del estado. El otro argumento es la protección del individuo frente a su enfermedad y el deterioro de su salud y su funcionalidad que entrañaría su rechazo del tratamiento. El fundamento, aquí, es el poder paternalista del estado (*parens patriae*), que se impone al individuo a quien se estima incapaz de tomar la decisión de ingresar. La indicación no es tan trascendente y el criterio de peligrosidad no tiene un peso exclusivo, aunque evidentemente se evalúa previamente al planteamiento de ingreso.

Desde 1983, con el Art. 211 del Código Civil, que hablaba del "presunto incapaz", la normativa española basa el Inv en la incapacidad y por lo tanto en una fundamentación paternalista. El precepto legal actualmente en vigor es el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), que ratifica además la obligación enunciada por primera vez en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de que el internamiento de menores se realice siempre en establecimientos específicos. En relación con el Inv, el Art. 763 establece que "*el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento*". Aunque el artículo se refiere al "*Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*", nada dispone en torno a la voluntad y se centra en que la persona esté o no en condiciones de decidir acerca del ingreso; por lo tanto, en un juicio de capacidad o competencia, que realizará quien decida el internamiento. Sería, pues, más ajustado hablar de ingreso incompetente.

El ingreso y la retención en el hospital del paciente requieren autorización judicial, siendo competente el tribunal del lugar donde resida la persona afectada. La autorización será previa al internamiento, salvo que fuera necesario un ingreso inmediato. En tal caso, el responsable del centro debe informar al tribunal competente en un máximo de 24 horas. A su vez, la autoridad judicial debe ratificar o denegar su autorización en un plazo máximo de 72 horas desde que recibió la notificación del internamiento.

El procedimiento sobre Inv es eminentemente garantista. Antes de conceder la autorización (si es un ingreso ordinario) o de ratificar el internamiento ya efectuado (si ha sido urgente), el tribunal debe oir a la persona afectada, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o sea solicitada por el afectado. También debe examinar al paciente y oír el dictamen de un facultativo. Finalmente, en todas estas actuaciones, la persona afectada puede disponer de representación y defensa. Todos estos pasos consumen mucho tiempo, lo que ha podido contribuir a que el grueso de los Inv se realice en nuestros días por vía de urgencia. Las cautelas previstas por la ley incluyen la posibilidad de presentar recurso de apelación contra la

decisión que adopte el tribunal, y la obligación que tienen los facultativos que atiendan al paciente de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida o sobre otros aspectos.

En diciembre de 2010, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional el Art. 763 de la LEC, aceptando el argumento, planteado por un Juzgado de A Coruña, de que por ser una norma que afecta a derechos fundamentales, debe estar recogido en una Ley Orgánica y no en una Ley Ordinaria. La sentencia, sin embargo, no anuló el artículo, aduciendo que la jurisprudencia lo permite y que no sería práctico hacerlo, pero instó al legislativo a corregir el error.

IMPUTABILIDAD Y MEDIDAS DE SEGURIDAD (MS)

La imputabilidad es la capacidad del individuo para entender que su conducta lesiona los intereses de otras personas y para adecuar su actuación a esa comprensión. En el plano jurídico es la base de la responsabilidad y la culpabilidad. El Art. 20 del Código Penal de 1995, como reflejo de ello, declara exentas de responsabilidad criminal a las personas que al tiempo de cometer la infracción no pudieran comprender, a causa de "*cualquier anomalía o alteración psíquica*", la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. También se exime a quienes cometieran una infracción penal sin poder comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión por encontrarse "*en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias*", y a quienes por sufrir "*alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tengan alterada gravemente la conciencia de la realidad*". También es eximente el *trastorno mental transitorio* (un paraguas multiuso psiquiátrico - legal propuesto por Sanchís Banús e introducido en el Código Penal de 1932), siempre que el sujeto no lo hubiese provocado con el propósito de cometer el delito o hubiera podido prever o debido prever su comisión. Si el juzgador encuentra que no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad por estas causas, la responsabilidad criminal no desaparecerá pero sí se verá atenuada.

Tal como se definen los eximentes (o atenuantes) de contenido psiquiátrico, no todos los trastornos mentales eximen de la responsabilidad criminal. Solo lo hacen aquellos cuyo contenido psicopatológico puede ponerse en relación directa e indubitada con el comportamiento criminal. Es preciso, por lo tanto, demostrar que la enfermedad interfirió en el "conocimiento" y la "voluntad". Son casos típicos de esta interferencia los actos de base delirante o alucinatoria, las intoxicaciones agudas, los comportamientos relacionados con déficit intelectual primario (retraso mental) o adquirido (demencias) y los comportamientos impulsivos, estén relacionados o no con el uso o abstinencia de drogas.

La finalidad del Derecho Penal no es solo castigar al delincuente, sino también proteger a la comunidad, por lo que se plantea el riesgo de que la persona que ha infringido la ley penal por ser incapaz de conocer o comprender sus preceptos o por no poder actuar conforme a esos preceptos aunque los conozca o comprenda tenga una disposición a reincidir en su conducta y provocar nuevos daños. Por ello, la legislación prevé la aplicación de medidas de seguridad, cuando el juzgador encuentra que se puede prever un "*comportamiento futuro que revele la probabilidad de cometer nuevos delitos*", esto es, un riesgo de reincidencia. Si no se aprecia la existencia de tal riesgo, la persona declarada inimputable no será objeto de ningún abordaje especial.

Las MS previstas en nuestro ordenamiento jurídico se diferencian en función

de que entrañen o no una privación de libertad. Las MS privativas de libertad son el Internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabituación y el internamiento en centro educativo especial. Solo se aplican cuando el individuo ha cometido un delito para el que la ley prevé una pena privativa de libertad (prisión) y su duración no puede superar a la pena de cárcel que hubiera correspondido al sujeto de haber sido declarado imputable.

Las MS no privativas de libertad se dividen por su duración máxima (hasta 5 y hasta 10 años). Con la modificación introducida por la Ley Orgánica 5/2010, la "*sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario*" pasa a figurar, junto con otras medidas muy variadas, en el apartado de "*libertad vigilada*". En concreto, el Art. 106 del Código Penal incluye ahora dos MS de interés en Salud Mental: la obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares y la obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico. La nueva norma permite la imposición de MS una vez cumplida la pena por delitos de terrorismo y contra la libertad sexual.

La ley prevé que las MS sean flexibles. El tribunal sentenciador puede decretar su cese en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal, sustituir la MS por otra que se estime más adecuada, para volver a la primera si resultase que el sujeto evolucionara desfavorablemente, o dejar en suspenso su ejecución si se considera obtenido el resultado perseguido cuando se impuso (desaparición de la peligrosidad). La suspensión no es indefinida, sino que tendrá como límite el tiempo máximo señalado en la sentencia que impuso la MS.

Las MS entrañan responsabilidades para el sistema sanitario. En primer lugar, la de colaborar recibiendo al paciente para su cumplimiento en forma de internamiento o de tratamiento ambulatorio. El terapeuta no tiene potestad para decidir el alta, aunque sí para proponer la extinción de la medida y su sustitución por otra (por ejemplo, el paso de ingreso a tratamiento comunitario). En pacientes hospitalizados tampoco se pueden decidir permisos o salidas sin contar con la aprobación del Juez de Vigilancia Penitenciaria. Se deben emitir los informes evolutivos que se reclamen en la sentencia y todos aquellos que se consideren relevantes para facilitar la decisión sobre el mantenimiento, modificación o suspensión de la medida. En último término, la cooperación para la ejecución de las MS resulta frecuentemente incómoda por restablecer abiertamente la vieja función custodial o de control social de la Psiquiatría y enrarecer la relación terapéutica por la imposición externa de tratamiento.

RESUMEN

El Consentimiento Informado se fundamenta en el respeto a las personas y aporta calidad a la relación asistencial. Sus requisitos son la información, la voluntariedad y la capacidad para tomar decisiones. Cuando la capacidad de la persona está disminuida o anulada surge la necesidad de tomar decisiones por representación.

La regulación del ingreso involuntario en la legislación española se encuentra en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Se prevé un procedimiento ordinario y otro de urgencia y en ambos casos se garantiza la tutela judicial.

Las personas declaradas inimputables por razón de trastorno mental o dependencia o abstinencia de drogas pueden ser sometidas a medidas de seguridad privativas o no de libertad para reducir el riesgo de reincidencia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica. http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf. Es el referente legal de la práctica asistencial en España. Elaborada con criterios plenamente impregnados de conceptos éticos, plasma de modo claro y preciso la sensibilidad ética actual en el ámbito sanitario.

Fernando Santander Cartagena F, Morera Pérez B. Ética en Psiquiatría. En: Leal C, Vallejo J (editores). Tratado de Psiquiatría (2ª edición). Volumen II. Barcelona: Ars Médica, 2010. Cap 170. pp: 2796-2808. Texto que repasa de modo sintético y actualizado las cuestiones éticas más relevantes de la práctica asistencial psiquiátrica.

Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM Tratado de Psiquiatría Legal y forense, Cuarta edición. Madrid: La Ley, 2011. Obra clásica de la Psiquiatría Legal en España, estructurada en tres partes (Psiquiatría forense; Psiquiatría y derecho - Psiquiatría y derecho penal - El autor del delito; revisión de los Trastornos psíquicos en su dimensión legal).

Para una versión actualizada de las leyes que rigen los aspectos contemplados en este capítulo puede visitarse http://noticias.juridicas.com/

BIBLIOGRAFÍA

(1) American College of Physicians: American College of Physicians ethics manual. An Intern Med 1984; 101: 129-37; 263-74.
(2) Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134: 279-284.
(3) Drane JF. The many faces of incompetence. Hastings Center Report 1985; 15: 17-21.
(4) Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. New York: Oxford University Press, 1989.
(5) Draper RJ, Dawson DD. Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist. Can J Psychiatry 1990; 35: 285-289.
(6) Grisso T., Appelbaum PS, Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.

8.3. Confidencialidad e información

Miguel Anxo Garcia Alvarez

CONFIDENCIALIDAD, INTRODUCCIÓN

Entre las reglas de importancia ética que aparecen como comunes en los diferentes marcos culturales destaca el respeto a la privacidad de las personas, sea cual sea el contenido de esta en cada contexto de existencia sociocultural concreto. Entre los principios éticos universales se encuentra el respeto a la autonomía de las personas, que se realiza, entre otras posibilidades, en su consentimiento para el acceso a su espacio privado, y en el derecho a su protección y a la confidencialidad de la información que se adquiera sobre ese mundo y su intimidad.

A su vez, entre las normas deontológicas más antiguas de la profesión médica, y por extensión de todas las profesiones sanitarias, se encuentra la obligación de guardar secreto sobre lo que se conociere en el hacer profesional. Pero como consecuencia del devenir histórico, al mismo tiempo que se progresó en el desarrollo de los derechos de las personas y en los cambios sociales de los que estos son parte, lo que fue una obligación autoimpuesta por los médicos (el secreto) en referencia a un ideal moral propio se transformó en una obligación profesional derivada del derecho del otro (el paciente) a disponer de la información sobre su intimidad. Este cambio es decisivo para entender las diversas cuestiones que nos plantea actualmente la obligación que tenemos de respeto a la privacidad y a la intimidad de las personas en nuestra acción profesional.

No podemos dejar de señalar como marco de esta cuestión la importancia que debemos dar a la condición social de la atención a la salud mental. El doble encargo (de orden y terapéutico, indisociables) que marca el nacimiento de la psiquiatría es el constiuyente nuclear de la identidad de todas las disciplinas científico-profesionales que operan en la atención a la salud mental. Es también un poderoso determinante de su forma de relación con la pobreza, la marginación y la injusticia social. Su posición frente a las cuestiones éticas y a los derechos de las personas es siempre contradictoria, y por ello llena de riesgos y magníficas potencialidades de desarrollo y de contribución social. También de destrucción. Ello nos sitúa ante la necesidad de una actitud activa y crítica, desconfiante de la neutralidad, frente a las cuestiones éticas y legales que se ven implicadas en la atención a los pacientes psiquiátricos y a las necesidades de salud mental de la comunidad.

INTIMIDAD. PRIVACIDAD. CONFIDENCIALIDAD

En el proceso histórico de la Ilustración se fue creando una nueva conciencia del ser humano al que se definirá con atributos de dignidad, autonomía y libertad. Se ponen las bases de esta forma para la creación de un espacio propio, íntimo y privado, que posteriormente será objeto de derecho a ser resguardado de los otros, incluido el Estado. Se va así definiendo el derecho a la intimidad, al honor y a la privacidad.

La intimidad, desde la conciencia que tenemos de nosotros mismos en el período histórico en que existimos, es algo inherente al ser humano. Es un concepto complejo. Se vincula directamente a la dignidad y la libertad. Su contenido está referido a:

- lo que conocemos de nosotros mismos y a lo que los demás sólo pueden tener acceso con nuestro consentimiento o a partir de nuestra conducta pública.
- nuestro interés en el control sobre aspec-

tos de nuestra vida y de información sobre la misma, frente a la intromisión no deseada o elegida de los otros.
- espacio de acciones, conductas y relaciones, incluido espacio físico, con acceso autorizado explícitamente y muy selectivo a otras personas.

La preservación de la intimidad es expresión de respeto a la dignidad del otro y de protección de su libertad a disponer de aquello que solo a él/ella le pertenece y que conforma su identidad/personalidad.

La defensa de la intimidad hace factible la convivencia al respetar la pluralidad de las personalidades, lo que la constituye en base de la democracia y el pluralismo.

Con el término privacidad nos referimos a una dimensión de la persona (espacio, acciones, relaciones y derechos) excluida de la intromisión de los otros, dirigida por la propia elección y realizada como expresión de la autonomía moral propia del ser humano. Es un derecho que materializa en el ordenamiento jurídico la protección de la intimidad como valor moral, aunque incluye y se refiere a un conjunto de facetas más amplias que las de ésta, y que no poseen en si mismas su valor intrínseco pero que, en conjunto, conforman la personalidad que el individuo tiene derecho a guardar reservada.

Con especial relevancia para nuestra acción profesional hemos de recordar que corresponden también al ámbito de la intimidad las decisiones que la persona adopta sobre su propia salud o asistencia sanitaria, y que es contenido de la privacidad y de particular importancia en personas institucionalizadas la libertad de comunicación, el respeto al desarrollo de relaciones sin intromisión, la posesión de espacio y pertenencias propias, y el acceso previa solicitud y autorización a su espacio privado.

El valor intimidad en tanto que tal ha de ser cuidado en la acción sanitaria, con consciencia de que en todo encuentro asistencial se produce intromisión en el ámbito privado y que estamos obligados a evitar, o en su imposibilidad a reducir, el daño que nuestra acción profesional pueda causar a lo que es valioso.

La confidencialidad hace referencia tanto al derecho de respeto a la intimidad, como al deber de administración, con limitación y control, de la información obtenida en el ejercicio profesional, al introducirnos en el espacio privado de la persona.

La intimidad posee un significado subjetivo y cultural. La información reveladora de la misma tiene valor intrínseco, y por tanto independiente de su contenido. La atribución de valor corresponde a la persona de la que informa, y a ella le corresponde también determinar lo que es íntimo o no, modificándolo en uso de su derecho según sus circunstancias e intereses.

La confidencialidad, a la que las personas tiene derecho respecto a la información que revelan en la recepción (a veces sometimiento) de atención sanitaria, es un derecho instrumental mediante el cual pueden hacer efectivos otros: la libertad y la autonomía. Pero también es posibilitadora del establecimiento de la relación de confianza y con ello, en si misma, imprescindible para crear la relación asistencial. En nuestro ámbito específico, sin la confianza que la garantía de confidencialidad crea, la intervención psicoterapéutica e, incluso la misma acción terapéutica, serían imposibles.

ESPECIFICIDAD DE LA CUESTION EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL Y LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

En nuestro ámbito específico de existencia profesional la cuestión de la confidencialidad y su sustrato de respeto y protección a la intimidad y privacidad de las personas, adquiere un sentido y valor especial por ser especiales en intensidad y calidad los riesgos que pesan sobre ella. Y por ser también de específica importancia su respeto para el mismo proceso terapéutico que pretendemos sustentar, que a menudo conlleva verdaderos procesos de construcción, reconstrucción y/o protección de la identidad personal.

Algunos de los riesgos más importantes para la protección de la confidencialidad pueden provenir de:

- el estado de vulnerabilidad que con frecuencia acompaña a la enfermedad mental, que tanto puede conllevar menos capacidad de autodefensa de derechos como vulneración de los mismos debido a la misma consideración inadecuada de la vulnerabilidad.
- las frecuentes limitaciones de competencia para la autodirección personal.
- los efectos sociales de la conducta, a veces como consecuencia de acontecimientos creadores de alarma o instrumentalizables informativamente.
- la cantidad y heterogeneidad de intervinientes en la atención a la salud mental, con formas organizativas y procesos para la prestación de atenciones y cuidados que implican a muchas personas de muy diferente cualificación, y con fronteras difusas entre las intervenciones regidas por principios sanitarios y las sociales regidas por otros determinantes.
- la frecuente implicación de otros (significativos o no) ajenos al paciente en la aportación de información sobre el mismo, su enfermedad, su evolución u otras facetas importantes de la atención.
- el carácter específico de la información que interesa a la comprensión y atención en salud mental, que nos aboca al conocimiento de importantes parcelas de la intimidad personal, a la frecuente observación de la privacidad, y a la costumbre, y a veces necesidad de participación profesional en la misma con una aparente implicación personal, que conlleva riesgos de distorsión y alteración de aquella aunque sólo sea por el mero efecto de la observación.
- la obtención, a veces, de información no generada voluntariamente.
- la particular presencia de la sociedad en la vida de muchos pacientes a través de la Administración de Justicia, sea para procesos relacionados con la responsabilidad delictiva o para determinar resoluciones sobre aspectos esenciales de la autonomía/privacidad personal.

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL HACER ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

La protección de la intimidad de las personas adopta diferentes formas en la intervención sanitaria. Una de ellas es el respeto a la confidencialidad de la información conocida. Pero el respeto a la intimidad es mucho más que esto y, por supuesto, mucho más que la adecuada gestión de la protección de datos.

Toda atención a la salud exige que el paciente franquee la entrada a su espacio privado y revele en mayor o menor medida contenidos de su intimidad. Independientemente de la conciencia de valor que a ello le otorgue el paciente, hemos de ser prudentes y autolimitarnos. Es así que la protección de lo valioso comienza por la mínima invasión de su espacio y vida, que se concreta en el acceso a la información mínima necesaria sobre el otro.

Ese acceso ha de estar justificado objetivamente en la necesidad de prestar atención a su salud (evitar la arbitrariedad) y los procedimientos previstos (acciones, protocolos, programas, procesos asistenciales) han de considerar la minimización de esa invasión que se traduce en medidas prácticas concretas. Esta norma general es de aplicación en todo lo referido al respeto a la privacidad del paciente en cualquier fase (intervinientes/prestación/espacio) del proceso asistencial.

Son principios generales para la protección de la confidencialidad:

- conciencia profesional de la importancia de la misma.
- organización de la actividad asistencial orientándola a su protección.
- el propietario de la información confidencial es el paciente.
- el acceso a la información confidencial del paciente sólo está justificado para quienes tiene una función asistencial obligada con el mismo (confidentes necesarios).

- los pacientes han de autorizar la obtención de información y tienen derecho a acceder, rectificar, y controlar la divulgación y tratamiento de sus datos sanitarios mediante consentimiento específico. El derecho de cancelación de datos sanitarios tiene limitaciones propias.
- en el ámbito de salud mental se han de considerar los riesgos específicos antes descritos.
- en caso de incapacidad del paciente debe realizarse valoración en cada situación concreta sobre la implicación del representante legal en el conocimiento de información obtenida en el marco de confianza asistencial, así como sobre su participación en las decisiones sobre uso de la información.
- en situaciones en que, por razones asistenciales, se ha de compartir información que conlleva desvelamiento de intimidad se ha actuar guiados por principios de conocimiento del paciente, proporcionalidad y entrega de mínima información necesaria.
- tras la muerte del paciente la información disponible para personas vinculadas, excepto disposición expresa, será aquella que no afecte al honor del mismo y que pueda ser necesaria para evitar perjuicios injustos a otros.
- el paciente ha de ser conocedor, aún en supuestos de incapacidad y excepto renuncia expresa, de la información que se recoge sobre él, su finalidad, su conservación, su accesibilidad a otros, el tratamiento de sus datos y sus derechos ante la misma, incluido, en los casos con implicaciones judiciales, el límite de la confidencialidad y el derecho de no proporcionar una información que pueda perjudicar su derecho de defensa, y sin que de ello se pueda derivar una interpretación prejuiciosa del facultativo.
- en los casos de modificación de equipos/espacios asistenciales el paciente ha de autorizar la transmisión de información sobre él mismo, su contenido, y conocer quien la recibirá. Se respetará su derecho a oponerse.

Pero el derecho de las personas a la protección de la confidencialidad de la información obtenida en la atención sanitaria no es absoluto, como no lo es ningún derecho. El valor que expresa y protege el derecho ha de equilibrarse con otros que puedan encontrarse en competencia con el mismo. Es así que la protección de la confidencialidad tiene sus condicionantes en: la evitación de un daño grave para el paciente (sólo en supuesto de paciente incompetente), la evitación de un daño importante para otros (ya sea como efecto de su ruptura o de su protección), el imperativo legal (en tanto que, en sociedades democráticas, es garantía racional de justicia).

La ruptura del deber de protección de la intimidad del paciente a través de la vulneración de la obligación de confidencialidad, al desvelar información obtenida en el proceso asistencial, exige motivos poderosos. Es por ello que en relación a los supuestos antes citados hemos de:

- ponderar los perjuicios a evitar y a causar, valorar la proporcionalidad de lo que se pone en juego, y si fuera posible consultar con colegas u órganos asesores (comités de ética) previo a adopción de decisión.
- valorar la importancia de los intereses en conflicto (gravedad y trascendencia de las cuestiones en juego).
- estimar la probabilidad de que ocurra el resultado indeseable.
- considerar la inminencia del resultado indeseable.
- tener en cuenta la existencia de autoridad a la que informar.
- concluir en la no existencia de otras posibilidades de evitar el daño.
- considerar la posibilidad real de que la divulgación de la información sea útil para evitar el daño estimado.
- limitar la información a desvelar a la que sea estrictamente necesaria.
- organizar un procedimiento cuidadoso que ha de conllevar explicación al paciente o a su representante orientada a facilitar su propia participación, información a los mis-

mos del desarrollo de la revelación de información, y registro cuidadoso y puntual de todo el proceso seguido y de sus motivos. Sin embargo, no se informará al paciente o representante en el caso de prever que la evitación del daño sería imposible si se revelara con antelación la intención de divulgar la información.

En la atención en salud mental se pueden crear, además de los supuestos de ruptura antes mencionados, situaciones específicas que aumentan el riesgo de desprotección de confidencialidad. Las señalaremos a continuación:

- menores de edad: hemos de ser capaces de ver en el menor una persona con derecho al respeto a su intimidad con la dimensión y contenidos propios de la etapa vital en la que se encuentra, y desde este planteamiento valorar las cuestiones que han der ser reservadas en la comunicación asistencial y cuales deben ser reveladas porque proporcionarán un beneficio superior.
- tribunales de justicia: su misión reclama una disposición cooperativa, además de que su capacidad es impositiva. Ha de considerarse en cada caso la forma en que los daños sobre la confidencialidad se minimicen en aplicación del principio de proporcionalidad, lo que puede requerir una delimitación de la información necesaria para que los tribunales resuelvan los que es de su competencia. Ha de advertírseles a los pacientes de los riesgos para sostener el compromiso de confidencialidad en los casos con implicación judicial.
- personas en estado de incapacidad: sus responsables legales tienen derecho y obligación de tutela de la información ejerciendo la representación por sustitución, pero deberemos valorar en cada ocasión que información interesa guardar en el ámbito confidencial por su escasa relevancia para la mejor protección de los derechos del paciente, pero de interés para el cuidado de la intimidad y la relación asistencial. Los criterios de protección de sus derechos (que corresponde al representante) y proporcionalidad de los daños/ beneficios son los que han de orientarnos.

La protección de la confidencialidad y la promoción de la misma es una tarea que, aunque con diferentes niveles de responsabilidad exigible, implica a todos los agentes intervinientes en la atención a la enfermedad mental. Con ello nos referimos desde a las actitudes de los pacientes exigentes con el derecho y la no intromisión en la vida de los otros, hasta el cambio de conductas y resituación del centro de gravedad del origen del deber que deben hacer los clínicos, pasando por las modificaciones físicas en los espacios en que se presta la asistencia, y sumando el adecuado cumplimiento de sus obligaciones por las direcciones institucionales en relación al control de las bases de datos, a la facilitación del ejercicio de derechos y a la promoción de los cambios actitudinales y técnicos necesarios para posiblitar la mejora, y finalizando por la acción de los agentes colectivos (asociaciones científicas-profesionales y de afectados) que legitimen, sensibilicen, denuncien y propongan cambios ante esta cuestión.

RIESGOS ACTUALES A LA CONFIDENCIALIDAD

La importancia de los riesgos se deriva en primer lugar de la importancia del bien amenazado. La protección de la intimidad a través de la protección de la confidencialidad de la información personal entregada en contextos de confianza (por ejemplo: el sanitario) sustenta la libertad y la autonomía. El bien implicado es muy importante. Los riesgos entonces, de partida y si los hubiera, no pueden ser considerados pequeños.

La sensibilidad profesional ante esta cuestión quizás haya aumentado, pero es más dudoso que esté ocurriendo lo mismo en el ámbito poblacional general. En los espacios que reflexionan sobre la ética y el desarrollo legal la cuestión es recurrente y tema principal.

El desarrollo tecnológico trae consigo riesgos relacionados con la capacidad de

obtención, almacenamiento de datos, recopilación, tratamiento, y transmisión de los mismos. Pero ante los riesgos tecnológicos son posibles respuestas de precaución tecnológicas, a pesar de que en pocas ocasiones alcancen a ser preventivas.

La causa de los riesgos no es en lo fundamental distinta ahora y en el pasado, y tiene que ver directamente con la importancia social que concedemos al valor implicado y al derecho que lo protege, y en el ámbito sanitario con la consciencia que tenemos sobre quien es el titular de aquel y que implicaciones tiene para nuestra acción.

En otro plano se sitúa el riesgo creciente derivado de la confusión entre protección de la intimidad y protección de datos, que crea una falsa percepción de seguridad del valor por el mero hecho de haber desarrollado norma legal en relación a los datos.

Como riesgo específico en salud mental debemos resaltar la consideración que de la historia clínica psiquiátrica se hace por los tecnócratas del tratamiento de datos, que resuelven la reclamación de su consideración específica remitiendo a una respuesta general tal como que la atención psiquiátrica es una atención sanitaria más, con lo que no avanzan en una mejora de la protección de aquella.

Y ya por fin, como en otras épocas (y muy en relación con los motivos y acontecimientos que hicieron nacer la bioética) hay que resaltar que las mayores amenazas no se encuentran en el ámbito asistencial en el que las personas aún mantienen un cierto control directo sobre la información que proporcionan o tratan, sino que es en el ámbito de la investigación en donde se encuentran las amenazas más importantes a la protección de la intimidad (y de ello constituye buen ejemplo la investigación genética y la dificultad para garantizar el control de los individuos sobre la información generada sobre ellos mismos o sus familiares o relacionados biológicamente). A su vez no dejaremos de apuntar, ya que es una referencia directa a nuestras formas de obtención de conocimiento, que la investigación comportamental humana conlleva una mayor invasión de la privacidad que la biomédica.

INFORMACIÓN, EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

La información en el ámbito asistencial sanitario se ha vinculado directamente a las cuestiones referidas al acceso por la persona al conocimiento del diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad y a la opción de tratamiento, y a la protección de la confidencialidad sobre la información privada.

Ha de señalarse que el reconocimiento por parte de la Medicina del derecho de las personas a ser informadas (otra de las acepciones de secreto médico era en el pasado la referida a la libertad del médico para devolver lo que conocieren de la persona a ella misma), y a decidir, le ha venido impuesto a la ética médica desde la evolución jurídica como efecto del desarrollo positivo de los derechos de las persona.

El derecho a la información no depende de ningún otro requisito, es incondicionado. Las personas tienen derecho a conocer toda la información que se refiere a ellas en todo lo relativo a las actuaciones que las implican en el ámbito de la salud. Tienen también el derecho a que se respete su voluntad de no ser informados, a no saber, ya que el ejercicio de un derecho no puede constituirse en condición penosa de su existencia. El respeto a este derecho se fundamenta en el derecho a la libertad y es condición para el ejercicio de la autonomía. Es también requisito para el consentimiento.

La información clínica/asistencial es parte integrante de todas las actuaciones del proceso asistencial.

Ha de ser verdadera, comprensible, adecuada a las necesidades de la persona y orientada a la facilitación de la adopción de decisiones.

Será responsable de garantizar la satisfacción de este derecho, en la dimensión clínica, el facultativo responsable de la

asistencia, pero también tienen responsabilidad todos los profesionales que atienden al paciente en todo lo referido a su intervención específica en el proceso asistencial.

El titular del derecho a la información es el paciente, que en supuesto de incapacidad será sustituido por representante legal o tutor. Sin embargo el estado de incapacidad no exime del cumplimiento de la obligación de informar de forma adecuada a la condición de la persona, como en cualquier otro caso. Esta afirmación ha de hacerse extensiva a la información a proporcionar a personas menores de edad.

Sólo en situaciones excepcionales la información podrá limitarse. En la medida que esa limitación afecta a la autonomía de la persona, su autorización ha de interpretarse restrictivamente, y ha de justificarse en la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica en el que por razones objetivas el conocimiento de la información podría perjudicar de forma grave al paciente. En estos casos la voluntad beneficente se impone sobre la autonomía. Es lo que se denomina "privilegio terapéutico". Su estatus legal es frágil y sólo pueden ser resueltas las contradicciones que plantea en cada caso concreto.

LA INFORMACIÓN ES UN PROCESO

La materialización de un derecho no puede dañar a su titular. La información sanitaria clínico-asistencial ha de integrarse en el proceso relacional de la atención a prestar. Ello obliga entonces a cuestionarse sobre los procesos asistenciales existentes, sobre la posibilidad que tienen tanto por los agentes intervinientes como por los marcos en que se producen, como también por los contenidos y formas que manejan, acerca de su capacidad para proporcionar información terapéutica.

Ha de resaltarse que la información, en tanto que derecho, requiere de la forma adecuada para evitar que se satisfaga sólo formalmente.

OTROS CONTENIDOS INFORMATIVOS

En el derecho a la información que tiene las personas también se ha de resaltar la obligación que tiene las autoridades sanitarias de proporcionar información sobre las condiciones que puedan crear riesgos de salud (en términos verdaderos, comprensibles y adecuados).

También se han de satisfacer las necesidades de información de las personas relativas a los servicios sanitarios disponibles, a los derechos asistenciales incluido el derecho de reclamación, y al uso de los mismos.

RESUMEN

La obligación de confidencialidad sobre la información obtenida en la atención sanitaria es consecuencia del derecho de la persona a proteger su intimidad, condición de su libertad y autonomía.

- La defensa de la intimidad posibilita la convivencia en la diversidad, y con ello la sociedad democrática y el pluralismo.
- Son también decisiones que corresponden al ámbito de la intimidad las que la persona adopta sobre su salud y asistencia sanitaria.
- Es de especial importancia el respeto y potenciación de la privacidad en las personas que desarrollan su vida en contextos institucionalizados.
- En todo encuentro sanitario se ha de evitar dañar el valor intimidad, invadiendo lo imprescindible ese ámbito exclusivo de la persona.
- La confidencialidad se refiere tanto al derecho de respeto como a la obligación de respetar el contenido de intimidad conocido.

- En el ámbito específico de atención a la salud mental la intimidad de las personas está sometida a riesgos específicos, que han de ser controlados con medidas reforzadas de protección de la confidencialidad.
- La protección de la confidencialidad es mucho más que la protección de datos. La confusión de ambas es una amenaza real a la protección de la confidencialidad.
- El derecho a la protección de la confidencialidad está moderado por la concurrencia de otros derechos, y en determinadas situaciones ha de preverse su ruptura, que ha de realizarse desde una consideración cuidadosa de la proporcionalidad de los bienes en conflicto.
- La protección de la confidencialidad exige el compromiso con acciones específicas de todos los agentes implicados en el proceso asistencial.

La información es un medio para el ejercicio de la autonomía.

- El derecho a la información es incondicionado por lo que ha de satisfacerse en toda relación asistencial.
- El titular del derecho a la información es el paciente.
- La información a proporcionar ha de ser total, veraz, comprensible, adecuada y útil.
- La condición de incapacidad del paciente no exime de la obligación de informar de forma adecuada a su capacidad de comprensión y necesidad de información.
- El ejercicio de un derecho no puede dañar a su titular.
- El paciente puede renunciar a recibir información.
- Sólo excepcionalmente y en caso concreto se justifica la no satisfacción del derecho a la información.
- Es fundamental atender a como se informa para garantizar la satisfacción del derecho de la persona.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Buisán L. y Sánchez A. (Coords.). *Intimidad, confidencialidad y protección de datos de salud. Aportaciones del IV Seminario Internacional sobra la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Pamplona:* Ed. Civitas, 2011. En esta obra se consideran las diferentes cuestiones que hoy están comprometidas en el desarrollo que se está produciendo en el tratamiento de la información biomédica y sanitaria, desde la perspectiva de los Derechos Humanos y con particular atención a los riesgos para la protección de la privacidad.

Observatori de Bioética i Dret. Universitat de Barcelona. www.bioeticayderecho.ub.es/normativa. El OBD es una puerta de entrada excelente al mundo de la bioética. Directamente en este enlace se remite a una extensa relación de normativa fundamental para las cuestiones desarrolladas en el capítulo.

OTRAS LECTURAS RECOMENDADAS

Júdez J., Nicolás P., Delgado M.T., Hernando P., Zarco J., Granollers S.. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Brac) 2002; 118(1): 18-37.

O.M.S. Legislación sobre salud mental y derechos humanos (Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental).Barcelona: EDIMSA, 2005.

Sánchez Carazo C. La intimidad y el secreto médico. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2000.

8.4. COMPETENCIA Y CAPACIDAD

Ana Moreno, Manuel Desviat

La Reforma Psiquiátrica, con el desplazamiento del eje de atención a la comunidad para los pacientes con trastornos mentales graves, la progresiva aceptación en el campo sanitario de los principios de la bioética y la mayor exigencia social de un *empoderamiento* de la salud por parte de los ciudadanos y sus organizaciones, sitúa en primer plano el tema de la autonomía de los pacientes y por tanto de la capacidad y competencia. De una medicina paternalista, de una psiquiatría que consideraba y trataba a los pacientes mentales graves como menores, como incapaces civiles, hubieran sido declarados o no incapaces legalmente, se pasa a la exigencia de respetar sus derechos, y por tanto, uno tan fundamental como la capacidad de decisión sobre sus actos, la libertad para decidir, entre otras cuestiones sobre su tratamiento. Capacidad y competencia no puede separarse del objetivo de una medicina que promueva la autonomía del sujeto.

En medicina, el criterio de competencia se une al de autonomía: un paciente es competente si tiene capacidad para tomar una decisión, si puede comprender la información fundamental, hacer un juicio sobre la información acorde a sus principios, a su sistema de valores, buscar un cierto resultado y logra trasmitir libremente su deseo a los que le tratan o a los investigadores. Ser autónomo implica necesariamente ser capaz. Competencia y capacidad, términos que en la literatura sanitaria y jurídica se suelen utilizar de forma intercambiable, son las dos caras de la misma moneda[1]. La competencia es el resultado de la capacidad. La capacidad se va a definir en la práctica: si una persona tiene capacidad para entender las palabras y dar significado a una situación se considera que puede tomar decisiones y por tanto que es competente. La capacidad, es, y de ahí la peritación médica, un concepto de salud y la competencia un concepto legal[2]. No hay que olvidar que el objetivo de la incapacitación no es el de privar al enfermo mental de unos derechos sino protegerlo cuando no es competente para asumir determinadas tareas o su autogobierno en general.

Hay una capacidad/ competencia para obrar, aptitud, talento, cualidad que dispone alguien para el buen ejercicio de algo y una aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones. Capacidad de obrar y capacidad jurídica que nos constituye en sujetos de derecho, desde el nacimiento hasta la muerte. Pero la propia definición nos enfrenta a las dificultades a la hora de concretar su funcionalidad. En primer lugar, porque la capacidad hay que determinarla para cada tarea concreta (una persona puede ser incapaz para administrar sus bienes y ser capaz para decidir sobre su tratamiento médico o para participar en una investigación clínica), en cada momento (pérdidas transitorias de habilidades y aptitudes) y está condicionada socialmente (menores, mujeres). Appelbaum y Grisso exploraron el proceso de decisión del paciente en un estudio multicéntrico a gran escala, evaluando cuatro capacidades: apreciar la propia situación, comprender la información, razonar a partir de la información y realizar una elección, llegando a la conclusión de que los pacientes habitualmente eran capaces de tomar decisiones competentes, a pesar de la opinión médica tradicional[3].

Es decir, no hay, por lo general, una capacidad o incapacidad definitiva. De hecho, en el Código Civil se habla de capacidad de

obrar en su grado máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad, según los términos de la sentencia, que debe determinar la extensión y los límites, así como el régimen de tutela o guarda[4]. La competencia es un proceso que puede variar con el tiempo, con la condición social, con el estado de salud. Y aquí surge uno de los primeros problemas en salud mental: el riesgo de presumir la incapacidad en toda enfermedad mental grave, de una vez y para siempre. Incapacidad y diagnostico de enfermedad mental deben determinarse por separado, tal como señala la OMS en su último informe sobre legislación y derechos de los pacientes mentales[5]. Por otra parte, etiquetar a los enfermos mentales como incompetentes para el ejercicio de determinados derechos o el desarrollo de determinados roles también tiene "efectos secundarios" tanto en el imaginario social como en el estado psíquico de las personas que habría que intentar evitar[6].

Ganzini et al[7] han señalado los diez mitos acerca de la capacidad de tomar decisiones que dificultan la aproximación a la competencia del sujeto (tabla 1).

El debate hoy no está en los conceptos legales o sanitarios. El debate está en la evaluación de la discapacidad, en su grado de fiabilidad, en los procedimientos de sustitución (sustitución de la toma de decisiones, directivas avanzadas, intervención en juicios[8,9], de control de la aplicación sanitaria y judicial; hoy el debate se encuentra en la repercusión de esta capacidad a la hora del consentimiento informado y de la imputabilidad criminal. Si hay posiciones encontradas, estas trascienden tanto el ámbito sanitario como el jurídico, y reproducen un viejo desencuentro social sobre el imaginario de la enfermedad mental, su supuesta irresponsabilidad y peligrosidad. La desinstitucionalización y la atención comunitaria han cambiado en parte esta representación de la enfermedad y de la psiquiatría, pero persiste el estigma en buena parte de los sanitarios, de los jueces y de las propias familias de los pacientes, y esto se traduce en las actitudes de las instituciones y de sus profesionales a la hora de aplicar el consentimiento informado, los peritajes de capacidad, o el grado de responsabilidad, la imputabilidad criminal. Con la determinación de la capacidad pasa igual que con la consideración de la responsabilidad de un paciente: no debe hacerse sobre un estatuto de enfermo, sino sobre una situación acotada en el tiempo. El peligro está en que se identifique incapacidad e inimputabilidad con enfermedad mental grave, con psicosis u otros trastornos que cursan crónicamente y que pueden llevar a disminuir la capacidad transitoria o permanentemente, así como la responsabilidad de sus actos. Hay que partir del hecho de que todo acto de un psicótico no es necesariamente un acto psicótico, ni en todo acto psi-

1.- La capacidad de toma de decisiones y la competencia es lo mismo.
2.- Se puede presumir la falta de capacidad para tomar decisiones cuando el sujeto pide consejo médico.
3.- No es necesario valorar la capacidad para tomar decisiones hasta que el sujeto pide consejo médico.
4.- La capacidad de tomar decisiones es un fenómeno de todo o nada.
5.- El deterioro cognitivo equivale a la falta de capacidad para tomar decisiones.
6.- La falta de capacidad para tomar decisiones es una condición permanente.
7.- Los pacientes a los que no se ha dado información relevante y consistente acerca de su tratamiento carecen de capacidad para tomar decisiones.
8.- Todos los pacientes que padecen determinadas enfermedades psiquiátricas carecen de capacidad para tomar decisiones.
9.- Los pacientes que han ingresado involuntariamente no tienen capacidad para tomar decisiones.
10.- Sólo los expertos en Salud Mental pueden valorar la capacidad para tomar decisiones

Tabla 1. Diez mitos sobre la capacidad de toma de decisiones (Ganzini et al, 2005)

cótico hay una disminución o anulación de la capacidad. No se es incapaz ni inimputable por ser esquizofrénico sino por estar en un momento determinado enajenado o haber perdido las habilidades y conocimientos necesarios para una tarea concreta.

En relación con la toma de decisiones respecto al tratamiento en los momentos en los que la enfermedad no lo permite, se está desarrollando una línea de investigación muy interesante respecto a la aplicación de directivas avanzadas en salud mental[10], que no comportan únicamente el tratamiento farmacológico sino que incluyen también la utilización de otro tipo de recursos, marco del tratamiento, etc en un abordaje integral[a].

Los movimientos de usuarios no muestran una postura unánime respecto a la valoración que los profesionales hacen de su capacidad o la merma de la misma. Algunos de entre ellos argumentan que ser considerados incapaces en ocasiones, igual que puede ser una medida de protección, tiene el coste de no ser considerados como ciudadanos de pleno derecho la mayoría de las veces. Plantean, en este mismo contexto, si existe para ellos la posibilidad de rechazar el tratamiento y asumir las consecuencias, como existe cuando la persona está afectada de otras enfermedades, incluso aunque la decisión comprometa su vida.

LA MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD

De la importancia de medir la capacidad del sujeto y la valoración de esas decisiones, especialmente en los ámbitos sanitario y judicial, parte el desarrollo de las escalas móviles de capacidad en los años 70: se trata de adecuar la exigencia al tipo de intervención; así, una decisión aceptada por la mayoría de las personas requeriría únicamente la capacidad de comunicarla y otra que fuera en contra de los intereses del sujeto requeriría poder argumentarla en valores[11]. Roth, Meisel y Lidz[12] idearon un test de capacidad que demanda criterios cada vez más complejos en función de la decisión. Los aspectos a valorar son:

1.- Comunicar una decisión (ser capaz de decir si o no o asentir; sólo los que no pueden comunicarse -pacientes en coma, catatónicos- son considerados incapaces).
2.- Tomar una decisión razonable (la decisión que toma es la que tomaría una persona razonable si estuviera en sus circunstancias. Se corre el riesgo de ser considerado incapaz si el que evalúa no está de acuerdo con la decisión tomada).
3.- Tomar una decisión basada en motivos racionales (evalúa la calidad del proceso de razonamiento del paciente más que el resultado. Si un paciente toma decisiones basadas en un razonamiento delirante se le considera incapaz).
4.- Comprender la información necesaria para tomar la decisión (supone comprender el significado de la información ofrecida, los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento).
5.- Comprender realmente todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar (es el que está situado a un nivel más alto de exigencia).

Dado que estos criterios se pueden jerarquizar de menor a mayor complejidad, propusieron que se utilizaran teniendo en cuenta la trascendencia de la decisión a tomar (tabla 2).

Drane (1984 y 1985, citado en[11]) propone una escala móvil en la que se contemplan tres categorías para clasificar las distintas situaciones médicas. Como en cada categoría las consecuencias de las decisiones del paciente son más graves, los criterios de competencia para consentir o rechazar el tratamiento se hacen más exi-

[a] Para más información sobre este tema se puede consultar el National Resource Center of Psychiatric Advanced Directives de Virginia http://www.nrc-pad.org/ que, además, recoge la bibliografía más relevante publicada en Pub Med sobre directivas avanzadas desde 1966 y tiene una buena selección de este mismo tema relacionada con salud mental.

Balance riesgo/beneficio		
Decisión	*Favorable*	*Desfavorable*
Consentimiento	Test de capacidad *BAJO*	Test de capacidad *ALTO*
Rechazo	Test de capacidad *ALTO*	Test de capacidad *BAJO*

Tabla 2. Escala móvil de competencia de Roth, Meisel, Lidz

gentes (tabla 3). La crítica que han recibido estas escalas parte de la idea de que tomar en consideración las consecuencias de la decisión a la hora de valorar la capacidad, peca de paternalista y puede no proteger la autonomía del sujeto.

White[13] subraya la necesidad de evaluar no solo las habilidades cognitivas (atención, percepción, lenguaje, memoria, inteligencia, cálculo, manipulación o manejo de datos y pensamiento abstracto), como suele hacerse en USA, sino también las afectivas (sentimientos, motivaciones y control de conducta). Los aspectos cognitivos y racionales no son los únicos que un sujeto tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones; por eso, Higgs señala la posibilidad de introducir las narrativas éticas para comprender la perspectiva y el contexto en el que se plantea la cuestión de la competencia [14].

LA TUTELA, CURATELA, EL DEFENSOR JUDICIAL Y EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

La tutela, la curatela y el defensor judicial son las tres instituciones de guarda y protección legal que existen en nuestro ordenamiento y cumplen la función de amparar la persona y bienes de los menores que no están sujetos a la patria potestad de sus padres (porque, por ejemplo, han fallecido) y de los incapacitados. La tutela se establece en los casos de incapacidad más grave, mientras que la curatela se aplica a incapacidades parciales, entre otros casos, para los menores que ya están emancipados y no tienen padres, o los pródigos (declarados incapaces para administrar sus bienes), siendo necesaria la asistencia del curador para que puedan realizar determinados actos concretos. La sentencia judicial de incapacidad determinará, en función del grado de entendimiento del menor o incapaz, el régimen de tutela o curatela al que debe quedar sujeto. El defensor judicial interviene cuando se presume que existe el riesgo de que las personas que ostentan la patria potestad, tutela o curatela, cuiden más por sus propios intereses que por los de aquellos a quienes protegen. Este juego de intereses, hace cada vez más necesarias las instituciones de tutela de la propia Administración, las Agencias de Tutela que están estableciendo las Comunidades Autónomas para velar por el bienestar, la seguridad y la protección de las personas incapacitadas. El informe del Ararteko, Defensor del Pueblo del País Vasco, al Parlamento Vasco en

MODELO DE ESCALA MÓVIL PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA Drane, 1985 (tabla 3)		
	Criterios de competencia	*Decisiones médicas posibles (en competentes)*
NIVEL 1	*Requisitos mínimos:* 1. *Conciencia:* orientación adecuada sobre la situación médica en que se encuentra. 2. *Asentimiento:* aceptación implícita o explícita de las propuestas que recibe. A. Estados que suponen incompetencia Inconsciencia; retraso mental profundo; niños menores de diez años; desorientación total; demencia senil grave; autismo; defensas psicóticas (negación de sí mismo y de la situación, proyección delirante). B. Estados que suponen competencia Niños de diez años o más; retraso mental leve (educables); obnubilación; demencia senil leve; intoxicación; estados incluidos en los niveles 2 y 3 (A Y B).	*Consentimiento en caso de:* - tratamiento eficaz para enfermedad aguda - diagnóstico cierto - beneficio alto / riesgo bajo - alternativas limitadas - trastorno grave / sufrimiento intenso / amenaza vital inmediata *Rechazo en caso de:* - tratamiento ineficaz.
NIVEL 2	*Requisitos medios:* 1. *Comprensión:* de la situación médica y del tratamiento propuesto. 2. *Elección:* basada en los resultados médicos previsibles. A. Estados que suponen incompetencia Trastornos afectivos graves; fobia al tratamiento; mutismo; perdida de memoria de fijación; trastornos del pensamiento (ignorancia, incoherencia, delirio, alucinación, *delirium);* estados incluidos en el nivel 1 (A y B). B. Estados que suponen competencia Adolescentes de dieciséis años o más; retraso mental leve; trastornos de la personalidad (narcisistas, límites y obsesivos); estados incluidos en el nivel 3 (A Y B).	*Consentimiento o rechazo en caso de:* - enfermedad crónica / diagnóstico dudoso - enfermedad aguda con tratamiento de resultado incierto - equilibrio entre riesgos y beneficios (eficacia incierta con riesgos o inconvenientes serios)
NIVEL 3	*Requisitos máximos:* 1. *Apreciación:* comprensión crítica y reflexiva de la enfermedad y del tratamiento. 2. *Decisión racional:* basada en consideraciones relevantes y acordes con su sistema de creencias y valores. A. Estados que suponen incompetencia Indecisión o ambivalencia persistente; creencias falsas sobre la realidad; histeria; abuso de sustancias; defensas neuróticas (intelectualización, represión, disociación, actuación, depresión leve, hipomanía); estados incluidos en el nivel 1 y 2 (Ay B). B. Estados que suponen competencia Mayores de edad; capacidad reflexiva y autocrítica; mecanismos de conducta maduros (altruismo, anticipación, sublimación).	*Consentimiento en caso de:* - tratamiento ineficaz *Rechazo en caso de:* - tratamiento eficaz para enfermedad aguda - diagnóstico cierto - beneficio alto / riesgo bajo - alternativas limitadas - trastorno grave / sufrimiento intenso / amenaza vital inmediata

2002[15] recoge esta necesidad haciendo ver la importancia de los cambios que se están produciendo en la familia, con un incremento de las situaciones de desamparo, abandono o conflicto, lo que exige de la administraciones públicas prever un aumento de personas mayores, enfermos psiquiátricos o deficientes necesitados de tutela.

De especial importancia en psiquiatría, es la incapacitación transitoria que se produce en el internamiento involuntario. Se trata de una incapacidad puramente circunstancial que no implica instruir un proceso de incapacitación. El juez garantiza con su autorización, que no orden, que el internamiento (la privación de la libertad del paciente) se ha hecho por motivos clínicos. De ahí también la obligación cuando se ingresa un paciente mental incapacitado judicialmente de solicitar la previa autorización judicial como en el caso de los menores de edad[16].

¿QUIÉN? ¿CON QUÉ CRITERIOS? ¿CON QUÉ LIMITES?

Por último, señalaremos algunos aspectos de la incapacidad-incompetencia de los enfermos mentales con importantes repercusiones en la práctica clínica:

1.- La incapacitación que conlleva el tratamiento involuntario puede no comportar la incompetencia del paciente en todos los aspectos relacionados con el tratamiento. Así, el uso de psicofármacos supone en algunas legislaciones la obligación del consentimiento informado aun cuando el paciente esté ingresado involuntariamente, al igual que la contención mecánica puede exigir legalmente la comunicación o autorización judicial.
2.- Hay que considerar mecanismos de control y garantía que protejan el derecho a la autonomía de los pacientes de paternalismos y falsas discriminaciones positivas, acotando temporalmente su limitación, que impidan el mantenimiento de las etiquetas de incompetencia más allá de la razón de ser, el momento o la acción para la que se emitieron. Pero también hay que evitar un falso respeto a la autonomía que muchas veces esconde un simple abandono de los incapacitados.
3.- La utilización de los instrumentos de medición de la capacidad están limitados por la propia definición de capacidad que utilicen. En ocasiones, el diseño de un instrumento aparentemente objetivo encierra una escala de valores que lo condiciona.
4.- Aproximarnos a la excelencia en la evaluación de la capacidad no es sólo una cuestión de conseguir instrumentos más fiables, sino de buscar la excelencia en las instituciones que intervienen. Mas para esto pensamos que es el conjunto de la sociedad quien debe ser más capaz; es decir, más libre, tener más información y habilidades y aptitudes para procesarla.

RESUMEN

La capacidad de la persona aquejada de una enfermedad mental puede verse afectada en el tiempo y en su extensión por la enfermedad. No debe presuponerse que una persona que no mantiene su capacidad para la toma de algunas decisiones en los momentos críticos de la enfermedad, la ha perdido para siempre. La capacidad debe ser valorada para cada decisión concreta. El internamiento involuntario es un sistema de garantía de derechos.

1. La utilización de instrumentos para medir la capacidad puede dar una falsa sensación de seguridad: su utilización puede no ser válida para la capacidad concreta que se quiera medir, el resultado puede no ser válido en otro momento y puede esconder actitudes paternalistas.

2. La capacidad es un continuum que varía para cada tarea, en cada momento y está condicionada socialmente.
3. La determinación de la capacidad no debe hacerse sobre un estatuto de enfermo sino sobre una situación acotada en el tiempo: no todo acto de un psicótico es en todo momento un acto psicótico ni en todo acto psicótico hay una disminución o anulación de la capacidad.
4. El objetivo de la incapacitación no es privar al enfermo mental de unos derechos, sino protegerlo cuando no es competente para asumir determinadas tareas o su autogobierno.
5. ¿Quién asume la competencia?: ¿el médico en su excelencia técnica?, ¿el juez en su excelencia como garante legal?, ¿la familia desde la excelencia afectiva? ¿Cómo se jerarquizan estas tres excelencias que aspiran al poder de la representación?

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Sánchez Caro, J, Sánchez Caro, J. El consentimiento informado en Psiquiatría. Madrid, Díaz de Santos, 2003. Revisión en la que se recogen las bases jurídicas en nuestro país y éticas del consentimiento informado. Repasa, entre otros, el concepto de capacidad y su aplicación a diferentes escenarios clínicos.

OMS. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Conjunto de guías sobre Servicios y políticas de Salud Mental. Edimsa 2005. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf Guía de la OMS sobre las características de la legislación en salud mental, finalidad, y objetivos para que sea respetuosa con los derechos humanos de las personas afectadas de enfermedad mental y contribuya a defenderles contra el estigma. Compara distintos países y aporta vías para la instauración de esta legislación.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Benaroyo L, Widdershoven G. Competente in mental health care: a hermeneutic perspective. Health Care Anal, 2004; 12 (4): 295-306.
(2) Oppenheimer C. Ética y psiquiatría del anciano. En: Bloch S, Chodoff P, Green SA (editores). La ética en psiquiatría. Madrid: Editorial Triacastela, 2001. 299-322.
(3) Appelbaum PS, Grisso T. The MacAethur treatment compentence study.1.Mental Illness and competente to content to treatment. Law and Human Behavior 19: 105-126, 1995
(4) Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE 29 de diciembre de 1999. Artículos 756 a 763.
(5) Funk M, Drew N, and Saraceno B. Human Rights and Legislation Who Resource Book on Mental Health. Geneve: WHO, 2005.
(6) Winick BJ. The side effects of incompetency labeling and the implications for mental health law. Psychol Public Policy Law, 1995. 1(1): 6-42.
(7) Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. J Am Med Dir Assoc, 2005. &(3 suppl): 100-104.
(8) Nys H, Welie S, Garanis-Papadatos T, Ploumpidis D. Patient capacity in mental health care: legal overview. Health Care Anal, 2004. 12 (4): 329-337.
(9) Srebnick D, Brodoff L. Implementing psychiatric advance directives: service provider issues and answers. J Behav Health Serv Res, 2003. 30 (3): 253-268.
(10) Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. Br J Psychiatry. 2005 Mar;186:247-52.
(11) Sánchez Caro, J, Sánchez Caro, J. El consentimiento informado en Psiquiatría. Madrid, Díaz de Santos, 2003.
(12) Roth, Meisel, Lidz. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry, 1977, 134: 279-284.
(13) White BC. Competence to Consent. WashingtonDC: Georgetown University Press, 1994.
(14) Higgs R. The contribution of narrative ethics to issues of capacity in psyqychiatry. Health Care Anal 2004; 12(4): 307-316.
(15) Ararteko. Informe al Parlamento Vasco 2002; págs. 123-131; http: www.ararteko.net/webs/ iordinarios/ ord222C.pdf

(16) Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE 29 de diciembre de 1999. Artículo 763.

Nota: este artículo es una revisión actualizada de otra realizada por los mismos autores: M Desviat, A Moreno. Aspectos éticos de la competencia del paciente con trastorno mental grave. Formación Médica Continuada 2006;13 (5):263-7.

8.5.1. Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos Humanos en Salud Mental. Una aproximación

Andrés Torras

NOTA INTRODUCTORIA

Siendo el tema de los Derechos Humanos tan vasto y complejo, como autor de este escrito solamente puedo aspirar como meta a facilitar un acercamiento a la estructura básica de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental que, didácticamente, propicie en el lector una mayor inquietud para profundizar y dotarse de un conocimiento mayor y más profundo de esta cuestión además de invitarle a emprender una reflexión crítica al establecer un contraste entre la estructura de soporte del Derecho y su traducción en la realidad cotidiana de un colectivo que, nadie que conozca mínimamente los asuntos de la Salud Mental, niega en colocar como uno de los más excluidos y marginados en nuestra Sociedad, y sobre el que, lamentablemente, la desatención a sus necesidades, un persistente e injusto rechazo social y un preocupante abuso en muchas de las actuaciones que hacia ellos se emprenden son circunstancias constantes. Para ello, trataremos de resaltar algunas cuestiones, sin ánimo exhaustivo, como meros ejemplos, entre muchos posibles… Para ello, se ha dividido este trabajo en 2 partes: una titulada: *Derechos Humanos y Salud Mental: Una aproximación* y, la otra: *Visibilización, protesta y denuncia. Algunas propuestas* y, ambas, colocadas al amparo de un título genérico y que señala, por anticipado, una toma de posición respecto al tema tratado: *Un camino por recorrer: nuestra defensa.* Por lo tanto, de los dos capítulos, el primero, en el que presentaremos la estructura legal básica, será más teórico y, el segundo, más práctico, tratando de realizar, con espíritu crítico, un análisis de la situación real. Concluiré, además, con algunas propuestas de acción y mejora que, a mi entender, permitirían cambiar la realidad de un colectivo tremendamente vulnerable.

Aclaro también que escribo sobre todo desde la primera persona, como persona que durante un tiempo fui afectado por una enfermedad mental, el trastorno bipolar, enfermedad de la que aprendí muchas cosas que me hicieron crecer, al que finalmente logré superar o quizá tan solo adormecer después de catorce años de relacionarme con él; también desde la experiencia acumulada en el ejercicio de mi profesión, como trabajador en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM), de la que actualmente soy gerente; de mi faceta directiva y de dedicación altruista al desarrollo e impulso de la Asociación Bipolar de Madrid y miembro fundador de las asociaciones de usuarios: Asociación pro Salud Mental de España-Dédalo (ASME-Dédalo) y la Asociación Madrileña Contra el Estigma en Salud Mental (AMCESM), en definitiva conocedor, con mayor o menor profundidad, del movimiento asociativo pro salud mental desde hace más de tres lustros, y todo ello complementado con mi formación como Licenciado en Derecho y Máster en práctica jurídica, aspecto éste que se ha visto avivado en los últimos tiempos por la que considero imperiosa necesidad que tiene nuestro colectivo de emprender acciones de defensa y protección, para desterrar así, de una vez por todas, el rol de víctima que nos hace adoptar posiciones pasivas o de inacción en demasiadas ocasiones.

Espero humildemente poder contribuir en alguna medida al largo camino por la inclusión que aún debemos recorrer….

> El arte de vivir es más semejante a la lucha que a la danza, por el hecho de que hay que mantenerse inamovible y preparado para lo que nos pueda caer y nos sea desconocido
> Marco Aurelio[a]

1. BASE LEGAL

Lo primero que conviene dejar claro, desde el comienzo, es el hecho de que las personas que padecen enfermedades mentales graves son ciudadanos de pleno derecho y cuentan con el mismo sistema de protección legal con el que cuenta cualquier individuo. No podemos detallar aquí el desarrollo histórico que han tenido los derechos humanos en las sociedades civilizadas, pero por cuestiones prácticas sí marcaremos un hito reciente cual fue la *Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH),* documento declarativo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 y que recoge los que son considerados derechos humanos básicos: de carácter civil, político, social, cultural y económico. El contenido de la DUDH sirvió de base para una regulación formal que desarrolló y dotó de fuerza vinculante sus preceptos mediante la aprobación de dos tratados internacionales, conocidos con el nombre de *Pactos de Nueva York*, y que son: el *Pacto Internacional de Derechos Civiles, y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),* ambos redactados en 1966 y que entraron en vigor en 1976[b]. Los *Derechos civiles y políticos* son: derecho a la vida; derecho a la igualdad; derecho a la libertad (en sus diferentes manifestaciones: circulación, creencia, conciencia, expresión, asociación); derecho a la integridad personal; derecho al honor, a la vida privada y a la información; derechos políticos; derechos de asilo, nacionalidad, migraciones y extranjería. Los *derechos económicos, sociales y culturales* son: derechos laborales y de seguridad social; derecho a la salud; derecho a la educación; derecho a la participación en la vida cultural; derecho al nivel de vida adecuado y medios de subsistencia. Los 3 documentos, junto con los protocolos facultativos correspondientes constituyen la llamada *Carta Internacional de Derechos Humanos (CIDH)* y se consideran el derecho internacional más ampliamente aceptado en materia de derechos humanos y ha servido de inspiración a una gran mayoría de textos constitucionales en los países más desarrollados. En nuestro entorno europeo[c] o existe el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales* (Tratado de Roma de 4 Noviembre 1950) como texto base para todo un desarrollo posterior entre los que destacaremos: la Carta Social Europea (1961); el Tratado de la Unión Europea (Tratado de Maastricht, 1992; el Tratado de Ámsterdam, 1997 y el Tratado de Niza, 2001); la Carta Social Europea revisada (1996); el Tratado de Lisboa (2007)

---

[a] Meditación 61 Libro VII. De las Meditaciones de Marco Aurelio (Alianza Editorial, p.102)

[b] El proceso de redacción tuvo que enfrentar numerosos problemas que explican la aprobación de dos tratados internacionales en lugar de uno. Es consecuencia, por un lado, del enfrentamiento entre Este y Oeste como consecuencia de la Guerra Fría. Mientras que los países capitalistas daban mayor importancia a los derechos civiles y políticos, el bloque socialista ponía el acento en los derechos económicos, sociales y culturales. A estas dos concepciones enfrentadas se unirá una tercera: los países surgidos del proceso de descolonización, en su mayoría africanos o asiáticos, enarbolaran la bandera de los derechos colectivos de los pueblos. Por otra parte, se consideró que obstaculizaba el tratamiento unitario de todos los derechos el hecho de que el respeto a los económicos, sociales y culturales no pueda normalmente ser objeto de control por los tribunales (http://es.wikipedia.org/wiki/Pactos_de_Nueva_York).

[c] En la región americana y africana deben ser tenidos en cuenta los siguientes tratados: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre ((1048); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1969) y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (CAFDH, 1981).

que aprueba, y además le reconoce fuerza jurídica vinculante para los Estados, la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* que hasta ese momento se trataba tan solo de un compromiso político desde la fecha de su aprobación (2000). Ésta Carta agrupa los derechos en 6 grandes apartados: *Dignidad; Libertades; Igualdad; Solidaridad; Ciudadanía y Justicia.*

En España, en nuestra Carta Magna (Constitución Española de 1978, en adelante CE), y en equivalencia con los textos internacionales citados, la estructura se organiza diferenciando entre los derechos fundamentales y libertades públicas, por un lado, y los principios rectores de la política social y económica, por otro.

2. ACERCAMIENTO A ALGUNOS DERECHOS

2.1. Derecho a la Salud

El artículo 12, apartado 1 del PIDESC establece lo siguiente: *"Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".* Para una mejor comprensión de un derecho tan genéricamente definido conviene una lectura de la *Observación general nº. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, que contiene indicaciones para su interpretación. Debe decirse también, antes que nada, que desde que los Pactos fueron aprobados, en 1966, la situación relativa a la Salud a nivel mundial se ha transformado de manera espectacular, pues se han producido cambios muy importantes en relación a su contenido y alcance: ha habido un enorme crecimiento demográfico desde entonces; han aparecido nuevas enfermedades (VIH/SIDA); aumento en la incidencia de otras enfermedades (cáncer); las diferencias entre géneros, etc. La consecución del nivel más alto posible de salud está vinculada tanto a las condiciones biológicas y socioeconómicas del individuo como a los recursos con que cuenta el Estado (En el nuestro país, la competencia sanitaria está transferida a las Comunidades Autónomas). Por lo tanto, la definición del derecho a la salud reconocido en el artículo 12 del PIDESC debe entenderse como el *derecho a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*. El derecho a la salud en todas sus formas y niveles, abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: 1) *disponibilidad,* es decir, debe existir un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, centros y programas públicos de atención a la salud; 2) *accesibilidad,* concepto que implica cuatro dimensiones, cuales son: la no discriminación; la accesibilidad física (alcance geográfico y para todos los grupos sociales, incluidos los más vulnerables y marginados de la población); accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información; 3) *aceptabilidad*, en el sentido de que los recursos deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados y concebidos para mejorar el estado de salud de las personas a las que trate; y 4) *calidad*, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

En nuestro Ordenamiento jurídico, la Constitución Española de 1978 dedicó el artículo 43 a la protección de la salud, diciendo así: *"Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios",* y reconocido y ubicado en el apartado de *Principios rectores de la política social y económica* y, por tanto, dotados de menor protección y garantía que los considerados fundamentales.

2.2. Salud Mental

Además del citado artículo 43 C.E. y para una aproximación a la especialidad de Salud Mental, el punto de arranque lo encontramos en el artículo 49 C.E, que establece que: *"Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e*

integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente en el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos". Nuestra Constitución, por tanto, recogía así el *modelo médico - rehabilitador* de afrontamiento de tal problemática. Genéricamente, podemos decir que dicho modelo interpreta que la falta de capacidad de la persona tiene una explicación científica y quienes la sufren pueden aportar algo a su comunidad y ser aceptadas, siempre y cuando sean rehabilitadas o normalizadas previamente. Los *disminuidos*, a pesar de tener *menor valor* respecto al resto de ciudadanos, pueden ser útiles. Este modelo superaba las antiguas explicaciones religioso-divinas, propias del llamado *modelo de prescindencia*, que decretaba que las diferencias motivadas por una enfermedad, defecto o falta de capacidad eran irresolubles y, por lo tanto, los sujetos afectados no tenían nada que aportar a la comunidad y resultaban *prescindibles* y, o bien se les daba muerte, o se les apartaba de la sociedad, confinándolos en recintos cerrados de por vida, o se les utilizaba, en exhibición pública, como entretenimiento)[d].

En desarrollo de la previsión constitucional, la Ley General de Sanidad (1986), estableció una regulación específica para la Salud Mental, que podemos resumir citando su artículo 20 íntegramente: "Sobre la base de la *plena integración* de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total *equiparación* del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios: 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el *ámbito comunitario,* potenciando los recursos asistenciales a *nivel ambulatorio* y los sistemas de *hospitalización parcial y atención a domicilio,* que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. 2. La hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo requieran, se realizará en las *unidades psiquiátricas de los hospitales generales.* 3. Se desarrollarán los *servicios de rehabilitación y reinserción social* necesarios para una adecuada *atención integral* de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria *coordinación con los servicios sociales.* 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de *prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales* que acompañan a la pérdida de salud en general" . *Lo* dispuesto en la Ley General de Sanidad debe complementarse con el contenido del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, relativo a la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que desarrollaba aquella en algunos extremos y, en cuyo Anexo I, contenía, las Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, estableciendo, en el apartado dedicado a Modalidades de asistencia especializada, entre otras: La atención a la Salud Mental y la asistencia psiquiátrica y, estableciendo además que incluye *el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización.*

Además, La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pretendía establecer un marco adicional de garantía al Sistema Nacional de Salud, una vez asumidas las competencias en materia de salud por parte de las diferentes Comunidades Autónomas, estableciendo que los pilares esenciales del

[d] PALACIOS. A y ROMAÑACH.J, El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional Ediciones Diversitas. pp 41 y ss.

SNS deben ser: la *equidad, la participación ciudadana y la calidad,* y ello, estableciendo seis ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario y estableciendo según su Preámbulo que: Estos seis ámbitos representan para el ciudadano la seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado, que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional, que la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población, que la información sanitaria fluirá en todo el sistema y que la calidad será un objetivo común dentro del Sistema Nacional de Salud.

El documento de la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, aprobada el diciembre de 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, nos recuerda también, aparte de que conforme a los estudios más relevantes, *a igualdad de gasto*, *el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los pacientes y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico*, cuáles son los principios y valores básicos que lo definen: la *autonomía* (capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas); la *continuidad* (la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida y de forma coherente entre los servicios que la componen); la *accesibilidad* (la capacidad para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten); la *comprensividad* (existencia de dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria y reconocimiento y realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental); la *equidad* (recursos sanitarios y sociales cualitativa y cuantitativamente proporcionados a las necesidades de la población); la *recuperación personal* (requiere promover procesos paralelos al de recuperación de la salud, propiciando un proceso de cambio y crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos que en muchos casos tienen los trastornos mentales); la *responsabilización* (reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los pacientes y sus familiares y la comunidad) y, por último, la *calidad* (orientar los servicios a la obtención de mejores resultados de acuerdo a procedimientos basados en pruebas). Es decir, los servicios deben lograr resultados positivos[e]. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007) se trata de un documento de consenso elaborado por expertos de todas las disciplinas relacionadas con la Salud Mental, en que han participado técnicos de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y cuya filosofía y contenidos están basados en la *Declaración Europea de Salud Mental,* más conocida como *Declaración de Helsinki* (2005), en la que los Ministros de Sanidad miembros en la región europea de la Organización Mundial de la Salud, aprobaron una Plan de Acción en Salud Mental. La Estrategia forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representa, según se recoge en su Prólogo: *un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las Comunidades Autónomas para conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales, basada*

[e] Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. pp 30 y ss.

en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.

2.3. Servicios Sociales

España se constituye como un *Estado social* en el artículo 1 de la C.E, el artículo 41 C.E. establece: *Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente, en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres; el artículo 50 C.E.: "Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales*[f] *que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*; y, el artículo 148.20[f] C.E. establece la *Asistencia social* como una de las competencias que podrán asumir las Comunidades Autónomas. Los servicios sociales, por tanto, cuentan con una escasa presencia en la Constitución Española y, fue entre los años 1984 y 1996 cuando se realizaron dichas transferencias del Estado a las Comunidades Autónomas, sin un modelo de consenso previo en relación al diseño y desarrollo de un Sistema de Servicios Sociales y, además, con unas diferencias de las aportaciones económicas entre las diferentes Comunidades que ha provocado la existencia de graves diferencias interterritoriales. Cada Comunidad Autónoma ha desarrollado su propia legislación, pudiendo contabilizarse hasta una treintena de leyes de servicios sociales en España (unas comunidades han promulgado dos leyes de servicios sociales, y otras, van por su tercera ley ya), lo que implica una imposible homologación de las condiciones de vida de los ciudadanos españoles, pues dependerán de la Comunidad en la que residan. La mayor parte de Leyes de Servicios Sociales manifiestan un déficit en el nivel de garantía en relación al derecho de los ciudadanos a las prestaciones y servicios del Sistema, al no existir una ley única que establezca claramente el contenido exacto de las personas en el ámbito de los Servicios Sociales. Las leyes autonómicas además, derivan a normas de rango inferior (decretos y reglamentos) cuestiones esenciales como es la elaboración de carteras o catálogos de prestaciones y servicios o la participación del usuario de los servicios en su financiación.

En lo que respecta a la atención social prestada a los problemas de salud mental, algunas comunidades autónomas han desarrollado redes de recursos bajo el amparo de un plan estratégico de actuación, que sirviera de complemento a la labor sanitaria de atención, tal y como establecía la Ley General de Sanidad. Aquí nuevamente, las diferencias interterritoriales en relación a financiación y acceso convierten los sistemas en un desorden que no garantiza la cobertura a las necesidades universales de la población. En los últimos tiempos, los sistemas existentes se han visto obligados a revisar la propia terminología (enfermo mental grave y crónico) al resultar claramente contradictoria con los propios principios que rigen el funcionamiento.

2.4. Integridad física y moral

Como hemos visto, puede considerarse, y así lo hacen algunos textos internacionales, como un sub apartado del derecho a la salud, aunque en las estructuras normativas tiene entidad propia como un derecho fundamental y, por lo tanto, dotado de una mayor garantía. El artículo 7 del PIDCP establece que: "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*". En nuestra Constitu-

[f] Es la única vez que la Constitución Española de 1978 utiliza el término servicios sociales.

ción Española, es el artículo 15 el que protege el derecho a la vida y a la integridad física y moral, diciendo en su primera parte lo siguiente: *"Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes"*. Como legislación de desarrollo debe tenerse en cuenta la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina* (1997), textos que han supuesto una regulación garantista para el derecho de los pacientes, asegurando los derechos relativos a la información clínica y la autonomía personal, asentándolos entre otros en los siguientes principios: *"Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios"; "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles" "Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley"* y definiendo el derecho a la información sanitaria del siguiente modo: *"Los pacientes tienen derecho a conocer con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley (…). La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias"*, estableciendo también, en relación a la titularidad de tal derecho que: *"El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal"* y que *"Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho"*. Además, el artículo 9 establece que *"los facultativos podrán llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente: cuando existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él"*. El artículo 7 del *Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo),* titulado *Protección de las personas que sufran trastornos mentales***,** dice lo siguiente: *La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso*. Las garantías a las que se hace mención no han sido especificadas.

Terminamos este apartado con una reflexión en relación al derecho a la vida: en base a los estudios más recientes parece ser que los tratamientos psicofarmacológicos son la causa de una serie de problemas de salud física que reducen en 15 años el promedio de vida de las personas con enfermedad mental, además, el número de personas fallecidas por suicidio es la principal causa de muerte no natural y no existen planes de prevención del suicidio que corrijan una tendencia creciente y que en el caso de la enfermedad mental grave es un factor esencial a tener en cuenta y sobre el que debiera actuarse. El derecho a la vida, indispensable para el ejercicio del resto de derechos también se encuentra así

claramente cuestionado para las personas con enfermedad mental. Estas cuestiones merecerían mayor reflexión por parte de las industrias farmacéuticas y de los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

2.5. Derecho a la libertad

El artículo 9, apartado 1 del PIDCP establece que "*Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta*". El artículo 17.1 de la C.E. es prácticamente una copia literal *1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.*

En el ámbito de la Salud Mental, y por motivos justificados, puede producirse el internamiento hospitalario de una paciente psiquiátrico.. El internamiento puede ser voluntario (con el consentimiento del paciente que ingresa) o involuntario (sin consentimiento). El internamiento involuntario está regulado por el artículo 763 de nuestra Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), bajo el título: *Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*: 1. *El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial*, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. 1.*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida*. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. (…). 2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor. 3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por si mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. (…) En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación. 4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Esta clase de ingreso resulta controvertido pues restringe la libertad (derecho fundamental) y por lo tanto deben observarse una

serie de garantías para evitar abusos. Determinados documentos internacionales de derechos humanos aceptan la necesidad de utilizar esta clase de internamiento en ocasiones, pero debe resaltarse que solamente son necesarios para una minoría de pacientes y en muchos lugares, si se mejorara la dignidad y las oportunidades para un tratamiento voluntario, el ingreso y tratamiento involuntarios aún se reduciría más. En cualquier caso, los criterios que deben seguirse siempre serán: la presencia de un trastorno mental; que exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente y/o necesidad de tratamiento (quizá el aspecto más polémico, pues debiera demostrarse fehacientemente la evidencia de que de no recibir el tratamiento se producirá un deterioro grave, lo cual es imposible de demostrar), debe tener propósito terapéutico (debe tenerse en cuenta el criterio del tratamiento menos restrictivo posible), y junto a esos criterios deben seguirse toda una serie de garantías en relación al procedimiento (evaluación, autorización judicial, revisión, posibilidad de recursos o de exigir reparaciones, etc).

Las criticas de las organizaciones de usuarios, algunas sentencias tanto del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (que no cuestionan el hecho de que el internamiento y el tratamiento involuntario tengan carácter legal, sino que avisan de las violaciones que se producen frecuentemente en la forma en que son aplicados) como de carácter nacional[g], han obligado a un replanteamiento de la forma de abordar esta cuestión y a poner sobre la mesa la exigencia de buscar mejores alternativas. El informe del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (23 septiembre de 2011) viene a respaldar la exigencia de mayores garantías y la protección de los derechos humanos de las personas sometidas a internamiento. Hay que pensar que en muchos casos, no solo la libertad está siendo cuestionada y limitada, también se limitan otros derechos fundamentales (integridad física y moral; intimidad, etc).

3. DERECHO INTERNACIONAL Y NORMAS NO VINCULANTES

Además de la Carta Internacional de Derechos Humanos y los textos legales equivalentes a nivel europeo, que han constituido hitos importantes para la protección de los Derechos Humanos, así como otros documentos que bajo el formato de recomendaciones o resoluciones, ha dictado los diferentes organismos internacionales, y que aunque carecen de fuerza jurídica vinculante sí pueden ser tenidos en cuenta tanto para impulsar reformas legales en el ámbito de la Salud Mental como para interpretar las ya existentes. No es un recordatorio exhaustivo, sino tan solo algunas referencias de interés, sobre asuntos de importancia y muy generales, pero pueden encontrarse muchos más documentos que regulan aspectos también relacionados con la Salud Mental y los Derecho Humanos. Se recomienda al lector un acercamiento a los documentos anteriormente reseñados pues por limitaciones de espacio al autor de este capítulo le es imposible tratar sobre su contenido, salvo en lo relativo a la normativa más reciente y jurídicamente vinculante, recogida en la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad

4. CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Como nota introductoria hay que decir que esta CIDPD no podría haber visto la luz sin los importantísimos precedentes de mejora

[g] Resulta interesante la lectura de la Sentencia del Tribunal Supremo 132/2010, de 2 de diciembre de 2010, en la que el Tribunal Supremo dictamina sobre la inconstitucionalidad del apartado 1 del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por permitir restringir un derecho considerado fundamental , regulado en el artículo 17 de la Constitución Española, cual es el derecho a la libertad, mediante el internamiento no voluntario y considerar que dicha materia debiera ser regulada mediante ley orgánica, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 81 de la propia Constitución. Esta sentencia dio lugar a una nota aclaratoria de la propia Fiscalía del Tribunal Supremo (http://www.aen.es/docs/fiscalia763-1.pdf)

legal en la situación de las personas con discapacidad que supusieron el *Programa de Acción Mundial para los Impedidos* (resultado de la celebración en 1981 del Año Internacional de los Impedidos) y las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, (que se elaboraron después del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos 1983-1992 y los citados tratados o convenciones internacionales citados más arriba constituyen su fundamento moral y político), que, en resumen, supusieron un gran impulso mundial para el progreso de las personas con discapacidad, al subrayar el derecho que tienen las personas con discapacidad a gozar de las mismas oportunidades que el resto de ciudadanos y a disfrutar, en condiciones de igualdad, de las mejoras experimentadas en las condiciones de vida como consecuencia del desarrollo económico y social y al definir por primera vez la discapacidad como la relación entre la persona que la tiene y su entorno y se reconoce por lo tanto la necesidad de tener en cuenta no solo las necesidades individuales (como rehabilitación y recursos técnicos auxiliares) sino también las deficiencias de la sociedad (diversos obstáculos a la participación). No tenían fuerza jurídica vinculante, pero sí contenían un fuerte compromiso político en relación a los principios de responsabilidad, acción y cooperación. Resultan esenciales los siguientes conceptos: la *prevención* (impedir un deterioro, sería prevención primaria; o que ese deterioro cause una discapacidad o limitación permanente, que sería prevención secundaria); la *rehabilitación* (como un proceso dirigido a modificar su vida y ser más independientes a pesar de la discapacidad y puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o falta de una función o una limitación, y por supuesto, abarca una amplia variedad de medidas y actividades); y por último, el *logro de la igualdad de oportunidades* (los distintos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, y especialmente de las personas con discapacidad. Las Normas Uniformes han servido para difundir un fundamento teórico novedoso: el reconocimiento y equiparación de los derechos de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad son miembros de la sociedad y tienen derecho a permanecer en sus comunidades locales. Deben recibir el apoyo que necesitan en el marco de estructuras comunes de educación, sanidad, empleo y servicios sociales.

En España se aprobó la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), para complementar la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982 (LISMI), al reconocer que, a pesar de los avances realizados en dos décadas, aún existen desigualdades para las personas con discapacidad que deben ser corregidas. La LIONDAU tiene como objetivo el establecer medidas que garanticen y permitan hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de acuerdo con los artículos 9.2; 10; 14 y 49 de la Constitución Española, inspirándose en los principios siguientes: *vida independiente* (la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad); *normalización* (las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos ámbitos, lugares, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona); *accesibilidad universal* (condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone

la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse); *diseño para todos* (la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas en la mayor extensión posible); *diálogo civil* (las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad) y *transversalidad de las políticas en materia de discapacidad,* (las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad), y realizando un mandato a los poderes públicos para establecer medidas contra la discriminación y medidas de acción positiva, y además, medidas de fomento y defensa

("Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, promoverán y facilitarán el desarrollo de medidas de fomento y de instrumentos y mecanismos de protección jurídica para llevar a cabo una política de igualdad de oportunidades, mediante la adopción de las medidas necesarias para que se supriman las disposiciones normativas y las prácticas contrarias a la igualdad de oportunidades y el establecimiento de medidas para evitar cualquier forma de discriminación por causa de discapacidad", artículo 11 LIONDAU).

Como complemento de la LIONDAU, se aprobó la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establecía el Régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, en cumplimiento de la previsión establecida en la Disposición Final 11ª de la LIONDAU y que establece un marco normativo mínimo a seguir por las diferentes comunidades autónomas.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD), después de un largo proceso impulsado desde Naciones Unidos, en el que tuvo especial importancia la participación de organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad, supone un nuevo avance, al dotar de fuerza jurídica vinculante a los instrumentos jurídicos que ya se venían reconociendo desde un punto de vista político. Cuestiones como la igualdad de oportunidades y las acciones positivas pasan a tener ahora una entidad diferente, al abordarse la discapacidad desde la óptica de los derechos humanos., pues se entiende, sin lugar a dudas, que las personas con discapacidad deben tener garantizado el goce y disfrute de sus derechos como el resto de ciudadanos, sin que quepa ninguna clase de discriminación. La CIDPD no reconoce pues ningún derecho nuevo, sino que recuerda que los derechos humanos también pertenecen a las personas con Discapacidad, y se erige como el primer tratado de derechos humanos en el siglo XXI, obligando a los Estados a su efectiva protección.

La Convención cuenta con un Preámbulo y cincuenta artículos. Los nueve primeros recogen el propósito de la Convención (*promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente*); la definición de personas con discapacidad (*incluyen aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interac-*

tuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás) – artículo 1; la definición de cómo deben entenderse ciertos términos – artículo 2; los principios generales que orientarán la interpretación de la Convención (respecto a dignidad inherente, la autonomía personal, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre hombre y mujer y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad) – artículo 3; las obligaciones que asumen los Estados (de respecto, de promoción y de cumplimiento) – artículo 4; la igualdad y no discriminación (todas la personas son iguales ante la Ley y tienen derecho a igual protección legal y los Estados partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad, y además a fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables) – artículo 5; las mujeres con discapacidad y niños y nilad con discapacidad (los Estados deben garantizarles el goce de sus derechos; toma de conciencia (los Estados se comprometen a adoptar medidas de sensibilización, promoción y concienciación a fin de eliminar estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad)- artículo 8; la accesibilidad (a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados adoptarán las medidas que aseguren el acceso a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con los demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones y a los servicios) – artículo 9; y después abordar una serie de derechos (artículos 10 a 30) que se pueden agrupar del siguiente modo: *derechos de igualdad* (derecho a la igualdad y a la no discriminación, derecho a la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida; derecho a disfrutar de un entorno accesible, y derecho a un acceso a la justicia en igualdad de condiciones); *derechos de protección* (derecho a la protección de la vida; en situaciones de riesgo; contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; contra la explotación, la violencia y el abuso; de la integridad personal (física y mental); de la privacidad, y del hogar y la familia; *derechos de libertad y autonomía personal* (a la libertad y seguridad de la persona; a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad; a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; y a la movilidad personal con la mayor independencia posible; *derechos de participación* (a la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información; a participar en la vida política y pública; y a participar en la vida cultural las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte); *derechos sociales* (a un educación inclusiva a todos los niveles, a la enseñanza a lo largo de la vida; a gozar del más alto nivel posible de salud; a la habilitación y rehabilitación para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional; a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad; y a tener un nivel de vida adecuado y a la protección social). Y a continuación, el artículo 31 establece la obligación para los Estados de recopilar información adecuada que les permita formular y aplicar políticas y la importancia de la cooperación internacional (artículo 32), para después establecer las cuestiones relavas a la aplicación y supervisión de la Convención (se-

guimientos tanto a nivel nacional (artículo 33) como internacional (mediante la creación de un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad al que los Estados estarán obligados a presentar informes periódicos y al que pueden presentarse denuncias) – artículos 34 a 40. Y los últimos artículos se encargan de cuestiones relativas a la firma, ratificación, etc.

España ha aprobado y ratificado la CIDPD en noviembre de 2007 y, por lo tanto, forma parte de nuestro derecho interno y se ha comprometido a observarla, cumplirla y hacer que se cumpla y para ello, como recoge el artículo 4 de la Convención, deberá:

> adoptar todas la medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes en la Convención; tomar las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyen discriminación contra las personas con discapacidad; tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad; abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a los dispuesto en ella; tomar medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad,

entre otras. Y en base a ello, se ha aprobado la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre. Fundamentalmente, dicha adaptación legal, modifica algunos artículos de la Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; la Ley 49/2007, que establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, y algunos decretos que regulaban aspectos relacionados con la accesibilidad y las personas con discapacidad. Además, ha presentado el primer informe al Comité sobre derechos humanos de las personas con discapacidad, al que Naciones Unidas contestó en 23 de septiembre de 2011, y deberá presentar un segundo informe como fecha límite el 3 de diciembre de 2015. Se trata de una reforma mínima, pues deben acometerse más reformas[h]. El contenido del articulado de la CIDPD obliga a revisar en profundidad muchas especialidades de nuestro Ordenamiento jurídico y además, en paralelo, deben abrirse debates que propicien un inevitable cambio cultural y filosófico en la forma de entender la atención a los problemas derivados de una discapacidad, evolucionando los planteamientos profesionales y relacionados con la convivencia, ayudando a la eliminación de barreras, resistencias y temores aún hoy imperantes y que aún tienden a eliminar o marginar a aquellos que son diferentes.

ANEXO 2:
Tratados internacionales:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).
- Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1984).
- Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhuma-

[h] Véase "El impacto que la incorporación y ratificación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene en el Ordenamiento jurídico español", informe elaborado por el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, en diciembre de 2008. 1252 páginas. Editado por Fundación Once

Anexo 1. Tabla comparativa derechos

CIDH / Carta internacional de Derechos Humanos	Carta de los Derechos Fundamentales de la UE	Constitución Española
PIDCP **Derechos CIVILES Y POLITICOS:** • Derecho a la libre determinación de los pueblos • Derecho a la vida • Derecho a la igualdad y la no discriminación • Derecho a la libertad: (de circulación, creencia, expresión, asociación, etc) **PIDESC** **Derechos ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES:** • Derechos laborales y a la seguridad social • Derechos a la vida familiar y a un nivel de vida adecuado • Derecho a la salud • Derecho a la educación • Derecho a la participación en la vida cultural	**DIGNIDAD** (5 artículos) • Derecho a la vida • Derecho a la integridad de la persona • Prohibición de la tortura • Prohibición tratos inhumanos y degradantes • Prohibición esclavitud y trabajo forzoso **LIBERTADES** (13 artículos) • Derecho a la libertad y la seguridad • Respeto a la vida familiar y privada • Derecho a la protección de datos d carácter personal • Derecho a contraer matrimonio y fundar una familia • Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión • Libertad de expresión y manifestación • Libertad de reunión y de asociación • Libertad de las artes y las ciencias (incluye la libertad de cátedra) • Derecho a la educación • Libertad profesional y derecho a trabajar • Libertad de empresa • Derecho a la propiedad • Derecho de asilo **IGUALDAD** (6 artículos) • Igualdad ante la Ley • No discriminación • Diversidad cultural, religiosa y lingüística • Igualdad entre hombres y mujeres • Derechos del menor • Derechos de las personas mayores • Derecho de las personas con discapacidad **SOLIDARIDAD** (11 artículos) • Derechos laborales • Derechos sindicales • Derechos de seguridad social • Derechos de asistencia social • Vida profesional y familiar • Protección de la salud • Acceso a los servicios de interés económico general • Protección del medio ambiente • Protección de los consumidores **CIUDADANIA** (7 artículos) • Derecho a ser elector y elegible • Derecho al acceso a los documentos • Defensor del pueblo • Derecho de petición • Libertad de circulación y residencia • Protección diplomática y consular **JUSTICIA** (3 artículos) • Derecho a la tutela judicial efectiva y principio de legalidad • Imparcialidad judicial • Presunción de inocencia	**Derechos y libertades:** • Derecho a la igualdad y no discriminación **Derechos fundamentales y libertades pública:** • Derecho a la vida • Derecho a la integridad física y moral • Libertad ideológica, religiosa y de culto • Derecho a la libertad y la seguridad • Derecho al honor • Derecho a la intimidad personal y familiar • Derecho a la propia imagen • Inviolabilidad del domicilio • Derecho al secreto de las comunicaciones • Libertad de residencia • Libertad de circulación • Libertad de expresión y creación • Libertad de cátedra • Derecho de reunión • Derecho de asociación • Derechos de participación (ser electores y elegibles) • Derecho a la tutela judicial efectiva • Principio de legalidad • Derecho a la educación • Derecho a sindicarse libremente • Derecho a la huelga • Derecho de petición • Derecho a contraer matrimonio • Derecho a la propiedad • Derecho de fundación • Derecho al trabajo • Derecho a la negociación colectiva • Libertad de empresa **Principios rectores de la política económica y social:** • Protección a la familia y la infancia • Protección económica y social • Seguridad Social • Protección de la salud • Fomento del deporte • Acceso a la cultura • Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado • Atención a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales • Protección a la tercera edad • Defensa de los consumidores

nos o Degradantes del Consejo de Europa (26 noviembre 1987).

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Convención internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

Otros documentos internacionales sin fuerza jurídica vinculante:

- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social / Resolución 2542 (XXIV) de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 11 de diciembre de 1969.
- Declaración de los Derechos del Retrasado Mental / Resolución 2856 (XXVI) de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1971.
- Declaración de los Derechos de los Impedidos / Resolución 3447 (XXX) de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 9 de diciembre de 1975.
- Programa de Acción Mundial para los Im-

pedidos / Resolución 37/52 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 3 de diciembre de 1982.

- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental / Resolución 46/119 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 19 de diciembre de 1991.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad / Resolución 48/96 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993.
- Declaración y Programa de Acción de Viena (Conferencia Mundial de Derehcos Humanos celebrada entre los días 14 y 25 de junio de 1993).
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Resolución 61/106 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 13 de diciembre de 2006).
- Recomendación 818 (1977) de la Asamblea consultiva del Consejo de Europa sobre la situación de los enfermos mentales.
- Recomendación No R (83) 2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la Protección Legal de las Personas que Padecen Trastornos Mentales, Internados como Pacientes Involuntarios.
- Recomendación 1235 (1994) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre Psiquiatría y Derechos Humanos.
- Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa relativa a la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Trastornos Mentales.
- Recomendación Rec (2009) 3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales.
- Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (2002).
- Declaración Europea de Salud Mental y Programa de acción (200, conocida como Declaración de Helsinki.
- Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea de Salud Mental.
- Libro Verde: Igualdad y no discriminación en la Unión Europea.
- Declaración Alma- Ata sobre Atención Primaria (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978).
- Declaración de Caracas, de noviembre 1990, aoptada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) después de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en los Países de América Latina

8.5.2. Visibilización, protesta y denuncia. Algunas propuestas

Andrés Torras

1. DIFERENTES CLASES DE OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO

Conviene dejar claro que la *Carta Internacional de Derechos Humanos (CIDH)* encerraba en su estructura dos clases de obligaciones, una *obligación de adoptar medidas*, para el PIDCP; y otra, *de obtener resultados*, con menos fuerza vinculante, pues exigen inversión en planificación por parte de los Gobiernos, lo que, en la práctica, da pie a diferentes niveles de compromiso político para su cumplimiento. Esa diferenciación se ha mantenido en el traspaso que los Estados han hecho a su legislación en los respectivos Ordenamientos internos y por lo tanto también han asumido diferentes niveles de compromiso para el desarrollo y aseguramiento de según qué derechos. El Protocolo Facultativo del PIDESC (2008) lo dice así:

> Recordando que cada uno de los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas, y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto.

Nuestra Constitución ha seguido ese esquema de diferentes grados de protección: los derechos fundamentales y libertades públicas gozan de una mayor protección que los principios rectores de la política social y económica, pues respecto de éstos últimos, el artículo 53 3. C.E, dice que: "informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen", y sin embargo sobre aquéllos, cabe también solicitar amparo al Tribunal Constitucional (art. 53.2 C.E). Por lo tanto, cuestiones como la Protección de la salud; el régimen de seguridad social, la protección de la familia; el empleo; el acceso a la cultura; a la vivienda; la protección a la tercera edad, a los *disminuidos,* por citar solo algunos, se encuentran catalogados como principios rectores que informarán la legislación de desarrollo, la práctica judicial relacionada y las actuaciones que emprendan los poderes públicos, y eso hace que dependan exclusivamente de la voluntad política que ejerza las responsabilidades de gobernar nuestra vidas en cada momento.

Como muestra de voluntad política en relación al tema que nos ocupa de la Salud Mental, la utilización y pervivencia en el tiempo del término *disminuido* en el artículo 49 de las Constitución Española deja bien a las claras la ideología aún predominante en el discurso político a la hora de entender ciertas problemáticas. La semilla que ha dado lugar a la permanencia en nuestros textos legales de una consideración negativa de ciertos individuos, considerándolos marginales y necesitados de una ayuda compensatoria, y renegando así, en la misma frase, de los deberes de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración que el mismo artículo 49 recoge. Paradójico, contradictorio y lamentable[a].

---

[a] José Luis Rodríguez Zapatero, como Presidente del Gobierno, durante una visita de representantes de la

2. DERECHOS INTERRELACIONADOS

La *Declaración y Programa de Acción de Viena* (1993) trató de amortiguar las consecuencias de esa diferenciación recordando que:

> Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Como se ha detallado en el primer capítulo, la salud es presupuesto esencial que determina la posibilidad de ejercitar otros derechos humanos y, a su vez, también la salud está condicionada por esos otros derechos. Por ejemplo, el derecho a un nivel de vida adecuado (subsistencia / alimentación); el derecho a la igualdad y no discriminación; el derecho a un trabajo digno; el derecho a la educación; el derecho a la libertad. Siguiendo con la Salud,, y más allá de los determinantes socioeconómicos, existen otros derechos y libertades que también la delimitan: por ejemplo, disponer y disfrutar del propio cuerpo, a la sexualidad, la afectividad y la vida reproductiva (autonomía personal).

La igualdad y no discriminación, la dignidad; la participación en la vida, política, económica, cultural y social, el libre desarrollo de la personalidad, el principio de legalidad son principios que deben inspirar el orden político y social de acuerdo con los artículos 9, 10 y 14 de la Constitución Española.

Estos valores, reconocidos como principios constitutivos en las legislaciones de los Estados más avanzados aún son horizontes lejanos para muchos ciudadanos que tienen problemas de salud mental. La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CIDPD) pivota esencialmente sobre la igualdad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, recordando que resulta indispensable examinar todos los derechos ya reconocidos a la luz de tales principios y garantizar su cumplimiento para procurar a las personas con discapacidad las mismas oportunidades que al resto de la ciudadanía.

La CIDPD supone, por tanto, un avance en la forma de entender los derechos humanos del colectivo de personas con discapacidad, pues reconoce que los problemas que se derivan de padecer una discapacidad no son responsabilidad del individuo y una cuestión de la que además deba culpabilizarse al sujeto afectado, sino que asume que esos problemas a los que se enfrenta el individuo son de carácter social y es, por lo tanto, la Sociedad la que debe responsabilizarse de procurar la ayuda necesaria para garantizar la igualdad, la dignidad y el libre desarrollo de su personalidad. Se tiene que impulsar, por tanto, la superación del modelo médico rehabilitador y sus limitaciones (tendencia al paternalismo, predominio de lo *prestacional*, asistencialismo, etc) asumiendo el modelo social o de la diversidad, que sustituye los conceptos de limitación y protección por los de autonomía personal y accesibilidad universal, bajo la óptica de los Derechos Humanos.

---

organizaciones integrantes del CERMI al Palacio de la Moncloa con motivo de la celebración del Día Internacional de la Discapacidad, el 3 de diciembre de 2005, manifestó la intención de su Ejecutivo de proponer a las fuerzas políticas una reforma del artículo 49 de las Constitución para sustituir el término "disminuidos" por "discapacitados" en la primera reforma constitucional. "No podemos permitir que en el año 2005 nuestra Constitución defina a las personas con discapacidad como disminuidos", advirtió el presidente del Gobierno, quien abogó por "enterrar cualquier tipo de discriminación, y la primera discriminación empieza por las palabras".

Las obligaciones previstas por la CIDPD son ambiciosas y deben comprometer a los Estados a emprender cambios sustanciales en sus sistemas legales, *modificando y derogando leyes y reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad* y además, tener en cuenta *la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad en todas las políticas y programas*[b] que desarrollen, corregir los actuaciones discriminatorias, entre otras, y ello la sitúa como una herramienta idónea para exigir la corrección de las desigualdades que históricamente han colocado a los colectivos más frágiles en una situación de indefensión y exclusión social y, además, como un potencial de cambio cultural que debe alumbrar una transformación en la forma de entender la Discapacidad.

Siendo las enfermedades mentales un grupo especialmente marginado y excluido, la transformación cultural y el cambio en la responsabilidad política sobre la acción social obligada a proteger sus derechos humanos está llamada a ser aún más intensa y profunda. Seguramente también no exenta de polémica y debates de confrontación entre diferentes formas tradicionales de entender la enfermedad mental y su abordaje.

De todo el contenido de la CIDPD, la cuestión de la capacidad jurídica, en el artículo relativo a *Igual reconocimiento como persona ante la Ley*, suscitó la mayor controversia hasta su aprobación definitiva, pero finalmente se apostó por una concepción integradora (prefiriendo la concepción presente en los sistemas normativos germánicos y que no diferencia entre capacidad jurídica y de obrar, como sí sucede en los sistemas normativos procedentes del Derecho Romano. La consecuencia práctica supone el paso de una concepción de la falta de capacidad (incapacidad) que propone el establecimiento de un sistema de sustitución de la toma de decisiones (capacidad que se entiende ausente o invalidada) a otra que valora la diferencia (diversidad funcional) y propone un sistema de apoyos a la toma de decisiones, y que, además, no determine una situación estática e inamovible, sino provisional que deberá ser revisada periódicamente por una autoridad u órgano judicial competente, y por lo tanto, que apuesta por el fomento de la autonomía personal.

En lo que se refiere a nuestro Ordenamiento jurídico lo anteriormente señalado supone que debe ser revisado todo el sistema de (in)capacitación tal y como está configurado en la actualidad en nuestro Derecho Procesal, y se deben desarrollar, aparte de normativas más integradoras y orientadas a salvaguardar los derechos e intereses de las personas, los recursos judiciales que lo hagan posible. **(**Debemos tener en cuenta que actualmente, en torno al 90 % de las sentencias dictadas tras un proceso de incapacitación judicial determina la incapacitación total del sujeto juzgado, lo que, a efectos prácticos, supone una *muerte civil*, que impide a la persona tomar ninguna decisión. Se retira la capacidad para cualquier negocio jurídico, en numerosos casos también se niega el ejercicio del derecho a votar y, en definitiva, se decreta que el sujeto no puede hacer nada si no es con el consentimiento e intervención de una tercera persona que sustituye su capacidad y toma las decisiones en su nombre y representación para cada acto que emprenda). El reto va a ser configurar nuevas medidas de garantía que respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, y que además se apliquen durante el menor tiempo posible (revisables periódicamente), se deberán diseñar nuevas figuras de protección en las que el sujeto pueda seguir actuando, es decir, aprobar medidas que dictaminen ajustes razonables para permitir al individuo continuar gozando del derecho a la misma igualdad de oportunidades que el resto y, a fin de cuentas, garantizarle el

[b] Véase artículo 4 de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, relativo a Obligaciones generales

derecho a su vida personal de forma plena y satisfactoria.

Sabemos que en el caso de muchas personas con enfermedad mental, para mejorar su nivel de vida, la convivencia familiar y ciertos problemas derivados del padecimiento de la misma, bastaría con la adopción de una medida procesal que garantizase en, determinados momentos de la vida de esa persona, la protección sobre sus bienes y patrimonio económico, pues existe una relación acusada entre la sintomatología activa en determinados momentos y el desarrollo de conductas de prodigalidad (gasto desmedido e injustificado de dinero) que les ocasiona problemas puntuales pero que revierten cuando se soluciona la crisis sintomatológica. Sin embargo, se está sentenciando su incapacitación total y prolongada por años, lo que produce sin lugar a dudas una mayor desconfianza y/o pérdida de autoestima en el sujeto, le refuerza el rechazo al sistema de atención y en la sensación de ser excluido y apartado de las condiciones normales de vida de las que goza las personas a su alrededor, contribuyendo a que continúe sintiéndose demasiado diferente, en inferioridad de condiciones...

Tal y como se comentó en el capítulo anterior, España ha realizado una primera adaptación de su normativa a la CIDPD, aprobando la Ley 26/2011 y el Real Decreto 1276/2011 y también ha elaborado y presentado el primer informe sobre tal adaptación al Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, de acuerdo a los mecanismos establecidos por la propia CIDPD. El informe español fue examinado por el comité en varias sesiones celebradas en septiembre de 2011 y finalmente aprobó un informe que contiene una serie de observaciones finales. Dicho informe, aunque contiene valoraciones positivas de algunos aspectos relativos a lo que considera avances en la materia, también resalta una serie de preocupaciones y establece unas recomendaciones para su corrección. Por mencionar tan solo algunas de esas cuestiones recogidas en el informe diremos que: Naciones Unidas lamenta la falta de información relativa a los casos de discriminación y le preocupa que las personas con discapacidad sigan sufriendo marginación; insta a ampliar la protección contra la discriminación por discapacidad; a adoptar medidas para prestar más consideración a los problemas que presentan las mujeres con discapacidad; le preocupa especialmente el índice mayor de abuso de los niños y niñas con discapacidad; pide al Estado español que asegure el consentimiento informado de las personas con discapacidad se obtenga en todos los casos relacionados con el tratamiento médico; recomienda que se revisen las leyes que regulan la tutela y la curatela, y que tome medidas para desarrollar leyes y políticas que reemplacen los regímenes de sustitución en la toma de decisiones por un sistema de apoyo en la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona; le preocupa la tendencia a recurrir a medidas de urgencia en casos de institucionalización que ofrecen a la persona implicada únicamente salvaguardas *pos-facto* y los presuntos abusos de las personas con discapacidad que se encuentran institucionalizadas en centros residenciales y psiquiátricos, y recomienda que el Estado revise las leyes que contemplan la privación de libertad por motivo de discapacidad, incluyendo la discapacidad mental, psicosocial o intelectual y recomienda se deroguen las disposiciones que autorizan el internamiento involuntario por una discapacidad aparente o diagnosticada y que se adopten medidas que garanticen que los servicios de atención sanitaria, y entre ellos todos los servicios de atención sanitaria en material de salud mental, se basan en el consentimiento informado de la persona implicada; insta a eliminar el suministro de tratamientos médicos sin contar con el consentimiento absoluto e informado del paciente, y en particular la esterilización, y a garantizar que el derecho nacional

respeta los derechos de la mujer; alienta a garantizar la disponibilidad de fondos adecuados para permitir de manera efectiva a las personas con discapacidad acceder a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal, para así aprovechar los ajustes razonables para integrarse mejor en sus comunidades, e insta al Estado español a aumentar los recursos disponibles para asistencia personal para que todas las personas con discapacidad puedan disfrutar de la asistencia personal en función de sus necesidades; recomienda que se desarrollen programas abiertos y avanzados a fin de mejorar las posibilidades de empleo de las mujeres y hombres con discapacidad; manifiesta también su preocupación por la posible limitación del derecho al voto de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial en caso de incapacitación jurídica de la persona o internamiento en una institución, inquietándole al Comité que esta privación de derechos sea una práctica normal y no una excepción; etc.

Se trata tan sólo de algunas de las cuestiones que al Comité de Naciones Unidas le preocupan y que recomienda corregir, y así se lo solicita al Estado español, solicitándole también la difusión del contenido del informe para que sea ampliamente conocido y pide a España que presente un segundo informe periódico no más tarde del 3 de diciembre de 2015, informe que deberá incluir información sobre la aplicación de las observaciones finales contenidas en el primer informe.

Considero que el informe, de alguna manera, supone un *"tirón de orejas"* a nuestro país, y que señala las zonas de debilidad de un sistema al que aún le falta mucho para ser verdaderamente integrador e inclusivo para las personas con discapacidad, además de verdaderamente respetuoso para con sus derechos. Por lo que respecta a las personas con enfermedad mental, las cuestiones señaladas en relación a la utilización del ingreso de forma involuntaria justificado por la presencia de un mero diagnóstico, la necesidad de garantizarles el consentimiento informado y aquellos apoyos y ajustes que sean razonables para su integración plena en la Sociedad deben implicar un verdadero cambio en nuestros sistemas de atención, con una voluntad política firme y decidida a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y garantizar el respeto a sus derechos humanos, a la par que una revisión profunda de los sistemas de atención, para hacerlos de una vez por todas más humanitarios y verdaderamente eficaces en la tarea de contribuir a restablecer la salud que se encuentra dañada.

3. SOBRE LA ATENCIÓN

Si recordamos las 4 dimensiones que definen el derecho a la Salud y pensamos sobre ellas en relación a las necesidades referidas al ámbito de la Salud Mental debiéramos redefinir el planteamiento para defender un sistema integral de atención que alcance a todos los afectados por patologías mentales *(trastornos leves y graves y en diferente graduación; asequibles económicamente; respetuosos con la ética médica y orientados a mejorar la salud mental de sus usuarios. Todo ello, utilizando el paradigma del modelo comunitario de atención que entiende que los problemas de salud mental deben ser tratados principalmente en el ámbito ambulatorio, complementado con atención domiciliaria y servicios de hospitalización parcial; integrando la hospitalización cuando sea necesaria en los espacios de hospitalización general; desarrollando los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios y con la debida coordinación con los Servicios Sociales, todo ello complementado con acciones de prevención primaria y atención adecuada a los diferentes problemas psicosociales).*

Sabemos que los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardio-

vasculares y del cáncer. Que el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas y respiratorias y, sin embargo, no existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, estimándose que está entre el 3 y el 4 % del Producto Nacional Bruto, más de 180.000 millones de euros, de los cuales el 46 % corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a pérdida de productividad. En España no se dispone de información sobre la carga de enfermedad, y en cuanto a la repercusión económica, el coste total en el año 1998 fue estimado en 3.005 millones de euros. Sabemos también que más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado[c] y además, que los trastornos mentales graves generan una importante carga familiar. Como consecuencia de un insuficiente desarrollo de la red de recursos y servicios específicos para atender a la población psiquiátrica tras la Reforma Psiquiátrica y el proceso de *desinstitucionalización* (cambio del modelo custodial al modelo comunitario) la mayor fuente de ayuda que tienen las personas que sufren trastornos mentales graves y de duración prolongada para resolver sus necesidades es la familia, representando la prestación de atención y cuidados en salud en España por parte de cuidadoras/os informales un 88 % del total de la atención, y aunque hay pocos estudios, los disponibles señalan porcentajes elevados de carga asociada a la prestación de los cuidados, llegando a ceder el cuidador informal gran parte de su tiempo, más de 60 horas a la semana y durante años[d]. El documento elaborado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud "*Invertir en Salud Mental*" (2004)[e] resalta la amplia brecha existente entre la carga que suponen los trastornos mentales y neuropsiquiátricos, y que es del 13 % y el presupuesto de salud mental en los países, que tiene un promedio del 2% de los gastos totales de salud. En España debe estar entre el 2,5-3% de promedio.

No existen pues recursos para todos, hay muchas personas con trastorno mental que no reciben ninguna clase de tratamiento, otras muchas con un seguimiento muy precario, y los tratamientos y atención son predominantemente biológicos, basados en la prescripción de psicofármacos en dosis elevadas (en algunos territorios dos terceras partes del gasto en salud mental se dedican ya a medicamentos) de forma crónica y a dosis elevadas, asumiendo los efectos secundarios derivados de ellos, sin apenas vigilancia de la salud física, desde luego sin un consentimiento previo del paciente, la atención domiciliaria es testimonial (puede decirse que la presta la familia con ese 88 % de carga mal llamada informal) y, en este panorama además, los programas y recursos de rehabilitación son muy escasos y solamente atienden a un número de personas reducido, considerados previamente como

[c] Véase documento de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, pp. 23-24. Puede consultarse en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

[d] Véase documento de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, pp 54-55, que remite a su vez a los siguientes documentos: McNiel DE, Rosales IB, Binder RL. Family attitudes that predict home placement of hospitalized psychiatric patients. Hosp Community Psyquiatry 1992 – 43 (10): 1035 – 1037; Desviat.M. Objetivo 12. Reducir las enfermedades mentales y suicidios. En: Ávarez-DARDET Y Sanvador Peiró (Coords). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000, p.175-186 y Orihuela T. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid: IMSERSO, Fundación INTRAS, 2003.

[e] Se puede buscar el documento Invertir en Salud Mental a través del buscador de Google o directamente en la dirección: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf

"crónicos". Las psicoterapias son limitadas y consumidas mayoritariamente por los trastornos mentales leves. La prevención primaria y secundaria está ausente de los sistemas, basándose tan sólo en cumplir con la prevención terciaria (evitar males mayores, en definitiva). Existen diferencias significativas en las prestaciones sociales y sanitarias disponibles en las diferentes comunidades autónomas y en ocasiones dentro del ámbito local (a pesar de tener encomendadas normalmente responsabilidades en relación a la gestión de los Servicios Sociales, la Administración local adolece de un profundo desinterés por los temas que tienen que ver con la Salud Mental de los ciudadanos). La políticas públicas de empleo normalmente están mal diseñadas, encuadradas dentro de un marco general de ayuda a la discapacidad, sin prever medidas de corrección y discriminación positiva hacia la enfermedad mental, apostando principalmente por el fomento de fórmulas de empleo protegido y escasamente por la sensibilización empresarial y las acciones de defensa legal del colectivo, incluso, en ocasiones puede detectarse un estigma fomentado o, al menos consentido, por los propios poderes públicos.

Las redes de apoyo de Servicios Sociales distan mucho de acercarse a cubrir mínimamente las necesidades requeridas por la problemática asociada a las enfermedades mentales graves, y tan solo presenta un interés como *cooperador necesario* de Sanidad para reducir el número de hospitalizaciones, pero siendo muy modesta su contribución a resolver los problemas psicosociales derivados (mandato también recogido por la Ley General de Sanidad) y, por lo tanto, situados muy lejos de ser un sistema de garantías universal, salvo en lo que se refiere a información, orientación y asesoramiento (prestaciones técnicas), y demostrando una gran deficiencia en cuanto a ofrecer soluciones materiales y económicas a las necesidades sociales. Un ejemplo rotundo de lo cual es la gestión de las responsabilidades reconocidas por la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia* que, aunque se pretendió presentar a la ciudadanía como la concreción definitiva del cuarto pilar del estado de Bienestar, hoy se demuestra como un sistema mal planificado e infradotado de recursos, que además, pone en riesgo otras conquistas precedentes. El caballo de batalla principal de estas iniciativas se encuentra en la concreción práctica del derecho de acceso a las prestaciones de carácter material y económico, en donde la subjetividad, la falta de formación, el desconocimiento e incluso la percepción negativa y el rechazo pueden suponer valoraciones equivocadas y por lo tanto insuficientes para garantizar el regulado acceso a las ayudas. Y en tal caballo de batalla, también la enfermedad mental sale peor parada que otras problemáticas sociales. Se cuestiona una vez más, gravemente, el derecho a disfrutar de un nivel de vida adecuado que se recoge en el PIDESC (artículo 11).

Siendo los recursos escasos, al menos sí comienza a detectarse un cambio o reorientación por parte de los profesionales que atienden en los dispositivos de atención social hacia un espíritu más integrador y asumiendo como un objetivo posible la recuperación de los usuarios a los que atiende. Hay que señalar que este espíritu, de procurar la habilitación o recuperación, se encontraba ya presente en los postulados originarios de la psicología social comunitaria hace casi seis décadas y que, por lo tanto, no resulta novedoso en el fondo. Quizá, la forma sí resulte algo más moderna, al añadirse matices recogidos de otras disciplinas, como la Sociología, tales como el concepto de *empowerment*, o empoderamiento y que, en definitiva, lo que implica es un reconocimiento de la situación previa de desequilibrio en la relación profesional/paciente (usuario), en el que aquel decía lo que había que hacer, y éste último aceptaba sin lugar a plantear duda o sugerencia alguna, de forma subordinada y totalmente sumisa. Pero ahí termina la novedad, en el mero hecho de que los profesio-

nales comienzan a reconocer las consecuencias negativas de tal desbalance de poder y empiezan a ver que es necesario deshacer el camino, permitir que el usuario sea el protagonista de las decisiones relativas a las acciones de intervención psicosocial que se le proponen, pues ese desbalance era tal, la relación de jerarquía era tan rígida y generaba una posición tan predominante por parte del profesional, tan sumisa por el lado del usuario, que ahora cuesta establecer la convicción firme de que lo contrario es posible. Van a hacer falta muchas dosis de comprensión, de apoyo y de información útil para ir transformando esa realidad, y para que los espacios donde se desarrollan las intervenciones y las terapias sean entornos de crecimiento y desarrollo, de evolución y progreso, en lugar de meros receptáculos de experimentación, observación, contención, que eran, sin lugar a dudas, más amables con los intereses del profesional que con los objetivos de mejoría e integración que garantizasen el desarrollo de una participación y vida social dignas y plenas. Trabajar por la recuperación, orientar las acciones hacia ello vende, se ha convertido en una moda, pero los profesionales que están abriendo de nuevo esa brecha deben ser conscientes de que no basta la mera intención, siguen siendo necesarios el respeto hacia la persona que recibe su ayuda, el ser capaces de sentir a la persona que sufre una enfermedad mental como un igual, sin actitudes de superioridad; la capacidad para generar expectativa o esperanza en la recuperación; permitirles tomar las decisiones y participar de las valoraciones que sobre ellos se hacen; y, desde luego, la constancia, la disciplina y el buen hacer, pues no se trata de algo que sea moda pasajera sino un derecho que tienen las personas con enfermedad mental a contar con las mismas oportunidades que el resto de ciudadanos para desarrollar plenamente su dignidad, igualdad y personalidad y vivir su vida con autonomía e independencia.

Aún estamos lejos de cumplir con los principios de equidad, participación ciudadana y calidad que nos recordaba como objetivos la regulación de la Ley de Cohesión y Calidad. La Estrategia en Salud Mental del SNS se fundamenta esencialmente en buscar la corrección de las desigualdades que presenta la atención, pues las mismas, junto a los aspectos aún por cubrir, señalan un sistema al que le falta calidad y por lo tanto al que hay que impulsar. Es necesaria aún mucha inversión, debe aumentar el número de profesionales, y no solo de la Psiquiatría, también de la Psicología, el Trabajo Social y la Terapia Ocupacional (El propio documento de la Estrategia establece como un problema pendiente la *insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental*).

Mención aparte merece la participación ciudadana, que aún está pendiente de abordar. Acaba de producirse la incorporación de una persona, en calidad de usuaria de los sistemas de salud mental, al Comité de seguimiento de la Estrategia, pero la presencia de los pacientes afectados por una enfermedad mental (sean usuarios o ex - usuarios de los sistemas de atención) en los lugares donde se toman las decisiones es prácticamente inexistente. El llamado *movimiento de usuarios de salud mental* en España tiene su origen hace menos de 10 años y está siendo liderado en sus difíciles comienzos por representantes de asociaciones de usuarios o de familiares que trabajan en sus ámbitos locales de actuación (autonomías). Aunque se han empezado a generar estructuras de funcionamiento (asociaciones, federaciones regionales, comités y grupos de discusión) no existe aún un apoyo político decidido a esta iniciativa por parte de las Administraciones públicas, apoyo que va a resultar imprescindible como lo fue para la consolidación del movimiento de familias en su momento hace más de 30 años (el documento de la Estrategia dice que se debe *Garantizar la participación y representación de representantes de los pacientes y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad, en pie de igualdad con los*

profesionales). Aún están vigentes muchas resistencias, dudas y temores a que la persona afectada por una enfermedad mental participe de la toma de decisiones y sea el protagonista de las mismas, a que conquiste su autonomía personal y sea, en definitiva, el dueño de su salud y su vida, donde antes lo fueron por él el familiar y el profesional. No se trata de un conflicto que deba dirimirse de forma excluyente, en el que uno debe ganar y los otros perder, no, se trata más bien, de la inevitabilidad de establecer un diálogo, de compartir una experiencia de otro modo, de reconocer que la enfermedad no es la totalidad que define a un individuo, que sus sentimientos, sus pensamientos, sus derechos también tienen cabida en la convivencia social con ellos, que los tratamientos sociales, sanitarios y judiciales deben replantearse y superar un pasado de condena a la cronicidad y la ocultación. Hoy sabemos más sobre el padecimiento mental, podemos acercarnos más y mejor a ella, con respeto y humanidad, y sin olvidar que la persona que sufre una enfermedad no se reduce tan sólo a esa enfermedad, sino que es algo más complejo y valioso, que tienen unas capacidades y sentimientos que forman parte de su ser y que deben ser también respetados.

En relación a la equidad, debemos ser conscientes de que aún existen graves diferencias entre territorios, diferentes patologías o recursos humanos, no existe una cartera de servicios mínimos y comunes que detalle qué recursos tiene todo paciente psiquiátrico (El documento de la Estrategia, al hablar de responsabilización, establece como una de las medidas: *la publicación de la cartera de servicios y prestaciones en salud mental El Real Decreto 1030/206, de 15 de septiembre marcó unos mínimos que deberían ser desarrollados*). Así, podemos encontrarnos con que en unos territorios se facilita psicoterapia, aunque sea para unos trastornos exclusivamente (normalmente los leves); la tasa de profesionales varía sustancialmente (por ejemplo, en alguna comunidad autónoma cuentan con el triple de psicólogos por 100.000 habitantes que en otras) y la prescripción de tratamientos psicofarmacológicos presenta enormes diferencias según los profesionales. A veces el tiempo para establecer un diagnóstico puede tardar años y el tiempo entre consultas de seguimiento y la duración de las mismas varía con cada paciente prácticamente (es habitual realizan tan solo una consulta cada 2-3 meses, con una duración de menos de 10 minutos, en la mayoría de los pacientes psiquiátricos graves).

La calidad es difícil de determinar, sobre todo porque no existen instrumentos de evaluación eficaces e independientes, el sistema está mal informado (la informatización de las historias clínicas en el ámbito psiquiátrico aún es deficitaria e incompleta) y en cualquier caso, el sistema parece conformarse con reducir el número de hospitalizaciones, usando tan solo ese criterio como indicador de calidad.

En relación a la pretensión que establecía la Ley General de Sanidad de integrar plenamente la atención a los pacientes con una enfermedad mental en el sistema de hospitalización general buscando su total equiparación a las demás personas que requieran servicios sanitarios, debemos recordar que aunque se han establecido servicios de hospitalización psiquiátrica en muchos hospitales generales, aún perviven instituciones de hospitalización psiquiátrica, y desde luego, la atención, en unos y en otros, dista mucho aún de ser equiparable a la que reciben el resto de pacientes que se encuentran hospitalizados en otras especialidades médicas: a los pacientes psiquiátricos frecuentemente se les incomunica, sin dar noticias a sus familias, impidiendo las visitas durante días; no se les informa de los tratamientos que van a recibir, de su duración y efecto; se les retiran sus pertenencias (dinero, teléfono móvil, ropa y otros enseres), no se les deja tener acompañante en su habitación, ni tampoco

televisor, se les cierra con llave a veces en su habitación, en otras ocasiones es la plata de psiquiatría la que se cierra, se les permite fumar (política de salud pública y prevención especial), por citar tan solo algunas circunstancias habituales en esta clase de ingresos, y que más bien parecieran demostrar que se continúa enfocando el tema de salud mental como un asunto sobre todo de seguridad (de los terceros) que de salud (de los pacientes).

En relación a la integridad física y moral y mediante una reflexión de contraste entre el tenor legal recogido en la legislación sobre autonomía del paciente y las experiencias que conocemos desde las asociaciones, y seguramente también del lector, podrá comprobarse la preferencia en la forma de proceder en los espacios de atención a la salud mental por lo que los textos recogen como excepciones (los criterios subjetivos del facultativo, su discrecionalidad), convirtiéndose en la práctica habitual de asistencia a los pacientes psiquiátricos, pues lamentablemente, la mayor parte de los responsables sanitarios de la atención a los problemas de Salud Mental, no distinguen las situaciones de urgencia de las ambulatorias, siendo, en los dos niveles de asistencia sanitaria, la información sobre el diagnóstico psiquiátrico y los tratamientos propuestos escasa o nula en la mayor parte de los casos, y la posibilidad de prestar el consentimiento informado denegado sistemáticamente. Está claro que predomina la valoración subjetiva del médico (puede que el prejuicio y el miedo) de que el paciente mental "*no está en condiciones de prestar el consentimiento"* y de que, además, la situación requiere "*proteger los derechos y libertades de otras personas*" y por lo tanto, por esa razón, "*una persona que, a consecuencia de su enfermedad mental, puede causar lesiones graves a otras personas, puede ser sometida legalmente a medidas de confinamiento o de tratamiento sin su consentimiento*", o sea, prevaleciendo los criterios de seguridad. Como se dijo en el capítulo anterior, a pesar de que la Convención sobre derechos humanos y bioética (1997) exigía la existencia de salvaguardias, aún no se han especificado cuáles deban ser. Además, también hay que recordar que nuestras Administraciones Públicas tienen pendiente cumplir con la previsión de la Disposición adicional 4ª de la propia Ley de Autonomía del Paciente *("El Estado y las Comunidades Autónomas, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley").*

Estas *costumbre asistencial* prevalente en los espacios de asistencia psiquiátrica, fundamentadas en el miedo y por lo tanto al centrarse más en la seguridad y la protección, convierten, en demasiados casos, los recintos donde se presta la misma y la supuesta práctica médica asociada, en focos generadores de abusos y vejaciones.

De acuerdo a los Estándares establecidos por el Comité Europeo para la prevención de la Tortura (CPT) *"cualquier forma de restricción del consentimiento debe estar basada en la Ley y solo podrá producirse en circunstancias excepcionales y ha de estar definida de manera clara y estricta"*, aunque también es cierto, que no ofrece más explicaciones que lo detallen. Algo más clara es la Recomendación (2004) 10 que señala que una persona puede ser sometida a tratamiento involuntario únicamente cuando sufre un trastorno mental que *"representa un riesgo significativo de lesiones graves para su propia salud o para la de los demás"*; cuando no existen otros medios menos restrictivos para llevar a cabo el tratamiento apropiado y cuando se ha tenido en cuenta la opinión de la persona indicada; y además, las recomendaciones añaden una serie de garantías procesales: el ofrecimiento de información verbal o por escrito a la persona respecto a sus derechos y sus posibilidades de recurso (¿alguna vez se hace?) y con

garantía de que todas las personas puedan ejercer sus derechos de recurso frente a dichas decisiones (¿cuáles son esas garantías en nuestro Sistema?).

Muchas cuestiones pendientes en relación al ambiente de hospitalización y la forma de prestar la atención a las personas con enfermedad mental aconsejan una revisión en profundidad de los protocolos de actuación en el ámbito de la Psiquiatría para actualizarlos y dotarlos de mayores garantías de protección a los derechos de los pacientes con problemas psiquiátricos, aprovechando para dar pasos hacia una mayor y mejor definición de los límites que debe la atención de la salud mental. Consideramos un buen punto de partida, aunque mejorable, la *Resolución 16/119, de 19 de diciembre de 1991, Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas, y de los que destacaremos algunas cuestiones para incitar a su lectura completa: en relación al *tratamiento,* el principio 9 establece que *"El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal"*; o en relación a la *medicación,* el principio 10: *"La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros* (…). *Los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada"*, en relación al *consentimiento para el tratamiento,* en el principio 11: *"No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos, su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente* (…)".

Deteniéndonos en ese último asunto, tenemos que decir que en base a testimonios recogidos de pacientes afectados por patologías psiquiátricas graves la utilización de prácticas como la contención mecánica y química y el aislamiento por tiempos prolongados y como método de represión y castigo en los lugares donde se producen ingresos psiquiátricos continúa siendo algo frecuente. Esta situación sigue resultando alarmante y recuerda las calificaciones que los informes del Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) dieron a tales prácticas: *como abusos y malos tratos que deben ser corregidos*. (Se recomienda la lectura de los informes 8º y 16º del citado comité). Esperamos que los responsables de la Sanidad española asuman su responsabilidad en la pervivencia de tales prácticas abusivas en nuestros espacios de atención, su complicidad por inacción, y tomen en consideración el adoptar un compromiso serio para erradicarlas de una ver por todas de nuestro Sistema Nacional de Salud. Por desgracia, las organizaciones de la sociedad civil, los individuos afectados y sus familias se encuentran limitados por no decir anulados, para denunciar esta clase de vejaciones, pues no existen mecanismos de queja y denuncia ágiles y eficaces para garantizar la defensa de los derechos de las personas que se encuentran internadas en una unidad de hospitalización psiquiátrica, y ello agravado con la dificultad para poder probar tales abusos. Naciones Unidas, concluyendo con el muestrario de Principios para mejorar la atención a la Salud Mental, recomendaba en relación a la *Información sobre derechos,* en el Principio 12 que: *"Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden* (…) *en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una*

explicación sobre esos derechos y de la manera de ejercerlos. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces para representar los intereses del paciente y deseen hacerlo". O en el principio 21, relativo a *Quejas*: "Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional, o el principio 22, en relación a *Vigilancia y recursos: "Los Estados velarán para que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para caso de conducta profesional indebida o de violación de los derechos del paciente",* que ante lo alejados que aún estamos de conseguir un sistema de atención de calidad, eficaz y que garantice los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, podrían servirnos de guía para emprender ciertos cambios en nuestro Sistema.

Los sistemas de queja o reclamación son genéricos y están burocratizados y la información específica sobre derechos a los pacientes con enfermedad mental en recintos hospitalarios es inexistente y, en general, en todo el Sistema socio-sanitario de atención (como experiencia pionera véase la *Carta de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias* aprobada por la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias como una apuesta por adoptar un enfoque de derechos humanos en la atención a la Salud Mental a la par que dar cumplimiento al artículo 51 de la C.E. que obliga a los poderes públicos a garantizar la defensa de los consumidores y usuarios).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en relación a la aplicación de un tratamiento físico sin previo consentimiento determinó que *"La aplicación de un tratamiento médico sin el consentimiento de un paciente adulto y mentalmente competente podría interferir con la integridad física de éste"*, con violación de los derechos del paciente protegidos por el artículo 8, párrafo 1 del Convenio Europeo de Derechos humanos, y al considerar que los derechos a la propia voluntad y el concepto de autonomía personal son inherentes al derecho a la vida personal y familiar, y que nos sugiere una vía de protección que debiéramos tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. Puesto que no podemos exigir de momento la universalidad de las prestaciones sanitarias y sociales, quizá sí debamos exigir que las que recibimos sean dignas y no atenten contra nuestra integridad física ni moral.

Para finalizar, muchas de las personas que padecen enfermedades mentales graves, como consecuencia de los años de exclusión y abuso a que han sido sometidos tienen internalizado el sentimiento de culpabilización y se consideran los responsables de todo lo que les sucede, asumiendo que pertenece a una categoría inferior al resto de personas y por lo tanto que no cuentan con las mismas oportunidades y derechos. Esta percepción negativa de sí mismos (autoestigma) dificulta su autodefensa y el ejercicio pleno de sus derechos, pues en muchas ocasiones ni siquiera son conscientes de estar sufriendo el abuso o la violación de los mismos.

De esa realidad, deben ser conscientes todas las personas que trabajan en relación a la mejora de la calidad de vida del colectivo de personas con enfermedad mental y sus familias, tal y como nos recuerda la propia Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: *"las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos*

los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos". Sin embargo, Gobiernos y Administraciones de todo el Estado, continúan vulnerando los derechos humanos de las personas con discapacidad y los organismos de la administración y la sociedad civil apenas se mueven en su defensa[f].

4. ALGUNAS PROPUESTAS

Espero que la lectura del texto contribuya en el lector a acercarse a conocer la regulación legal establecida en los textos legales tanto de carácter nacional como internacional, y que ello contribuya a un mejor conocimiento de los derechos de los que son titulares las personas con enfermedad mental. Los propios afectados, sus familias y los profesionales del ámbito de la Salud Mental deben mejorar su conocimiento en relación a los derechos humanos para sentirse en la confianza necesaria para exigir las mejoras que aún están pendientes en nuestros sistemas públicos de atención. No debemos olvidar que garantizar el acceso igual a los derechos políticos, sociales, económicos y culturales constituye nuestra reivindicación constante y a la que los responsables políticos deben dar respuesta. Para ello, resulta esencial:

- Difundir la legislación sobre derechos humanos. En general, es necesario emprender una suerte de *pedagogía legal* desde las administraciones y las organizaciones no gubernamentales, para que el colectivo de personas con enfermedad mental conozca los derechos de los que son titulares y la forma de hacerlos valer.
- Desde luego deben establecerse mecanismos de denuncia ágiles y eficaces. Y deben darse a conocer a los usuarios de los servicios de atención.
- Debe invertirse en recursos humanos. Las tasas de profesionales son claramente insuficientes. Además, existe un predominio por lo biológico en los tratamientos, por lo que debería potenciarse lo psicológico y social (si nuestro modelo es *biopsicosocial*, con claro predominio de lo bio, sobre los psicosocial, deberíamos invertir esa proporción (en los Países Bajos existe una tasa por encima de los 150 trabajadores sociales por 100.000 habitantes, mientras que en España no llegamos a 2).
- Debe establecerse una Cartera de servicios comunes de atención a la Salud Mental, tanto del nivel sanitario como de servicios sociales.
- Debe garantizarse la participación activa de los destinatarios (pacientes, usuarios, o como quiera llamárseles) en el diseño, planificación y evaluación de los servicios y programas.
- Deben desarrollarse campañas de sensibilización y concienciación social duraderas en el tiempo.
- Deben elaborarse planes estratégicos específicos para la lucha contra el estigma.
- Se debe trabajar por la prevención primaria y secundaria en el ámbito de la Salud Mental (detección precoz, diagnóstico eficaz, seguimiento intensivo, continuidad de cuidados, atención domiciliaria, vigilancia de la salud física, protocolos de prevención del suicidio, etc).
- Humanizar la asistencia
- Orientar la atención a la recuperación

5. SOBRE LA DEFENSA

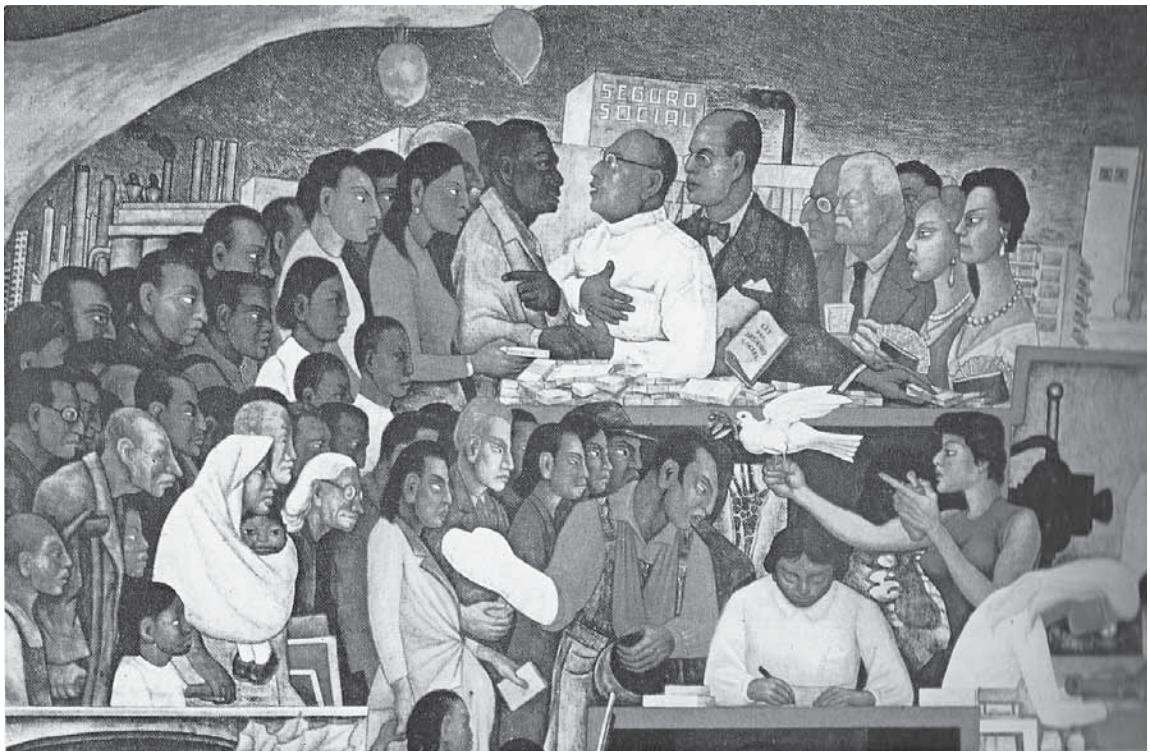
Como se ha comentado más arriba, debe considerarse seriamente el hecho de que la gran mayoría de personas afectadas por una patología mental grave desconoce cuales son sus derechos o incluso tienen el convencimiento de tener menos o diferentes derechos al resto de ciudadanos y esto requiere el dedicar grandes esfuerzos

[f] Se recomienda la lectura del Informe de la Asociación SOLCOM, para la solidaridad comunitaria de las personas con diversidad funcional y la inclusión social (http://www.asociacionsolcom.org/) sobre las Violaciones en España de la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad (diversidad funcional) de la ONU, publicado en diciembre de 2010.

a informar, sensibilizar, concienciar, enseñar a defenderse, en definitiva, a personas que ahora tiene interiorizado el rol de víctima que tanto se les ha proyectado e ignora que eso es equivocado y por lo tanto deben visibilizar su problemática asumiendo la defensa de sus derechos. Nadie va a defender sus derechos, pero antes debe hacérseles saber que los tienen y con qué mecanismos cuentan para hacerlos valer.

Una vez que los conozcamos, es imprescindible que las personas directamente afectadas tomemos la iniciativa, pues nadie, absolutamente nadie va a hacer valer los derechos de mejor manera que nosotros, desde el testimonio y el valor de la primera persona y la experiencia directa. Debemos abandonar, de una vez por todas, el temor al rechazo y la incertidumbre sobre el futuro, pues solamente cabe mirar hacia adelante y procurar mejorar. Si en algo hemos avanzado es en el reconocimiento legal de los derechos humanos, ahora tenemos instrumentos con los que antes era impensable contar, ahora, es nuestra responsabilidad, utilizarlos para mejorar nuestras condiciones de vida y salir de la exclusión social.

9
SITUACIÓN MUNDIAL. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE BUENAS PRÁCTICAS



Diego Rivera. *Historia de la medicina en México: la demanda popular por una mejor salud* (detalle), 1953, mural, Hospital de la Raza, Ciudad de México.

9.1 Situación mundial, *M Desviat, A Moreno;* 9.2 Experiencias internacionales de buenas prácticas: Trieste, Lille, *M Desviat, A Moreno* 9.3 La reforma psiquiátrica en Brasil, *D S Nascimiento Alves, P Fagundes, H Fagundes.*

9.1. La situación mundial

Manuel Desviat, Ana Moreno

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud nos alertan de la magnitud epidemiológica de los trastornos de salud mental; una de cada cuatro personas -el 25% de la población mundial-, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia, enfermedades que representan una carga -medida de años de vida perdidos por discapacidad- superior al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Hay un progresivo incremento de las tasas de suicidio (que representa el 1,5% del conjunto de la mortalidad mundial) y cientos de millones de personas atrapadas en el alcoholismo -se calcula que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan del 5 % al 10% de la población mundial- o por otras adicciones, que implican una fuente principal de morbilidad y uno de los mayores negocios criminales del mundo. Trastornos que son solo la punta de un iceberg, la morbilidad y la mortalidad detectada. Y que se considera va a crecer en nuestro siglo, gracias al aumento de los factores adversos, de las circunstancias que hacen vulnerables a grandes sectores de la población mundial (la existencia entre un 20 y un 75 por ciento de mujeres víctimas de la violencia género, el aumento del maltrato y el abuso a los niños, mediante la explotación sexual, la esclavitud laboral y el abandono, tan frecuente en muchas partes del mundo; la existencia de millones de refugiados, de gentes desplazadas por conflictos bélicos o persecuciones políticas; limpieza étnica y violaciones masivas de los derechos humanos que se producen en todo el mundo). La calidad del medio social en que se desenvuelve la persona está íntimamente ligada al riesgo de que esta llegue a padecer una enfermedad mental y a la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica. La esquizofrenia no es una "enfermedad social" y, sin embargo, los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en las probabilidades de recuperación. Las pérdidas significativas, los traumas sufridos en la niñez y aquellos vividos por personas relativamente indefensas, juegan un papel predominante en la incidencia y prevalencia de trastornos mentales. Pero, también sabemos que la relativa prosperidad de los países de economía avanzada no se traduce necesariamente en bienestar individual o social. Los estudios epidemiológicos de los últimos cincuenta años en Europa Occidental y en Estados Unidos indican la alta prevalencia de algunos problemas de salud mental (depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas, trastornos de la alimentación). Problemas que nos remiten a un estilo de vida poco saludable, cuando no claramente patógeno. Además de a la creciente desigualdad, al incremento de los inútiles sociales, del sobrante social y de las bolsas de pobreza existentes en los países de economías avanzadas. Esta expansión de los trastornos mentales, se produce en tiempos de redefinición de los sistemas de atención, como ya hemos tratado en la parte 1era de este libro, con recortes en la universalidad

de las prestaciones, amparados en la crisis económica. El estancamiento económico tiene un impacto directo e indirecto sobre el bienestar social y mental. El desempleo crónico, y las malas condiciones de trabajo pueden ser causa de ansiedad, depresión o estrés crónico y al mismo tiempo pueden tener un efecto perjudicial sobre la calidad de la vida de familias y comunidades. Muchos problemas de salud mental, como el abuso de substancias, la violencia, el suicidio y la demencia se presentan igualmente en los países de altos y bajos ingresos, cabiendo esperar que las soluciones que se encuentren en unos puedan ser igualmente eficaces en otros. Contrariamente a las creencias preponderantes, existen tratamiento costo-efectivos para algunas enfermedades (por ejemplo, depresión, epilepsia y esquizofrenia) y algunas pueden ser prevenidas (por ejemplo, algunas formas de retraso mental). A este respecto conviene señalar la existencia de numerosas experiencias locales y proyectos de demostración. Es mucho lo que en estos campos los países industrializados pueden aprender de los que tienen pocos ingresos, sólo si comparten información. Aun para enfermedades para las que actualmente no hay tratamiento ni prevención efectivos, ya se dispone de suficientes conocimientos que pueden servir de base para la elaboración de políticas y programas y para generar investigaciones cruciales para el futuro. A pesar de lo dicho, hay una renuncia en el mundo a darle la debida prioridad a los problemas de salud mental, a reconocer que se conglomeran por obra de círculos viciosos y a asignar recursos –humanos y materiales– para el desarrollo de políticas y programas. La atención a la enfermedad mental constituye una de las últimas fronteras que hay que franquear para mejorar la condición humana. Frente al extendido estigma y descuido respecto a la salud mental, se hace imperativo que ésta sea incluida en la agenda internacional[1, 2].

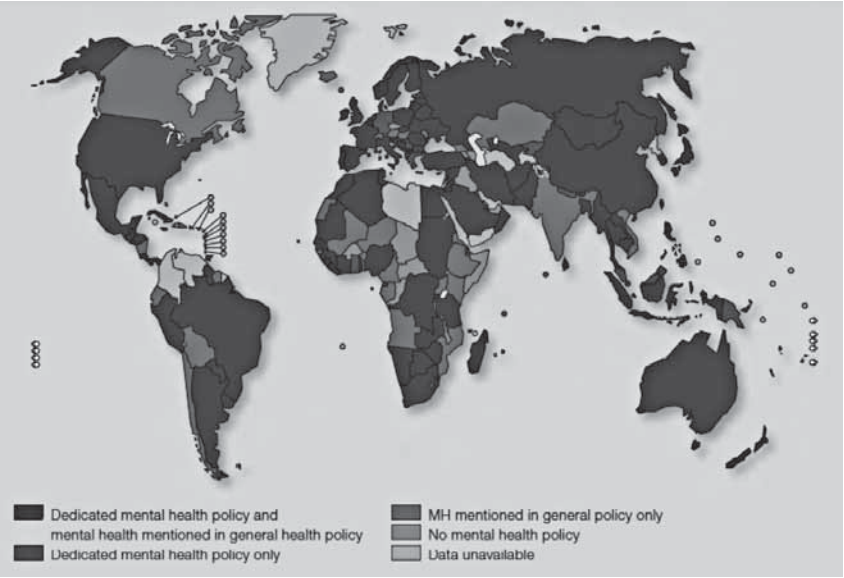
RECURSOS
Atlas OMS, 2011[3]

- Los RECURSOS para tratar y prevenir los trastornos mentales siguen siendo INSUFICIENTES:
  - A nivel mundial, el gasto en salud mental es menos de dos dólares EE.UU. por persona y año y menos de 25 centavos en los países de bajos ingresos.
  - Casi la mitad de la población mundial vive en un país donde, en promedio, hay un psiquiatra o menos para servir a 200.000 personas.
- Los recursos para la salud mental están DESIGUALMENTE DISTRIBUIDOS:
  - Sólo el 36% de las personas que viven en países de bajos ingresos están cubiertos por la legislación de salud mental. En contraste, la tasa correspondiente a los países de altos ingresos es del 92%. La legislación dedicada a salud mental pueden ayudar a reforzar legalmente las metas de las políticas y planes en línea con los derechos humanos internacionales y las prácticas habituales.
  - Las instalaciones para pacientes ambulatorios de salud mental son 58 veces más frecuentes en los países de ingresos altos en comparación con los países de bajos ingresos.
  - Organizaciones usuario / consumidor están presentes en el 83% de los países de ingresos altos en comparación con el 49% en los países de bajos ingresos.
- Los recursos para la salud mental son UTILIZADOS DE FORMA INEFICIENTE
  - Globalmente, el 63% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales psiquiátricos, y el 67% del gasto en salud mental se dirige a estas instituciones.
  - A pesar de eso, hay un signo de esperanza: La Atención Institucional para los trastornos mentales puede estar lentamente DISMINUYENDO EN TODO EL MUNDO. Aunque los recursos se concentran en hospitales psiquiátricos, se ha producido una modesta disminución en las camas de hospital de salud mental desde 2005 hasta 2011 a nivel mundial y en casi todos los grupos por ingresos y regiones

Según datos de la OMS, más del 40% de los países carecen de política de salud mental; más del 30% de los países carecen de programa de salud mental; más del 25% de los países carecen de medicación psiquiátrica básica en atención primaria; el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes[4]. Estas carencias podrían reducirse con la implementación de unas políticas adecuadas que tuvieran en cuenta una mejor distribución de los recursos (con asignación de recursos que favorece los hospitales psiquiátricos y otros servicios anticuados o inapropiados en detrimento de la asistencia comunitaria) y una serie de factores que inciden en la salud mental como empleo, vivienda, asistencia social, y justicia civil y penal.

> Aunque hay diferencias entre países, es esencial que cada uno desarrolle políticas, planes y programas de salud mental. Una política resume la filosofía, los valores y los principios, identifica las áreas para la actuación e indica quién asumirá la responsabilidad de dichas acciones. Establece, asimismo, prioridades para las estrategias. Un plan proporciona un esquema detallado para llevar a cabo las acciones estratégicas. Un programa se centra en el diseño y puesta en práctica de objetivos específicos que se deben lograr para conseguir una mejor salud mental. Disponiendo de políticas, planes y programas, los países se encuentran en una buena posición para mejorar de manera sistemática la salud mental de su población. (OMS, 2005)[5]

Figura 1. Existencia de política de salud mental en estados miembros de la OMS.



Es necesaria una legislación en salud mental para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, un sector vulnerable de la sociedad que se enfrenta a la estigmatización, discriminación, marginación en la mayoría de las sociedades, y con relativa frecuencia a la violación de los derechos humanos. En el 25% de los países del mundo no existe ninguna legislación nacional en salud mental, lo que supone casi el 31% de la población mundial, aunque los países con un sistema de gobierno federal pueden tener leyes de salud mental en los estados o regiones autónomas. Hay que tener en cuenta que con relativa frecuencia la existencia de una legislación garantista de los derechos de las personas con trastornos mentales no garantiza su protección y que en algunos países, la legislación en salud mental contiene disposiciones que conllevan a la violación de los derechos humanos.

La OMS, en sus Guías sobre servicios y políticas de Salud, considera disposiciones fundamentales para la legislación de la salud mental:
- el principio de la alternativa menos restrictiva.
- confidencialidad.
- consentimiento informado.
- ingreso voluntario e involuntario.
- tratamiento voluntario e involuntario.
- comisión de revisión independiente.
- competencia y tutela.

Aparte de otras disposiciones legislativas sobre otros aspectos que inciden sobre la salud mental de las poblaciones como vivienda, empleo, seguridad social o referidas a proteger los derechos de los grupos vulnerables tales como mujeres, niños, ancianos y poblaciones indígenas[6].

Figura 2. Legislación sobre salud mental en estados miembros de la OMS.

La financiación adecuada y sostenida es una de las condiciones de posibilidad para que sea viable cualquier sistema de salud. La voluntad política de los gobiernos se mide en el monto de la asignación a los programas que permita no solo los recursos necesarios en infraestructuras, personal y tecnología, la prestación de los servicios, sino también la formación y capacitación apropiada de los trabajadores del sector. En la financiación se debe tener en cuenta la persistencia durante largo tiempo, la cronicidad, de numerosas enfermedades, entre otras muchas las psiquiátricas. Garantizar con la financiación del Estado la cobertura universal pública es la única garantía para el desarrollo de unos servicios solidarios con los grupos sociales más frágiles. Algunas medidas que favorecen el desarrollo de programas comunitarios son:

- La transferencia de fondos de los hospitales psiquiátricos a la atención comunitaria.
- Evitar la duplicidad de servicios de salud mental.
- Crear estructuras de gestión tipo gestión clínica con autonomía y corresponsabilidad de los servicios de salud mental.
- Control del gasto farmacéutico. Medidas que favorezcan el uso racional de los medicamentos.
- Dedicación exclusiva de los profesionales, sobre todo de los médicos y psicólogos, que trabajan en el sector público.

Otro indicador importante para medir el desarrollo de un modelo trasformador de la asistencia psiquiátrica es la existencia de un número reducido de camas psiquiátricas en Hospital General. Hay grandes diferencias en cuanto al número de camas de este tipo

disponibles para la atención de salud mental. La mediana del número de camas a nivel mundial es de 1,5 por 10 000 habitantes, y va desde 0,33 en la Región de Asia Sudoriental de la OMS hasta 9,3 en la Región de Europa. Casi dos terceras partes de la población mundial tienen acceso a menos de una cama por 10 000 habitantes, y más de la mitad del total de camas se encuentran aún en instituciones psiquiátricas que a menudo tienen una función custodial más que de atención de salud mental.

Figura 3. Índice medio de camas psiquiátricas por 100.000 habitantes en hospitales generales, por regiones de la OMS

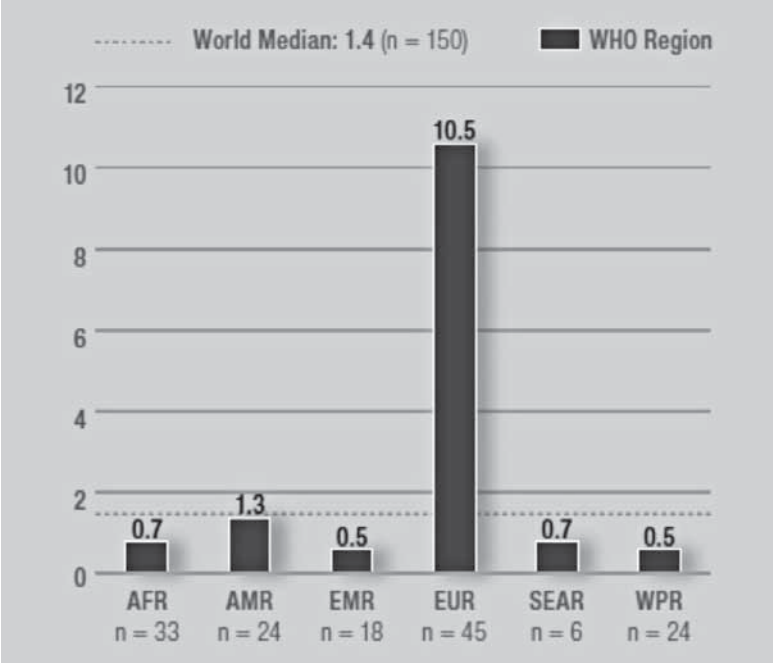


Figura 4. Número total de recursos humanos (por 100.000 habitantes) que trabajan en el sector de salud mental, por regiones OMS

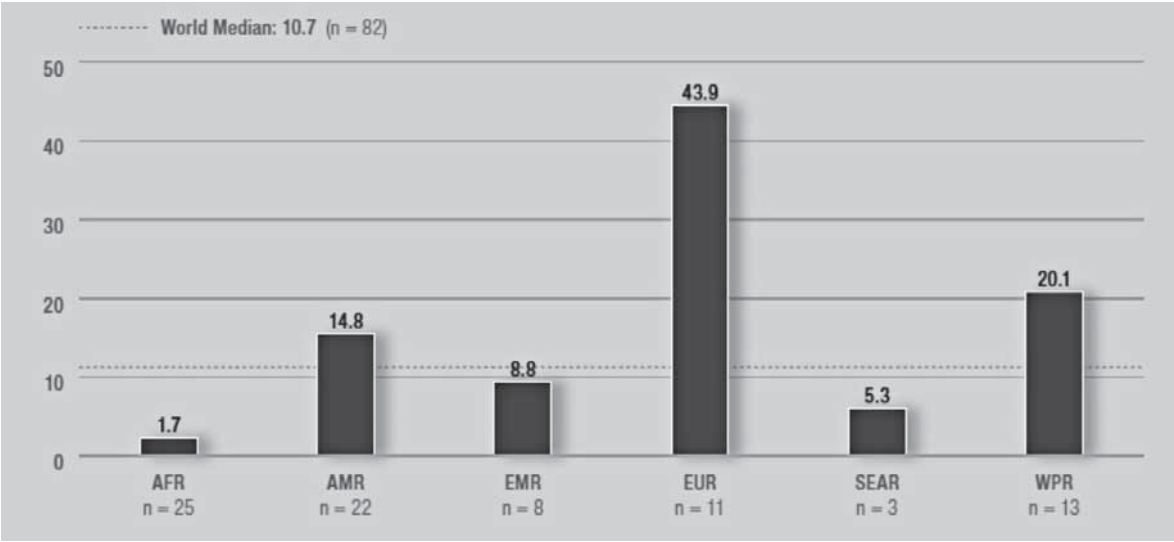
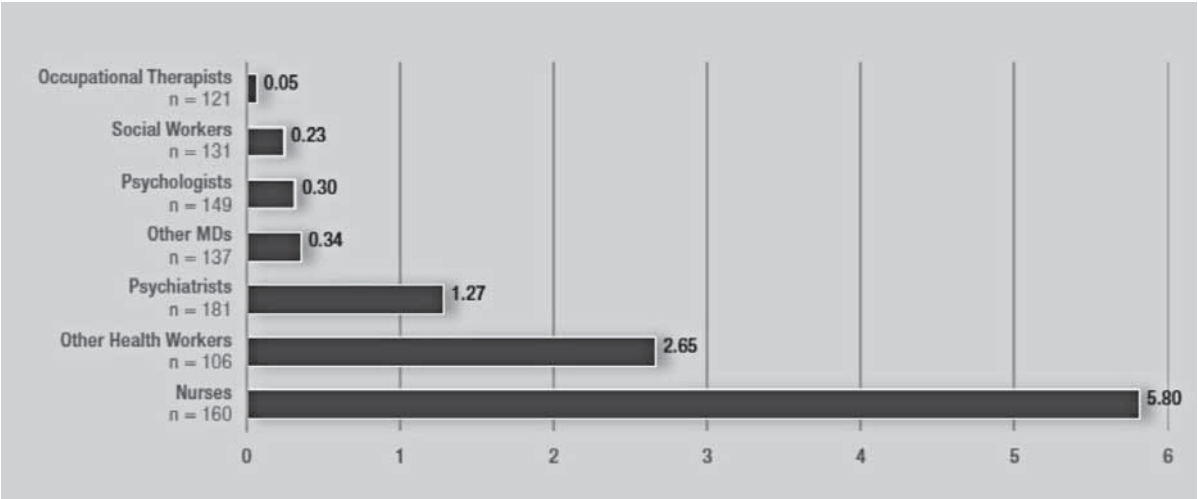


Figura 5. Media mundial de recursos humanos dedicados a salud mental, por 100.000 habitantes



Pero no es solo una cuestión de recursos: países en desarrollo y aún de baja renta demuestran que es posible la implantación de programas menos costosos, siempre que la organización de los servicios públicos opte por un sistema nacional de salud que priorice la atención comunitaria, reconvirtiendo los costosos recursos de los grandes hospitales psiquiátricos y evitando la duplicación de prestaciones dentro de la propia sanidad y con dispositivos sociosanitarios, amén de la fagocitación de la sanidad pública por intereses privados.

Otra cuestión a tener en cuenta que va más allá de los recursos clínicos es la promoción y la prevención de la salud, algo completamente fuera, o anecdótico, en agendas e iniciativas de la mayoría de los países desarrollados.

Conclusiones cuaderno técnico n 1 (AEN, 1996)[1]

Ahora es el tiempo para actuar. La comunidad humana no puede permitir que ninguno de sus miembros pierda los beneficios de los sorprendentes progresos realizados en las cuatro últimas décadas. Si no nos decidimos a tratar la salud mental y los aspectos conductuales de la salud con la misma seriedad con que tratamos las necesidades más obvias de la salud física, se perderán las ganancias hechas. Deberá ser evidente que las enfermedades y condiciones comúnmente desechadas como meros “problemas psicológicos” o problemas no médicos del comportamiento, tienen un impacto directo en la salud física y el bienestar. Nos preguntamos dónde está, en último término, la ventaja de haber aumentado la esperanza de vida en el hemisferio sur en cincuenta por ciento, si la calidad de la vida permanece baja o mediocre. También cuestionamos los beneficios que en última instancia se derivarán de la reducción en las tasas de mortalidad materna si las madres que salvamos van a morir luego a manos de sus maridos. Y nos interrogamos qué beneficios se derivarán para la humanidad si los niños que sobreviven la mortalidad infantil y los que se libran de morir de viruela o sarampión, serán más tarde vendidos como esclavos sexuales o forzados a vivir en las calles para transformarse en consumidores de substancias adictivas y víctimas (o perpetradores) de violencia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

OMS. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: OMS; 2005. Una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud mental. El punto de inicio se halla en el módulo titulado El Contexto de la Salud Mental, donde se describe el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos. El módulo principal es el que tiene por título Políticas, Planes y Programas de Salud Mental, el cual proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas.

- El Contexto de la Salud Mental.
- Políticas, Planes y Programas de Salud Mental
- Financiación de la Salud Mental
- Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos
- Fomento de la Salud Mental
- Organización de los Servicios de Salud Mental
- Mejora de la Calidad de la Salud Mental
- Planificación y Elaboración de Presupuestos para la Prestación de Serviciosde Salud Mental
- Mejora al Acceso y Uso de Psicofármacos
- Recursos Humanos y Formación de Salud Mental
- Salud Mental en Niños y Adolescentes

AEN. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Cuaderno técnico nº 1. Madrid: AEN; 1996. Informe de la OPS/OMS que sintetiza la obra de Desjarlais R y otros, salud mental en el mundo, ofreciendo una panorámica de los problemas y prioridades de las poblaciones de baja renta en salud mental, de absoluta actualidad.

Who. Mental Health Atlas 2011. Geneve: WHO; 2011. Nueva revision del Atlas que OMS inició en 2001 sobre la situación de los trastornos mentales y los recursos para atenderlos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) AEN. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Madrid: AEN; 1996.
(2) Desjarlais R, Eisenberg L, Goodd B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS; 1997.
(3) Who. Mental Health Atlas 2011. Geneve: WHO; 2011.
(4) OMS. Proyecto de política de salud mental. Guía de orientación sobre política y servicios 2921. Ginebra: OMS; 2001.
(5) OMS. Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental). Ginebra: OMS; 2005.
(6) OMS. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). Ginebra: OMS; 2005.

Nota: las imágenes que ilustran este capítulo se han obtenido de Who. Mental Health Atlas 2011. Geneve: WHO; 2011.

9.2. Experiencias internacionales de buenas prácticas

Manuel Desviat, Ana Moreno

Los límites de espacio nos obligan a reducir a unas pocas las experiencias que han conseguido alcanzar desarrollos originales, enriqueciendo la cultura de la salud mental comunitaria. En los capítulos de la parte primera hicimos referencia al desarrollo de los modelos comunitarios de una forma general, como modelo adoptado por países, aunque cuando se habla de la reforma italiana, francesa o española, estamos refiriéndonos generalmente a unos principios que las constituyen, pero que solo se han desarrollando plenamente en algunos lugares. Italia es la Ley 180 y su debate actual, pero no es Trieste ni Verona Sur. El propósito de este capítulo y el siguiente no va ser abordar de nuevo un modelo nacional, sino revisar tres ejemplos diferentes que tienen en común su vocación comunitaria, participativa y de defensa de la autonomía y derechos ciudadanos de las personas aquejadas de trastornos mentales, que han aportado novedades organizativas, técnicas y teóricas al desarrollo de una atención comunitaria. Hay muchas más, y muy interesantes, en España, por ejemplo, el trabajo en red de Jerez, con su gestión clínica, o Girona, o la psiquiatría en el área de salud, en Leganés, que puede enseñarnos además la vulnerabilidad de procesos profundamente asentados, o refiriéndonos a otras iniciales, Asturias, o Navarra… e internacionalmente, en todos los continentes, como muestran los informes de la OMS y el libro reiteradamente citado de Desjarlais y otros *Salud Mental en el mundo*[a]. ¿Por qué Trieste? ¿Por qué Lille? ¿Por qué Brasil? Digamos que no es ni aleatorio ni arbitrario. Las razones de Trieste están en su cooperativa social como forma de rehabilitación e integración, además de su red desinstitucionalizadora y comunitaria que puede ser común a otras muchas experiencias y en su respeto por la autonomía de las personas acogidas en sus centros. El caso de Lille se justifica por la originalidad de su integración en el tejido ciudadano. Y en el caso de Brasil, por ser para nosotros el mejor ejemplo existente hoy de involucración de toda la sociedad, desde la esfera política, gubernamental y legislativa a todo el tejido social, y de una planificación que entiende de la salud pública y de las necesidades de las personas aquejadas de trastornos mentales. Estas son nuestras razones, las razones por las que venimos citando como ejemplo de buenas prácticas estos procesos de acción comunitaria, y por las que vamos a exponer más detenidamente aquí sus características.

LA EMPRESA SOCIAL DE TRIESTE (F.Pitucco y F. Totelli)[b]

Comenzábamos partiendo de la contradicción más seria: el salto radical entre el mundo del trabajo y el de la beneficencia. El tema en discusión era el enorme gasto en recursos, tanto económicos como humanos, que esto supone. Lo que poníamos en cuestión era el concepto de normalidad productiva, cambiante con el tiempo, pero que define la línea de separación entre lo dos mundos en cada momento; lo que nos

[a] Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo. Washington: OPS; 1997.

[b] Fragmento del artículo "La empresa social de Trieste" de F. Pitucco, enfermero, y F. Rotelli, psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Trieste (Italia), publicado en *Psiquiatría Pública*[1]

dolía era la destrucción de los recursos destinados a los usuarios de la beneficencia (minusválidos, ancianos, locos, desempleados, marginales, etc.), incluso a pesar de tratarse de recursos residuales.

La tarea de la redistribución es ingente, como lo es la modificación de la cultura de las agencias de beneficencia y de los miles de operadores que en ellas se reúnen. Las formas de usar enormes recursos distribuidos de un modo tal que su rendimiento resulta nulo y protege la invalidación en vez de dar valor, activar, animar, llevar o hacer, son asimismo inmensas.

La distancia entre el mercado laboral y la beneficencia puede ser salvada por empresarios pero, sobre todo, comenzando a modificar las culturas y prácticas en el mundo de los usuarios de la beneficencia, así como en el mundo, lleno de facetas, de quienes proveen dicha beneficencia.

Las sociedades cooperativas y los servicios públicos son cuerpos que hay que considerar a la hora de movilizar energías, incluso residuales o mínimas, por medio de alianzas que desplacen recursos inmovilizados en el sector público a una empresa social.

El largo camino de una desinstitucionalización real en Psiquiatría (que no sea una mera deshospitalización), no era sino la movilización de los recursos humanos, denegada por las anquilosadas normas de las instituciones, de hecho institucionalmente negadas y destruidas.

Hemos estado denunciando el establecimiento activo de formas de opresión durante años. Y durante años hemos preferido buscar los medios para crear activamente un acceso real a los derechos, no solo el derecho a la asistencia médica, sino también a producir, tener una casa, una actividad, una relación, medios económicos y a ser valorado.

El acto de tratar se convierte en una contribución a la creación de esas condiciones: fortalecer, apoyar, trabajar para desarrollar la ingeniería social de esta realidad posible.

Si los sectores privado y público convergen en un proceso de cualificación que haga que los servicios, las oportunidades, los instrumentos, la formación y la información estén al alcance de los grupos socialmente devaluados, y si muchos profesionales abandonan su celo por mantener un estatus aparte y actúan sin renunciar a ninguna de sus habilidades y capacidades profesionales, habrá un lugar para la esperanza.

A menudo hemos cometido errores a lo largo de este camino: hemos enfatizado el hacer, el llevar a cabo, el producir, en detrimento de los contactos con las personas más frágiles. En otras ocasiones enfatizamos las redes solidarias, sin calidad, que solamente son gratificantes para nosotros, y destruimos las oportunidades y la riqueza en nombre de una protección social. Pedimos demasiado, o demasiado poco.

Nuestros deberes deben ser: la rehabilitación de las instituciones rehabilitadoras, de tal modo que podamos presentarnos a pedir a los empresarios, a los profesionales y a quienes se hallan en el mercado laboral su ayuda, su energía y su cooperación. En ese punto, tendremos varias cosas que decir, suponiendo que, mientras tanto, rehabilitemos la beneficencia, comenzando a producir recursos. Corresponde al Estado (y a sus distintas Agencias) realizar su parte de este plan, y nos corresponde a nosotros modificar nuestras prácticas y culturas obsoletas, sin mostrar temor ante el mito de la empresa.

Desde 1980, se organizaron en Trieste las primeras cooperativas que integraban personas desfavorecidas. En 1991, tomando en cuenta las experiencias positivas realizadas en todo el país, el Gobierno italiano aprueba la Ley de Disciplina de las cooperativas sociales. La Ley prevé que las cooperativas sociales puedan gestionar servicios socio-sanitarios y educativas y realizar diferentes tipos de actividades (agrícolas, industriales, comerciales, entrega de servicios),

orientadas a proporcionar empleo a personas desfavorecidas. Las personas desfavorecidas deben ser, de acuerdo con la ley, por lo menos el 30% de los trabajadores de las cooperativas. El Departamento de Salud Mental de Trieste tiene acuerdos formales de colaboración con 2 cooperativas para la gestión de servicios socio-sanitarios y educativos en las estructuras residenciales y con 10 cooperativas que integran personas desfavorecidas en diferentes actividades de trabajo: jardinería, artesanía para habitaciones y moda, adornos arquitectónicos, serigrafía, catering, limpieza, recuperación y reciclaje de material de desecho, transporte[c].

El inicio de la reforma (Peppe Dell. Acqua)[d]

> ... La ideología dominante es que el loco es peligroso y tiene que estar encerrado en un manicomio. Por esto, el inicio del trabajo consiste en convencer de que las cosas no son así. Día a día tratamos de mostrar que cambiando concretamente la relación con el internado, cambiaba el sentido de esta relación. El enfermero empezó a convencerse que su trabajo podría ser diferente y a convertirse en un agente de transformación. Por otro lado, para convencer a la población era necesario llevar el internado en la calle, en la vida social. Y con esto estimulamos la agresión de la ciudad en contra de nosotros. Teníamos que crear una situación de tensión, para mostrar el cambio en curso. Con el tiempo la ciudad ha entendido lo que estaba sucediendo. Lo más importante en la formación de los enfermeros fue que el nuevo tipo de realidad les ha llevado a no depender del médico, a ser profesionales que podían tomar decisiones por su cuenta.
>
> *Franco Basaglia,* Conferenze brasiliane, 1979[3]

En agosto de 1971, Franco Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico provincial de Trieste, donde estaban internadas 1.182 personas. Comenzó entonces un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, realizado por un equipo de técnicos y que ha involucrado instituciones, gobiernos locales, voluntarios y asociaciones de todo el mundo. Ya en 1980, bajo la dirección de Franco Rotelli, los servicios que operaban en el territorio habían remplazado las viejas formas de asistencia. Desde hace más de 30 años la ciudad de Trieste (240.000 habitantes) vive sin manicomio. Un único lugar de atención, el manicomio, ha sido sustituido por 40 diferentes servicios, que garantizan distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria. Los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica. Mientras que a finales de 1971 el presupuesto para la gestión del hospital psiquiátrico ascendía a unos 55 millones de euros, en 2010 el costo de la gestión de todos los servicios territoriales llego a ser de 18 millones de euros.

El personal se redujo de 524 (1971) a 225 operadores (2010). Las 1.182 camas de hospital de 1971 se convirtieron en 140 camas distribuidas en el territorio. El número promedio de personas que utilizan estos servicios es de 20 cada mil habitantes. El complejo arquitectónico que albergó el hospital psiquiátrico se devolvió poco a poco a la ciudad. Hoy en día alberga facultades universitarias y otros servicios, pero sigue siendo un lugar significativo de la cultura de la ciudad: un símbolo de tensiones y de utopías, un laboratorio de culturas de tolerancia, y el hogar de un jardín histórico de rosas.

Desde 1987, la OMS ha reconocido la experiencia de Trieste como punto de re-

---

[c] Peppe Dell'Acqua, Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio, Ideas Italia, http://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteESP.pdf

[d] Fragmentos de Peppe Dell'Acqua, Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio, Ideas Italia, página web ya citada y del artículo Trieste veinte años después: de la critica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental[(2)].

ferencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica. En 2010, el Departamento de Salud Mental de Trieste ha sido confirmado como Centro Colaborador de la OMS para la Salud Mental. En los últimos 30 años, más de 50 países de Europa y de otros continentes han visitado sus servicios de salud mental para emprender caminos similares en el campo psiquiátrico, con el apoyo técnico de los colegas de Trieste. El promedio anual de visitas de estudio es de 1000 personas.

El Departamento de Salud Mental de Trieste

El punto de fuerza del Departamento reside en los Centros de Salud Mental, que operan durante las 24 horas en cuatro áreas geográficas de la ciudad, cada uno con 8 camas. Los Centros proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento para los episodios agudos. Para las personas que necesitan ayuda a largo plazo, se han creado apartamentos (con 55 camas) que hospedan a pequeños grupos, en un ambiente agradable. El Servicio Habilitación y Residencia coordina estos apartamentos, las actividades de habilitación e integración social, con talleres y proyectos en toda la ciudad. Creando oportunidades de trabajo, se ha podido garantizar una integración efectiva en el entorno social. El Servicio coordina 15 cooperativas sociales, que a través de becas de trabajo han integrado alrededor de 375 personas en los últimos 15 años. El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento creado en el Hospital general y equipado con 6 camas, brinda la primera respuesta a la emergencia psiquiátrica y actúa como un filtro para orientar a los usuarios hacia los servicios territoriales básicos. El número de Tratamientos Sanitarios Obligatorios, con un promedio de 8 por cada 100.000 habitantes en los últimos 10 años, es el más bajo que se registra en Italia. Ningún ciudadano de Trieste se encuentra internado en un Hospital Psiquiátrico Judicial.

Los Centros de Salud Mental

El Departamento gestiona 4 Centros de Salud Mental (CSM) que operan en los 4 Distritos que conforman la Agencia Sanitaria y que cubren cada uno una población de 60.000 habitantes. Cada Centro, equipado con 8 camas, está abierto los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los Centros representan el punto de acceso al sistema de salud mental y el lugar de programación. El estilo de trabajo privilegia la continuidad de la intervención terapéutico-rehabilitadora, especialmente para las personas que sufren de trastornos mentales graves. El servicio está organizado para intervenir en los diferentes lugares donde se encuentra el usuario, en su hogar, en el hospital, en un hogar para ancianos, en la cárcel, y en el hospital psiquiátrico judicial. Cada Centro realiza las siguientes actividades:

- Hospitalidad de noche, por períodos variables de tiempo, para responder a las crisis, para proteger frente a riesgos específicos o permitir la distancia entre el paciente y su familia.
- Hospitalidad durante el día, para dar protección en situaciones de crisis o tensión, monitorear la terapia farmacológica, dar apoyo psicoterápico y organizar actividades de reinserción.
- Visita ambulatoria para la consulta inicial y para seguir la evolución del plan de tratamiento.
- Visita domiciliaria, para conocer las condiciones de vida de la persona y de su familia, mediar en los conflictos y las relaciones de vecindad en situaciones de crisis, para suministrar medicamentos, acompañar a las personas en hospitales, oficinas públicas o lugares de trabajo.
- Trabajo terapéutico individual, para conocer y profundizar los problemas y las condiciones de vida de la persona, buscando salidas y construyendo nuevos equilibrios.
- Trabajo terapéutico con las familias, para verificar y analizar dinámicas y conflictos, estimular posibles cambios y construir alianzas en el programa terapéutico.

- Actividades de grupo entre operadores, voluntarios, usuarios y familias, para activar una red social que involucre amigos, colegas de trabajo, vecinos u otras personas que puedan desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico y de reinserción social.
- Intervenciones de habilitación y prevención, a través de cooperativas, talleres de expresión, la escuela, los deportes, la recreación, grupos de jóvenes y de autoayuda.
- Apoyo a las personas más desfavorecidas y sus familias, a través de subsidios económicos (de integración social, para capacitación laboral y apoyo a actividades de rehabilitación) o remitiendo y acompañando los pacientes a las instituciones que puedan responder a sus demandas.
- Actividades de rehabilitación en el hogar, en los grupos-apartamento, en las residencias comunitarias o protegidas, con diferentes grados de asistencia dependiendo de las necesidades de las personas.
- Consultorías para otros servicios de salud, divisiones hospitalarias, Distritos de Salud, cárceles en donde se encuentren internados usuarios de los Centros de Salud Mental, para hacer diagnósticos, recomendar terapias específicas, hacerse cargo de su seguimiento.
- Servicio de respuesta a las llamadas por teléfono, para señalar urgencias, pedir consejos y citas o hacer consultas sobre las actividades terapéuticas en curso.

La ley 180

La Ley 180 inicia una nueva fase del trabajo para articular las nuevas reglas en los marcos normativos nacionales y locales y para definir las responsabilidades de los Departamentos de Salud Mental, de sus servicios y de sus estándares de funcionamiento. En marzo de 1999, el Ministerio de Salud anunció el cierre definitivo de todos los hospitales psiquiátricos públicos en Italia. Se concluye así un ciclo de veinte años, invertido en la puesta en marcha de la reforma, caracterizado por una dialéctica viva entre profesionales, familiares, administradores, políticos y amplios sectores de la opinión pública.

*Hacerse responsa*ble, Dell´Acqua[2]

> Entonces, si el hacerse responsable de alguien no es sinónimo de su ingreso, también la cuestión de los recursos, de los medios, de las personas, asume una posición central en el camino de la transformación, al igual que el tiempo y el espacio. La escasez de recursos de un Servicio debe relacionarse con la pobreza o total carestía de proyectos; con la incapacidad de criticar los modelos clínicos y psicológicos que, teniendo como objeto el cuerpo enfermo y la enfermedad, no hacen otra cosa que perpetuar el vacío, la pobreza (material y de relación) en tomo a las personas. El hacerse responsable de las personas, y no sólo de la enfermedad, obliga a la valoración de variados recursos múltiples y singulares: los amigos, los acompañantes, los voluntarios, los trabajadores con su subjetividad puesta en juego, la familia misma, el grupo social que lo rodea, pero también pequeños trabajos, espacios cuidados, pequeñas empresas que nacen continuamente, precisamente del reconocimiento de las habilidades subjetivas y singulares de las personas.
>
> Otros pueden ser los indicadores que podemos ofrecer a la discusión: desde la capacidad de trabajar en grupo, hasta la canalización de la subjetividad; desde el otorgar un significado a la crisis, hacia la búsqueda de la emancipación en los procesos de rehabilitación hasta lograr una atención constante sobre los derechos de la ciudadanía.
>
> Simplemente, veinte años de trabajo en Trieste han ofrecido a los operadores, a lo pacientes a los ciudadanos, la posibilidad de comenzar, finalmente, una búsqueda posible en el construir respuestas reales, concretas, no más condicionadas del no discutido saber de la psiquiatría.

Por tanto, la riqueza y la calidad de los recursos no es un dato que deba darse por sentado ("si tuviese la estructura y recursos adecuados") sino un recorrido estrechamente relacionado con la producción de cambios y con la capacidad de reconocimiento de cuotas de libertad, habilidad e independencia cada vez más amplias

LILLE: LA PSIQUIATRÍA CIUDADANA[e]

El sector de psiquiatría pública del Norte de LILLE, uno de los cinco emplazamientos mundiales pilotos de la "red internacional de buenas prácticas comunitarias en salud mental" apoyada por la OMS, es una red que da cobertura a quince lugares diferentes, integrados en el tejido urbano. Las consultas, las actividades terapéuticas, las familias de acogida, la hospitalización, el hábitat, y el trabajo forman una malla compleja, que se apoya en la filosofía de la cooperación con los diferentes actores de la ciudad, y utiliza los vectores asociativos y culturales - garantes de una psiquiatría comunitaria y ciudadana, en forma de red. Un dispositivo de salud mental completamente integrado en la vida de la ciudad, que nos enseña modalidades de asistencia originales, con gran riqueza de vínculos y una multitud de actores.

Contexto socio-demográfico e histórico del sector

El emplazamiento del sector de psiquiatría del extrarradio de Norte LILLE (Este) corresponde a una zona de 86.000 habitantes que viven en zona urbana, se ubica en la región Norte Pas de Calais, la región más joven de Francia; el 4,2% de la población es extranjera y el paro hace estragos (15,6% frente al 11,1% de media nacional), provocando une precariedad importante de la población. El estado sanitario viene marcado por un exceso de mortalidad, la esperanza de vida más corta de Francia y un equipamiento sanitario deficiente. El equipamiento deficiente de la región Norte Pas de Calais contrasta con unos manicomios situados históricamente alrededor de Lille (4 grandes hospitales psiquiátricos -uno de ellos se encarga de la gestión administrativa del sector, el E.P.S.M. Lille-Metropolis, establecimiento situado en Armentières a 25 kilómetros al oeste de Lille que era el antiguo hospital psiquiátrico de Armentières, rebautizado Establecimiento Público de Salud Mental Lille Metropolis).

La Asociación Medico-Psico-Social (A.M.P.S.)

En 1977 se creo la A.M.P.S., que agrupa a concejales de seis municipios del sector, a cuidadores, a agentes sociales y a personas interesadas en cambiar la realidad manicomial y desarrollar la sectorización. La primera misión de la A.M.P.S fue la de llevar a cabo una *sensibilización de la población*, mediante reuniones organizadas en los barrios y a través de investigaciones que estudiaron y pusieron en evidencia las representaciones de la enfermedad mental y de la locura y la increíble estigmatización de la que son víctimas les personas que las padecen. A partir de entonces, se empezó un trabajo en común con los artistas locales para luchar contra la imagen negativa de la locura y de las enfermedades mentales en las representaciones de la población de las ciudades del sector. Sirvió de base para todas las actividades llevadas a cabo y permitió la puesta a disposición por la municipalidad de Hellemmes del primer lugar de asistencia ambulatoria: el hogar Antonin Artaud.

Acciones culturales y artísticas múltiples asociaron a los equipos psiquiátricos con las instancias municipales. Se dio un paso más con la creación de Agora, un Centro de Alojamiento y de Reinserción Social espe-

[e] Resumen de: JL Roelandt, I Guesdon, L Ratsifandrihamanama. Un servicio de Psiquiatría en el corazón de la ciudad: la psiquiatría ciudadana y las redes de salud mental del extrarradio este de Lille. Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-line, Vol. 1, núm. 3 - Noviembre 2002, http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0103/0103usd.htm

cializado en la reinserción de pacientes de larga hospitalización que abrió sus puertas, siendo sus asalariados remunerados por la AMPS. Esta experiencia inició los primeros contactos con los propietarios sociales, para instalar apartamentos asociativos y terapéuticos, y luego para el acceso a las viviendas asociativas diseminadas de las cuales la AMPS sigue saliendo avaladora. Estos 25 años de trabajo común en el seno de la asociación con las instancias sociales y sanitarias permitieron tejer poco a poco la malla que constituye actualmente el sector de la psiquiatría del extrarradio Este de Lille.

Los lugares y los equipos de asistencia
Las estructuras de asistencia actuales del sector del extrarradio Este de Lille, diseminadas en el seno de las ciudades, representan una decena de emplazamientos diferentes, en relación permanente los unos con los otros, lo que favorece la circulación del paciente entre cada una de ellas. Estos lugares de asistencia son la mayoría de las veces alquilados o puestos a disposición por las municipalidades, y situados lo más cerca de la población asistida. No se pone en marcha ninguna estructura sin el acuerdo conforme de los concejales municipales. La filosofía general es la de la asistencia y la del acompañamiento. La práctica es abierta y múltiple.

Las consultas.
- El Hogar Antonin Artaud está situado en Hellemmes (en una casa municipal).
- El Centro Medico-Social Van Belleghem se encuentra en Fachesthumesnil (en un Centro Comunal de Acción Social, con consultas de medicina deportiva y de servicio social).
- Una *antena* está localizada en el Centro Medico-Deportivo en los locales de la Piscina de Ronchin y una segunda en un gabinete médico de grupo en Mons en Baroeul. Una tercera está prevista en una sede de servicio social. En el Hogar Antonin Artaud se acogen también las urgencias de 8h30 a 19h, remitidas por los médicos generalistas, el Centro de Acogida y de Crisis o provenientes de la demanda espontánea de los usuarios. Esta estructura está abierta también el sábado y reemplazada el domingo por la tarde por una acogida en el "Centro Fronteras".

Los centros de actividades terapéuticas
Tres centros de actividades funcionan en el sector, dos son de Centros de Acogida Terapéutica a Tiempo Parcial (CATTP) Están distribuidos geográficamente entre Mons en Baroeul y Ronchin, uno de ellos está asociado a un taller terapéutico en el Centro Frontiere d'Hellemmes, conviviendo con una galería de arte contemporáneo en una avenida concurrida de la ciudad, gestionada por la AMPS. Estos CATTP revisten aún más importancia porque se suprimió la actividad de hospital de día; los pacientes se aburrían, y el riesgo de cronificación tanto de los pacientes como del personal era demasiado importante. En estos CATTP, las actividades se hacen según indicaciones clínicas reajustadas regularmente con los usuarios. Todas se llevan a cabo en las estructuras municipales, en relación con el tejido asociativo local, y gracias a la animación de los profesionales (60 horas semanales remuneradas por la EPSM).Se desea que el planning sea diversificado, y abierto hacia el ocio: taller de artes plásticas, taller de estética, informática, deporte, danza, música, canto, o vídeo. Se creó hace un año un puesto de "interventor artístico" a tiempo completo. Todas las estructuras culturales del sector, incluso de la ciudad de Lille, están investidas por estas actividades; los grupos están animados por los artistas y dirigidos por los enfermeros. Para las actividades realizadas por la escuela de práctica gestual de Villeneuve D'Ascq y la asociación Danse en Lille, los grupos son mixtos, y reúnen a los usuarios de los servicios de psiquiatría y a la población general. Bien sea en la piscina, o en la mediateca, en un hogar para personas mayores, o en un hogar para jóvenes,

cada vez las actividades son ante todo un trampolín para luego permitir a los usuarios la integración en la vida asociativa local. Estas actividades asocian la posibilidad de comidas en los restaurantes municipales, o en una sala municipal con los menús contratados por catering. El equipo cuidador que anima las actividades, garantiza también las visitas a domicilio o las entrevistas de enfermería programadas, tanto a domicilio como en la institución, y propone un seguimiento personalizado, de intensidad y de frecuencia adaptadas, en relación con el médico psiquiatra referente. Más de 120 pacientes se benefician de este tipo de asistencia ambulatoria.

Acogida Familiar Terapéutica alternativa a la hospitalización:
La acogida familiar se puso en marcha en el año 2000 y se encuentra actualmente en auge. Si dos familias acogen a la larga pacientes estabilizados, otras 48 familias ejercen en el marco de estructuras alternativas a la hospitalización. En este caso, el paciente en situación aguda es remitido bien directamente después de una consulta, bien secundariamente después de una hospitalización y por un período de algunos días a algunas semanas. La consigna dada a las familias es de acoger a la persona y no de tratarla. Un equipo enfermero y educativo garantiza la asistencia mediante visitas a domicilio (gestión del tratamiento, vínculo con las actividades terapéuticas y las consultas del sector). Las familias son remuneradas del orden 1036,65 euros por paciente/mes y están integradas en el equipo cuidador.

La hospitalización completa:
Herencia de la historia del sector, la Clínica Jérôme Bosch, unidad de hospitalización, está ubicada en el EPSM Lille- Metropolis de Armentières a 25 km al Oeste de Lille. En sus locales totalmente renovados, pueden ser hospitalizados 26 pacientes y beneficiarse del programa de cuidados intensivos por un periodo medio de 20 días. En su momento, habíamos deseado que este pabellón se situase en la ciudad. Esto no fue posible debido a las presiones políticas locales, que querían mantener el empleo ligado a "la locura" en el emplazamiento de Armentières. Durante la hospitalización, además de las entrevistas médicas, psicológicas, enfermeras y socioeducativas, el paciente se beneficia de actividades terapéuticas artísticas (artes plásticas, vídeo, música, dietética, estética) y se hace cargo de su cuerpo (psicomotricidad, hidroterapia, relajación). La unidad está enteramente abierta, los pacientes tienen acceso a las informaciones que les conciernen, entre otras su tratamiento medicamentoso: el diccionario de medicamentos Vidal está a su disposición y la farmacéutica del hospital está presente en la unidad una vez por semana. Participan también dos veces por semana en las reuniones cuidadores/cuidados. Existe una articulación estrecha con los equipos del sector, que establecen un primer contacto con el paciente durante la hospitalización en previsión de la salida. Así mismo, ciertos pacientes hospitalizados son acompañados diariamente al Centro FRONTIERE para beneficiarse de actividades terapéuticas, y de comidas en la sala de una escuela municipal con los pacientes seguidos en ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Pitucco F, Rotelli F. La empresa social de Trieste. Psiquiatría Pública 1994; 6 (1):47-54.
(2) Dell´Acqua. Trieste veinte años después: de la critica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. Psiquiatría Pública 1995; 7 (3):129-42.
(3) Basaglia F. Conferenze brasiliane. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.

9.3. La reforma psiquiátrica en Brasil

Domingos Sávio Nascimento Alves, Paulo Roberto Fagundes da Silva, Hugo Marques Fagundes Júnior

INTRODUCCIÓN

Brasil es una República Federal compuesta por 26 Estados, un Distrito Federal y 5.560 municipalidades. Es el país más grande de América del Sur, con 190.755.799 habitantes y un área de 8.502.728, 269 km[1]. Se compone de cinco regiones, con las regiones Sur y Sureste concentrando la mayor riqueza del país y el Noreste, el Norte y Centro-oeste presentando los peores niveles de desarrollo social.

El sector público de salud, llamado Sistema Único de Salud (SUS) es universal y ha sido establecido por la Constitución de 1988. La responsabilidad financiera y de gestión es compartida por los tres niveles de gobierno de la federación (federal, estatal y municipal).

El SUS coexiste con un sistema privado importante. En marzo de 2011, había 46.634.765 beneficiarios cubiertos por algún plan de salud de asistencia médica, que correspondía al 24,4 % de la población brasileña. La distribución regional muestra gran disparidad con la cobertura: del 37,8% en el Sureste, mientras en el noreste fue del 11,1%. En algunas capitales, la cobertura es significativa: El 54,1% en Belo Horizonte, el 55,6% en Río de Janeiro y el 59,8% en São Paulo[2].

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL

Hasta fines de los años 1950 la asistencia psiquiátrica siguió las mismas premisas de inicios del siglo XX: los hospitales públicos tenían grandes colonias donde el tratamiento disciplinar, la laborterapia, los electrochoques y los psicofármacos eran secundarios, pues lo que llamaba la atención era el abandono. En los años 1960 y 1970 la marca predominante fue la apertura de un gran número de hospitales privados contratados por el sector público y financiados con fondos de los beneficiarios de la Seguridad Social. Fue un período de intensa privatización de la sanidad y en la psiquiatría fue donde esto ocurrió en una escala mayor.

A pesar de algunos intentos de reorganización a lo largo de la década y el desarrollo de algunas experiencias pioneras de desinstitucionalización, se llega a fines de los años 80 con un marco de atención psiquiátrica insostenible. Se contaba con cerca de 85.000 camas en 313 hospitales psiquiátricos, con una estancia media de más de cien días, caracterizando un marco de atención inadecuada y costosa (que representa el tercer mayor gasto en los ingresos hospitalarios en Brasil). La admisión a un hospital psiquiátrico no se consideraba un tratamiento, sino un destino[3].

En 1989, impulsado por la I Conferencia Nacional de Salud Mental celebrada en 1987 y por la movilización del Movimiento de la Lucha Antimanicomial, se presentó en la Cámara de Representantes el proyecto del diputado Paulo Delgado, que propuso la "eliminación progresiva de los hospitales psiquiátricos en Brasil", con características similares a la Ley 180 italiana. Esto provocó un fuerte debate en la sociedad, en el parlamento federal y en las legislaturas estatales a lo largo de los años 1990, que influyó en la formulación de la política de salud mental en aquel momento. Este debate ha dado lugar a diversas asociaciones de usuarios y sus familiares y a la aprobación de varias leyes estatales sobre la Reforma Psiquiátrica.

En 1990, se realizó la Conferencia Regional para la Restructuración de la Atención Psiquiátrica en el Continente celebra-

da en Caracas, Venezuela, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que concluyó con la Declaración de Caracas, que tiene Brasil como signatario[4]. Este documento se convierte en una importante guía para la formulación y aplicación de la reforma psiquiátrica en Brasil, junto con la mencionada movilización social generada con el mencionado debate sobre la revisión de la legislación.

En abril de 2001, después de un proceso largo, se promulgó la Ley Federal 10.216, que "establece la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales"[5]. Dicha ley regula la asistencia psiquiátrica en Brasil, le da sentido y dirección, indicando claramente que el hospital psiquiátrico será siempre un último recurso, una vez que todos los demás estén agotados. La ley no prohíbe la hospitalización psiquiátrica, pero hace más difícil la admisión en un hospital psiquiátrico. En el caso de ingreso involuntario, después de 72 horas si no se convierte en voluntario, la Fiscalía General del estado se pondrá en marcha. La ley ha sido fundamental para la consolidación de la Reforma Psiquiátrica.

Desde la década de 1990, la red de atención de salud mental de base comunitaria fue tomando forma poco a poco bajo la coordinación del Ministerio de Salud[6].

Os centros de atención psicosocial (CAPS) são os dispositivos responsáveis pelo acompanhamento das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e com problemas derivados do uso prejudicial de alcool e outras drogas.

En julio de 2011 había 1650 centros de atención psicosocial (CAPS), dispositivos responsables del acompañamiento de las personas con trastornos mentales graves y persistentes y con problemas derivados del usos perjudicial de alcohol y otras drogas; ,CAPS , 55 de ellos funcionando las 24 horas del día, con camas para internamientoacolhinto nocturno (CAPS IIIs,, 262 exclusivos para los pacientes adictos del alcohol y otras drogas (CAPSad) y 132 dedicados a niños y adolescentes (CAPSi)[7, a].

Los dispositivos residenciales se llaman Servicios Residenciales de Terapia, con 596 módulos disponibles con un total de 3.236 residentes. Su estrategia de despliegue está fuertemente ligada a otro programa del Ministerio de Salud que se llama De Vuelta al Hogar, creado por el gobierno federal a través de la Ley 10.708 del 31/07/2003. Su eje principal es la concesión de una ayuda económica denominada auxilio de rehabilitación psicosocial, asignado a pacientes que sufren de trastornos mentales dados de alta del hospital[8].

Los beneficiarios de la ayuda deben haber estado al menos dos años en hospitales psiquiátricos. Los valores mensuales (320,00 reales en noviembre de 2011) se pagan directamente a los beneficiarios, a menos que exista una imposibilidad de realizar personalmente los actos de la vida civil, caso en el que se le paga al representante legal del paciente. En julio de 2011, 3.832 personas estaban recibiendo asistencia para la rehabilitación.

El movimiento de los usuarios de los servicios de salud mental se ha consolidado en la última década, aunque también se detecta una fuerte dependencia de los centros de atención psicosocial y los recursos financieros públicos para el desarrollo de sus acciones[9]. Se destacan momentos de liderazgo notable, como la marcha de los usuarios en Brasilia, en septiembre de 2009, que atrajo a cerca de 2.300 personas y terminó contribuyendo a que la IV Conferencia Nacional sobre la Salud Mental se llevara a cabo.

---

[a] En Brasil, existen diferentes modalidades de centros de atención psicosocial: Los CAPS I e II difieren apenas en su estructura y población de cobertura (El primero hasta 70.000 habitantes y el segundo até 200.000). Los CAPS III son para municipios de mas de 200.000 habitantes y se caracterizan por funcionar las 24 horas del dia y por las comas de acogimiento-internamiento nocturno. Los CAPSi son destinados a los niños y adolescentes y los CAPSad son para personas con problemas decurrentes del uso prejudicial de alcohol y otras drogas.

Como resultado de la aplicación de la red de base comunitaria y la mayor eficacia en la regulación de la calidad de los hospitales, las 85.000 camas existentes en hospitales psiquiátricos a finales de 1980 se redujeron a 32.681 camas.

ALGUNAS EXPERIENCIAS DESTACADAS:

Salud mental y vulnerabilidad social: *El desafío de los "Complejos" de Alemão y de la Penha en Río de Janeiro:*

La Zona Norte de Rio de Janeiro inició su proceso de ocupación en la primera mitad del siglo XX, caracterizado por la instalación en el área de industrias de manufactura, alimentos, ropas, bebidas y pequeña metalúrgica, que atrajeron un gran contingente de personas que trataron de establecer sus hogares en los alrededores de las fábricas.

La actividad económica en la región experimenta un ciclo de crecimiento hasta inicios de la década de 1970, que fue seguido por varios años de grave crisis económica, colapso del parque industrial, inflación creciente e incontrolada, aumento del desempleo y falta de políticas que podrían proporcionar las garantías mínimas de vida para la población de un país de dimensiones continentales y que se concentró en la periferia de las metrópolis urbanas.

El cierre de fábricas y el desguace de sus instalaciones, el cierre de las empresas comerciales más grandes, el deterioro de las zonas urbanas fueron seguidas por la invasión progresiva de los espacios disponibles para la construcción de viviendas precarias, transformando la región en una de las principales áreas de la ciudad con la gente viviendo en las llamadas favelas, las agrupaciones subnormales.

El comienzo de los años 1990 marca el inicio de las luchas de facciones criminales por el dominio del territorio con la connivencia del aparato policial. Más de 20 años de ocupación de una parte de la ciudad como una tierra sin ley, naturalizada por la población, que comenzó a aceptar la coexistencia con una cultura de violencia estructurada por el tráfico ilegal de drogas y armas.

En los últimos cinco años, el Departamento Municipal de Salud ha estado trabajando en el despliegue de pequeñas unidades de atención primaria con equipos asignados a una población adscrita a una parte de ese territorio. Este modelo se conoce como la Estrategia de Salud de la Familia, diseñado por el Ministerio de Salud, y tiene como objetivo promover, atender y vigilar para garantizar la continuidad de la atención de la salud y la facilitación del acceso y la integralidad.

En 2007, inspirado en las intervenciones urbanas en regiones en conflicto, como Medellín, en Colombia, el Gobierno Federal ha invertido en la restructuración del espacio urbano en la región para facilitar su acceso a través de un nueva infraestructura vial y la construcción de una estación de teleférico en seis cerros; así como la construcción de guarderías, escuelas y nuevos establecimientos de salud, organizadas según las propuestas de los gobiernos estatal y local.

Como resultado, el llamado Complexo do Alemão, dispone desde entonces de cinco unidades de salud con 26 equipos de Salud Familiar y el Complejo de Penha dispone de tres unidades con 17 equipos de Salud Familiar, proporcionando cobertura de atención para un conjunto de 172.000 personas[10].

A esta red se suma la instalación de una unidad de UPA pre-hospitalaria de emergencia, una *Academia Carioca* (dispositivo para la monitorización de pacientes con enfermedades crónicas a través de programa de actividad física) y un Centro de Atención Psicosocial, Tipo III, abierto 24 horas al día, siete días a la semana, dedicado a la atención continuada para las personas con trastornos mentales graves y persistentes, haciendo la monitorización clínica y tratando de rehabilitar socialmente a los usuarios a través de la oferta de trabajo, el ocio, los derechos civiles y el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios, un dispositivo de soporte a la Política de Salud Mental,

que constituye uno de los pilares para el cierre de hospitales psiquiátricos.

Después de las 19 horas, las situaciones de crisis de los usuarios monitorizados por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) son recibidas por el equipo, proporcionando una acogida nocturna para lo que existen seis camas para estancias cortas, algo que permite una atención integral a los usuarios y evita hospitalizaciones.

El CAPS también desarrolla un papel estratégico en la articulación de los equipos de Salud de la Familia y la UPA en el aumento de la red comunitaria de apoyo a personas con trastornos psicológicos graves, sus familiares y amigos. Se trata de una estrategia común que busca promover la gestión conjunta de casos, con el equipo de salud mental, proporcionando orientación y supervisión en las situaciones más complejas.

El manejo de los planes terapéuticos individuales brinda atención clínica personalizada a personas con trastornos psicológicos graves que les impiden realizar sus proyectos de vida y se articula con otras políticas públicas, tales como Educación, Cultura, Deporte y Recreación, Economía Solidaria, Asistencia Social así como las organizaciones no gubernamentales que operan en el territorio (AfroReggae, Cruz Roja Internacional, Mujeres por la Paz), instrumentos de integración social, difusión de una cultura inclusiva y de la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

A finales de 2010, la región fue el escenario de conflictos y de la ocupación por las fuerzas armadas. Los acontecimientos en las comunidades hasta entonces dominadas por las bandas criminales han sido ampliamente seguidos por la prensa, que no ha logrado registrar el drama que vivieron los residentes: con sus casas allanadas, los niños que vivían días de enfrentamientos armados… Ante esta situación los profesionales tuvieron que desarrollar estrategias para el trabajo y la supervivencia en áreas asediadas.

Para la acogida de los niños fueron montadas carpas de actividades de diversión, juegos y cuentos. Las llamadas "Tendas da Brincação" (carpas de juegos), que fueron espacios frecuentados en aquellos días y a través de las que se pudo ofrecer apoyo a las familias y captación de la población vulnerable, desarrollando actividades culturales y de asueto, además de la prevención y de la promoción de la salud.

Durante ese periodo fueron intensificadas las acciones de vacunación, evaluación de las condiciones nutricionales, descubrimiento de los males prevalentes, tales como hipertensión y diabetes, monitorización del crecimiento y desarrollo infantiles, planificación familiar, acciones contra el dengue, prácticas de integración, acciones contra el tabaquismo y el uso de drogas, además de políticas sociales como emisión de documentos, inclusión en programas habitaciones y de soporte de renta mínima.

El equipo del CAPS también buscó dar cabida a los profesionales de los ESF, que trabajaban en las áreas más críticas para identificar las principales situaciones problema en la salud mental relacionadas con los conflictos, ofrecer una formación de corta duración en el enfoque de salud mental para situaciones agudas, además de guiar a los profesionales a identificar los criterios de gravedad y la construcción del flujo de la atención y el comportamiento seguro durante conflictos. Este proceso amplio y participativo ha sido capaz de conferir legitimidad a las acciones de salud, ampliando el aspecto democrático y participativo de la comunidad.

EL CIERRE DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN EL NORESTE DE BRASIL: EL CASO DE CAMARAGIBE

Camaragibe, cuyo nombre en lengua nativa tupí, significa "tierra de los camarás", una planta nativa de la región costera, es una ciudad mediana en la Región Metropolitana de Recife, capital del estado de Pernambuco en el Noreste de Brasil. Tiene una po-

blación de unos 144.500 habitantes y una economía basada en servicios e industrias.

Hasta el 2009, tenía el mayor hospital psiquiátrico privado contratado por el Sistema Público de Salud de Brasil, el Hospital José Alberto Maia, en aquel momento con 870 camas. Desde el comienzo de la década, había sido objeto de denuncias de malos tratos a los pacientes y de atención deficiente, lo que inducía un excesivo número de muertes. Sus ocupantes eran principalmente de larga estancia, con sus vínculos sociales rotos por la institucionalización prolongada.

Dado el empeoramiento de la situación de los pacientes, y la presión de las movilizaciones de los movimientos sociales y de la Fiscalía, el Ministerio de Salud, el gobierno del estado de Pernambuco y de la Ciudad de Camaragibe decidieron a fines de 2009, la segregación del hospital psiquiátrico del sistema público de salud y concretaron una cooperación técnica y financiera para desarrollar el proceso de desinstitucionalización de los pacientes que permanecían hospitalizados allí.

El cierre de un gran hospital psiquiátrico en corto plazo obligó a un pacto con varias municipalidades de Pernambuco para la formación de una red territorial. Quince municipalidades se prestaron a abrir Centros de Atención Psicosocial y residencias terapéuticas para aquellos que salían el hospital. Teniendo en cuenta los diferentes plazos de los municipios para la ejecución de los servicios acordados, se han creado dos centros de transición para 220 pacientes fuera del ámbito del hospital.

Como resultado parcial de esta obra, en septiembre de 2011, la desinstitucionalización de los pacientes del Hospital José Alberto Maia obtuvo los siguientes corolarios:

- Regreso a la convivencia familiar – 64 pacientes
- Residencias terapéuticas – 116 pacientes
- Hospital General registrado para cuidado a largo plazo de los pacientes con mayor deterioro clínico - 16 pacientes.
- Hospitales psiquiátricos - 127 pacientes.
- Refugio para las personas mayores - 12 pacientes.
- Centro de Desinstitucionalización Espaço Renascer - 30 pacientes.
- Centro de Desinstitucionalización Campamento Maré Mansa - 122 pacientes.

Con la perspectiva del establecimiento en los próximos meses de más 15 residencias terapéuticas en las diferentes regiones del estado de Pernambuco, está previsto el cierre del Centro de Desinstitucionalización Campamento Maré Mansa.

En cuanto al Centro de Desinstitucionalización Espaço Renascer, debe seguir existiendo temporalmente, como un área de transición entre el hospital y la comunidad, dada la complejidad del perfil psicosocial de sus residentes (personas con alta dependencia de las instituciones y dificultades acentuadas en la realización de actividades de la vida diaria), que requieren nuevos programas con una mayor intensidad de atención y mecanismos específicos de financiación aún no resueltos.

Se esperan nuevos pactos entre las esferas de gobierno que posibiliten las estrategias para continuar el proceso. Es importante tener en cuenta las diversas posibilidades para el destino de los pacientes, entre ellas la transferencia de 127 pacientes psiquiátricos a otros hospitales psiquiátricos, con las condiciones técnicas y administrativas apropiadas para recibirlos. Esto ha sido común en Brasil, cuando adviene la necesidad de desactivación de servicios hospitalarios reprobados en las inspecciones periódicas de los hospitales psiquiátricos[b]. Por lo tanto, la desinstitucionalización de los servicios

[b] Los hospitales psiquiátricos del SUS son inspeccionados cada año por equipos técnicos de las secretarias de salud de los estados y municipios donde están localizados, junto con representantes de las asociaciones profesionales y entidades de usuarios y familiares. Son necesariamente incorporadas también las opiniones de los usuarios de los servicios. Estas inspecciones forman parte del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios (PNASH) del Ministério da Saúde.

comunitarios puede ser realizada de manera programada y con el adecuado tiempo terapéutico para su éxito.

Se trata de una experiencia inconclusa. Trae en su interior no sólo acciones exitosas, sino también límites y dilemas, siendo una página importante de las diversas experiencias que enmarcan la Reforma Psiquiátrica en Brasil.

Belo Horizonte: una red municipal de servicios dirigidos a la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica

Belo Horizonte, una metrópoli con cerca de 2,5 millones de habitantes es la capital de Minas Gerais, el segundo estado más poblado y el tercero con mayor producto interior bruto de Brasil. Cuenta con una amplia red de servicios públicos y privados de salud y es un punto de referencia para cuidados médicos de mediana y alta complejidad para una población de aproximadamente 4,5 millones de habitantes.

En el área de la salud mental, la ciudad de Belo Horizonte ha desarrollado en los últimos 18 años un proceso de cambio que se caracteriza por el cierre de hospitales psiquiátricos y la apertura de los servicios de atención territorializada de la comunidad – los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que allí se conocen como Centros de Referencia de Salud Mental (CERSAM)-. En la actualidad hay diez de estos dispositivos, ocho que funcionan las 24 horas del día, con alrededor de 50 camas de acogida diurna y nocturna.

Además de estos servicios, la red de atención de salud está compuesta por equipos de salud mental que atienden a niños, adolescentes y adultos y que supervisan a los profesionales del Programa de Salud Familiar –una estrategia para la organización de la atención primaria en Brasil– residencias terapéuticas, talleres comunitarios de artes y manualidades para niños y adolescentes en situación de exclusión y un programa de actividades culturales, que envuelve el establecimiento de un centro comunitario, lugar de interacción entre los ciudadanos, con sus diferentes habilidades, fortalezas y dificultades. La ciudad cuenta actualmente con nueve de estos centros, siendo la red más grande y fructuosa en el país.

Subrayamos de esta política el Servicio de Emergencia Psiquiátrica Nocturno (SUP), una estrategia para garantizar el cuidado nocturno de los atendidos en la red general hospitalaria de emergencia, llevados por las agencias de policía o el servicio móvil de emergencia, que responde a las llamadas de las casas o de la vía pública. Se trata de un servicio de atención con seis camas, ubicado en una zona separada de un hospital general y, al mismo tiempo, un dispositivo flexible de apoyo e integración entre los CERSAMs, las emergencias psiquiátricas y los demás servicios de salud en la ciudad[11].

La accesibilidad está garantizada tanto por esta integración entre los puertos de entrada del sistema de salud, como por la "Asistencia Terapéutica Remota", que utiliza una herramienta llamada Tele-salud, que son las consultas por teléfono, fax o por Internet ofrecidas por los especialistas del SUP. Por la mañana, los usuarios que necesitan continuar el tratamiento en un programa intensivo, son llevados a los CERSAMs de su área de cobertura, que posteriormente se convierten en los responsables por su cuidado.

Como resultado del proceso de desinstitucionalización de la atención en la ciudad, las camas psiquiátricas se redujeron de 2.111 en 1992 a 459 en 2011, remplazadas eficazmente por las diversas estrategias descritas anteriormente.

Conclusiones:

Diez años después de la aprobación de la Ley brasileña y, a pesar de los innegables avances y de la fuerte participación social en el proceso de reforma –como en la celebración en 2010 de la Cuarta Conferencia Nacional sobre la Salud Mental Intersectorial, con cerca de 1.500 representantes (profesionales de la salud, asistencia social,

usuarios y miembros de la familia) de todos los estados de la Federación en su Etapa Nacional – podemos destacar algunas conclusiones que señalan retos pendientes.

La incorporación de la salud mental en la atención primaria de salud es relativamente reciente y aún rudimentaria en las grandes áreas metropolitanas. Aunque los llamados trastornos mentales leves representan una gran parte de las demandas de asistencia en la atención primaria, la poca atención prestada a la cuestión en el debate y en las acciones de la Reforma Psiquiátrica y el mantenimiento de un modelo de atención ambulatoria centrada en la medicalización de los síntomas y en un servicio rápido sin compromiso con la continuidad de los cuidados ha creado una brecha aún por resolver entre la Atención Primaria y la Reforma Psiquiátrica.

El fuerte predominio del hospital psiquiátrico en los cuidados hasta fines de los años noventa fue uno de los factores que obstaculizaron la integración de la salud mental en la salud general. Un indicador que confirma esta afirmación es que el número de camas psiquiátricas en hospitales generales en Brasil a fines de 2010 era prácticamente el mismo que a mediados de los noventa.[12] Este hecho, junto con la reducida red de servicios comunitarios con camas de reserva durante las 24 horas del día, hace menos adecuada la atención a las crisis.

El aumento del uso de drogas, especialmente el crack –*el paco*, pasta de cocaína mezclada con otros insumos químicos–, entre los segmentos jóvenes de la población urbana ha producido, con el apoyo de algunos medios de comunicación, un efecto movilizador en los sectores de la política social y del aparato de seguridad pública, para la reorganización de un movimiento por la reinstitucionalización del tratamiento del uso nocivo del alcohol y otras drogas. Este escenario ha propiciado iniciativas para el uso de la hospitalización, involuntaria o no, en las unidades llamadas Comunidades Terapéuticas, instituciones privadas o de beneficencia no vinculadas al Sistema Unificado de Salud (SUS), de orientación y prácticas de tratamiento moral, por ejemplo, el requisito de la abstinencia total, el énfasis en el enfoque basado en la religión y la ausencia de equipos de salud adecuados. Lo que sorprende es el inédito apoyo gubernamental, tanto federal como estatal a esta modalidad de dispositivo, que va a contramano de las directrices políticas del Ministerio de la Salud, vigentes desde 2002 y ratificadas en 2009, basadas en el cuidado integral a través de una red territorial diversificada de acciones e servicios de salud, con énfasis en la intersectorialidad, en la lógica de la reducción de daños y en el respecto a los derechos humanos[13].

La financiación pública de la salud en Brasil es aún baja (4,1% del PIB en 2009) y el gasto privado en salud sigue siendo el más significativo, un total de 54,3% del gasto total en salud[14]. La participación porcentual de la salud mental en el gasto federal total es de alrededor de 2,5%. Cabe señalar que, en el 2009, alrededor de dos terceras partes de los gastos se destinaron a servicios fuera de los hospitales.

Por último, Brasil tiene un sistema público de salud universal en construcción y una asistencia psiquiátrica que se rige por la legislación nacional con notable aumento de sus principios en todo el país, con fuerte apoyo de los órganos de gobierno y legitimidad social innegable. Se enfrenta ahora con viejos y nuevos retos que necesita afrontar con valentía y eficacia para asegurar su consolidación.

RESUMEN
El Sistema Público de Salud Brasileño tiene acceso universal y se encuentra todavía en proceso de consolidación, coexistiendo con problemas de financiación pública

insuficiente, disparidades regionales y un sector privado importante. La reforma psiquiátrica brasileña se ha desarrollado más intensamente a partir de la década de 1990, cuando el Ministerio de Salud diseñó la política establecimiento de los servicios basados en la comunidad, en sustitución de la hospitalización psiquiátrica. En 2001, se promulgó la Ley 10.216, que sirvió de apoyo jurídico para la profundización del proceso en curso. Viejas cuestiones, tales como la integración de la salud mental en la atención primaria y en los hospitales generales, y los nuevos retos tales como la consolidación de la política sobre el uso nocivo del alcohol y otras drogas siguen confrontando el conjunto de profesionales, gestores y usuarios implicados en la lucha por una sociedad inclusiva de los pacientes de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

La evaluación de la reforma psiquiátrica en términos históricos y de sus retos actuales es dilucidada por Ana Fernandes Pitta en artículo, discutido por otros autores, de la edición temática de la revista *Ciência e Saúde Coletiva* de la Asociación Brasileña de Post-Graduación en Salud Colectiva (ABRASCO) dedicados a los diez años de promulgación de la Ley 10.216. En esta edición (disponible en línea en la misma dirección electrónica) están presentes otros artículos de interés para el monitoreo del proceso de reforma en Brasil.

Indicamos la página web de salud mental del Ministerio de Salud que monitorea la reforma psiquiátrica brasileña desde la perspectiva del gobierno federal. En el sitio están disponibles los documentos principales y las ordenanzas en relación con el marco institucional de la reforma psiquiátrica. Entre otros, se sugiere el Informe de Gestión 2007-2010,10 elaborado por la Coordinación de salud mental, alcohol y otras drogas del Ministerio de Salud.

La Cuarta Conferencia Nacional de Salud Mental , la primera con participación intersectorial estuvo precedida por 359 conferencias locales y 205 regionales; se estima que alrededor de 46.000 personas han participado en el proceso, consolidándose las conferencias nacionales como un lugar de prestigio para la construcción de políticas públicas democráticas. El informe final también está disponible en la página web del Ministerio de Salud de Brasil.

Colaboradores de este capítulo:

En cuanto al relato de Camaragipe: *Marcela Lucena,* coordinadora del Programa de Salud Mental del Estado de Pernambuco; *Ricarda Samara,* Secretaria de Salud del municipio de Camaragibe y Norma Cassimiro, coordinadora de salud mental de Camaragibe.

En cuanto a la experiencia de Belo Horizonte: *Miriam Abou-Yd,* de la Asesoría Técnica de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Belo Horizonte.

El fragmento de Río de Janeiro fue preparado por el co-autor Hugo Marques Fagundes Júnior.

Dirección de correo electrónico: dsn.alves@terra.com.br

BIBLIOGRAFÍA

(1) Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Paises. Disponible en http://www.ibge.gov.br/paisesat/. Consultado el 27 de septiembre 2011.

(2) Agencia Nacional De Saúde Suplementar (Brasil). Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Junho de 2011.

(3) Alves, DSN. La Declaración de Caracas y la Reforma Psiquiátrica en Brasil. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Rodríguez, J (ed). Washington, D.C: OPS, 2007.

(4) Organização Panamericana De Saúde & Associação Brasileira De Saúde Coletiva. Anais da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente. Río de Janeiro: Ed.Abrasco, 1992.

(5) Brasil, Presidência Da República. Ley 10.216 del 6 de abril de 2001. Establece la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo de atención de salud mental

(6) Brasil, Ministério Da Saúde. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(7) Brasil. Ministério Da Saúde. Saúde mental em dados 9. Ano VI, número 9, julho de 2011, Brasília.
(8) BRASIL. Ley Número 10.708 del 31 de julio de 2003. Establece el auxilio de rehabilitación psicosocial para pacientes que sufren de trastornos mentales dados de alta del hospital. Diário Oficial da União, Edição Número 147 de 01/08/2003, Atos do Poder Legislativo.
(9) Vasconcelos, Em & Rodrigues, J. Organização de Usuários e Familiares em saúde Mental no Brasil. In: Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. VASCONCELOS, EM (org). Hucitec Editora. São Paulo, 2010.
(10) Brasil. Ministério Da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em www.cnes.datasus.gov.br
(11) Souza, PJC. Resposta à crise: A experiência de Belo Horizonte. In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. NILO, K et al (Org.). Secretaria Municipal de Saúde, 2008, 258 p.
(12) Brasil, Ministério Da Saúde. Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da. Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Coordenação de Saúde Mental. Brasília. Janeiro de 2011, 106 p. Disponible en http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/index.php.
(13) Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria nº. 1.190, del 4 de junio de 2009. Establece el Plan de Emergencia para la Expansión del Acceso al Tratamiento y la Prevención de Alcohol y otras Drogas en el Sistema de Salud - SUS. Diário Oficial da União de 05/06/09 p. 128 - seção 1.
(14) World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Disponible en www.who.int/research/en/. Consultado el 27 de septiembre 2011.
(15) Pitta, AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Número Temático: Atores, Políticas Públicas e Instituições da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Costa, NR; Alves, DSN, Fagundes, P & Saraceno, B. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12): 4579-4589, 2011. Disponible en http://www.scielo.org/php/index.php.
(16) Brasil. Ministério Da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS). Área Temática Saúde Mental. Disponible en http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/index.php. Consultado el 28 de octubre 2011.
(17) Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

10
LOS MOVIMIENTOS DE USUARIOS EN EL MUNDO

Fragmento de la portada, de José Colis, del comic *Una historia sobre Luis,* proyecto del CRL Nueva Vida, Asociación Psiquiatría y Vida, 2008.

10.1, La voz de los usuarios. *JC Casal, R Guinea;* 10.2.1 Salud mental: Nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles, *M Correa-Urquiza;* 10.2.2 Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Des-enfermar identidades: algunos ejemplos, *M Correa;* 10.3, Los movimientos de familiares y usuarios en España. La confederación FEAFES, *C García Gudal.*

10.1. La voz de los usuarios: la Asociación Alonso Quijano

Ricardo Guinea, Juan Carlos Casal Álvarez

UN POCO DE HISTORIA

La historia de la relación de las personas con enfermedad mental grave con los psiquiatras se puede entender como la historia de un desencuentro. Si se piensa la relación médico paciente como una relación que debiera ser percibida como de ayuda y mutua confianza, es sencillo entender la causa. En textos de las culturas más antiguas ya se pueden rastrear referencias a la noción de establecer con las personas alienadas relaciones de cuidado. Sin embargo, también observamos en la historia muchas referencias sobre toda clase de intervenciones individuales o colectivas basadas en el control y la segregación social. Y si consideramos la obra de Philipe Pinel (a finales del siglo XVIII) y su "tratamiento moral" como hito hacia la ruptura con los métodos descritos por Foucault, tenemos que recordar que de nuevo a mediados del siglo XX estaba por implementarse a escala general ese principio de "liberación" de las personas con enfermedad mental, de manera que propuestas como las de Basaglia volvían a parecer necesarias y revolucionarias.

Desde la perspectiva del modelo médico mas tradicional, lo que observamos es que el problema de tratar a las persona con Enfermedad Mental Grave había sido delegado por la sociedad a grupos de *expertos* desde el sobreentendido de que *son los que saben qué hacer*, pero que, como subraya Rotelli, hablaban *entre si* del problema en lugar de hablar con los afectados, cuya voz se consideraba desautorizada por estar enfermos. La historia del Manicomio es, en gran medida, la de un pacto por el control social a través del cual se justificó la exclusión de las personas enfermas. La mencionada "Historia de la Locura" de Foucault[1] lo ilustra extensamente (y en España, "Miserables y Locos" de Álvarez Uría)[2]. Estas obras, y otras que las han seguido, muestran cómo bajo esa cobertura intelectual han tenido cabida prácticas médicas y sociales que, al menos desde nuestra perspectiva de hoy, resultan inaceptables. Todas las cuales tenían en común el que, sencillamente, ignoraban la perspectiva de los usuarios.

Desde el campo profesional, la introducción del rol de la persona enferma como actor con voz en el proceso de cura ha contado con algunos precursores y avalistas. El Psicoanálisis supuso un paso hacia dar voz a los enfermos, y ofreció algunas propuestas técnicas de cierto impacto para el mundo psiquiátrico (de los que la *psicoterapia institucional* o la *comunidad terapéutica* pueden ser ejemplos significativos). La Antipsiquiatría se posicionó de forma crítica con la visión de la psiquiatría dominante, desde su concepción radical de la enfermedad como *construcción social resultante del anonadamiento del sujeto ante un entorno social o relacional distorsionado o caótico*. Estas o parecidas ideas contribuyeron a preparar al sector profesional para reconsiderar el papel de los enfermos, para volver a considerarlos como socios imprescindibles del proceso.

Pero los principales argumentos de los movimientos contemporáneos de usuarios críticos con la psiquiatría, han sido políticos, desde la idea radical de que las personas con enfermedad mental *nunca dejan de ser ciudadanos* y como tales, la titularidad de su papel como interlocutores y protagonistas de su propia peripecia y de sujetos de derechos no debería jamás prescribir.

En 1946, grupos de marginados sociales que incluían personas con problemas

psiquiátricos fundaron "Fountain House", como lugar estable de ayuda mutua. Es una iniciativa que se cita como antecedente de los actuales movimientos civiles de personas con enfermedad mental en EEUU, que comenzaron a ejercer su opción política en la línea de tradición norteamericana de los activistas por los derechos civiles, según se dice, ante el escepticismo inicial de los profesionales.

Fountain House sigue activo y funciona desde el postulado que considera que:

> los miembros (de Fountain House) son socios en su propio proceso de recuperación, mas que unos meros receptores pasivos de tratamiento, y que tener un trabajo significativo o relaciones sociales son parte esencial del proceso de recuperación.

Esta perspectiva va en la línea del *modelo de recuperación ("recovery")*, que aprende directamente de la experiencia de las personas que han afrontado exitosamente la enfermedad mental. El Modelo de Recuperación centra el proceso en la persona enferma, en sus prioridades y elecciones entre las alternativas disponibles, y propone una reorientación general de la visión y de las intervenciones en tal sentido. Descrito brevemente, recuperación no implica la curación, más bien implica vivir una vida normalizada aún a pesar de que se mantengan en algún grado los síntomas, contando con el apoyo del entorno y cierto grado de reconocimiento y aceptación de la propia "diversidad". El giro fundamental consiste en situar en el centro del proceso *la vida de la persona,* y no *el tratamiento*.

Aún bajo cierto grado de discusión, esta perspectiva ha sido ampliamente asumida por muchas de las organizaciones profesionales internacionales que trabajan en salud pública y en la protección de las personas con enfermedad mental, incluyendo la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y ha entrado en documentos europeos que definen políticas socio-sanitarias vinculantes para los estados de la Unión Europea.

Desde el comienzo de esta orientación, la contribución de muchas personas identificadas con "padecer una enfermedad mental" ha sido importante en varios campos: difusión de testimonios de personas recuperadas sobre su experiencia de tratamiento, que suelen aportar narrativas tradicionalmente ignoradas pero que una vez expuestas resultan impactantes y contribuciones de tipo académico y técnico. En Estados Unidos, el trabajo y liderazgo de personas como Judi Chamberlin o Pat Deegan ha sido muy difundido por su impacto en medios profesionales. Uniendo su experiencia como personas que han vivido la enfermedad y su formación como profesionales de salud mental, han contribuido como guía y modelo para el movimiento de usuarios, y han participado en importantes proyectos académicos e institucionales. Por ejemplo, J. Chamberlin ha co-liderado el proyecto para crear y validar instrumentos psicométricos sobre el concepto de la recuperación llamado "Measuring the Promise: A compendium of recovery Measures, Volume II[a], participado por Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)", la principal agencia pública de salud mental norteamericana. Deegan por su parte, enseña en la Universidad de Boston, y ha presentado recientemente el proyecto *CommonGround*, una aplicación interactiva en Internet que ofrece un interfaz personalizado adaptado para que personas enfermas

[a] Theodora Campbell-Orde, Judi Chamberlin, Jenneth Carpenter, H. Stephen Leff. Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures, Volume II. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.2005. Puede consultarse el texto completo en: http://www.tecathsri.org/pub_pickup/pn/pn-55.pdf (nota de los editores)

dispongan de información independiente de manera que estén en condiciones de asumir cierta corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre sus tratamientos farmacológicos[b].

Desde el punto de vista político, las organizaciones de usuarios son ya una realidad en todo mundo, incluyendo muchos países en desarrollo. A efectos de su visibilidad global, existen varias plataformas políticas internacionales de personas con enfermedad mental. La *World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)*[c] se autodefine como una *organización internacional de usuarios y supervivientes de la psiquiatría*. WNUSP ha sido reconocida como interlocutora por la ONU y la OMS, y ha colaborado con ellas. En una de sus últimas resoluciones (la *Declaración de Kampala*)[d], ratifica su exigencia de pleno respeto de los derechos humanos, tal y como se recogen en Convención de la ONU sobre Derechos de Personas con Discapacidad; se posiciona en contra de toda forma de tratamiento forzoso; reitera su exigencia de ser reconocido como interlocutor válido; reitera su ofrecimiento para cooperar como asesor técnico para protección y buenas prácticas; y se reafirma en considerar como valores fundamentales del proceso de recuperación el amor, la esperanza y la dignidad.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN ESPAÑA

Con la reforma psiquiátrica española, más o menos a finales de los años 80 comienzan las primeras actividades que hoy reconoceríamos como específicamente de Rehabilitación Psicosocial en España. Aparecieron y se organizaron asociaciones de familiares y de profesionales en defensa de una atención de calidad, digna y suficiente. Pero la posición de los usuarios tardaría más en visualizarse, al menos de manera diferenciada respecto de profesionales y familiares. Influidos por prácticas conocidas de otros países, ambas tipos de organizaciones comenzaron a invitar a intervenir en sus actos públicos a usuarios por ellas seleccionados. La Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), en su primer congreso nacional de 2005 en Madrid, dio otro paso adelante delegando sin condiciones la organización de una de las mesas plenarias a representantes de usuarios, bajo coordinación de Rene van der Male (entonces representante de usuarios ante la WAPR). Desde entonces, ha sido política de FEARP auspiciar organizaciones de usuarios que intervinieran en su propia representación "en primera persona", sin otros mediadores familiares ni profesionales. En noviembre de 2007, se celebró un encuentro en Madrid, en el curso de las I Jornadas de Salud Mental de la UNED. El encuentro y el curso fueron organizados íntegramente por usuarios, contó con la participación de profesionales, familiares y usuarios; resultó brillante en su organización y tuvo gran éxito de participación. Otro hito del desarrollo del movimiento fue el Encuentro de Cabra (Córdoba) en 2008, en el curso del II Campeonato Mediterráneo de Futbol Sala "Salud Mental", con participación de representantes de asociaciones de Cataluña, Andalucía y Madrid. En la agenda del encuentro se trabajó sobre el desarrollo de una plataforma unificada de representación de usuarios a nivel nacional, la promoción de estrategias de participación ciudadana, la reivindicación de servicios ajustados a las verdaderas necesidades de las personas, etc. Se señalaban también dificultades para el desarrollo del movimiento, fundamentalmente, la escasez de apoyo y la falta de recursos, pero también dificultades específicas del colectivo, como su escasa experiencia en la comunicación social y la poca familiaridad de sus miembros con las nuevas tecnologías, hoy requisito casi indispensable para

---

[b] http://www.patdeegan.com/commonground

[c] http://www.wnusp.net/

[d] OMS. Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. 2008. Puede consultarse el texto en http://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf (nota de los editores)

desarrollar actividades asociativas más allá del nivel local.

EL PLANTEAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE USUARIOS

Aunque hay acuerdo sobre algunos puntos fundamentales, también existe cierta polaridad en los planteamientos de las organizaciones que representan a las personas con enfermedad mental. Hay amplio acuerdo en temas como la importancia del autocuidado, el empoderamiento y la lucha contra el estigma; algunas asociaciones se decantan hacia posiciones altamente críticas y combativas con la psiquiatría tradicional y contra toda forma de coerción en el contexto psiquiátrico. La misma denominación "supervivientes de la psiquiatría", que no es aceptada por todos los usuarios, resume bien la visión de un amplio sector de ellos hacia la psiquiatría.

J.C. Casal ha resumido algunos de los principios sostenidos por las organizaciones españolas, tal y como se han ido planteando en los encuentros del incipiente tejido asociativo.

1. Normalización: se reclama la equiparación de derechos y deberes cívicos; se plantea la normalización de la condición de "diversidad mental" y el derecho a la diferencia para aquellas personas cuyo modelo o proyecto de vida no se ajusta a los modelos establecidos; se reclaman medidas de promoción de calidad de vida para el colectivo, y el reconocimiento de la capacidad de participar como expertos en la definición de los modelos de atención al colectivo en condiciones de equiparación con otros expertos.
2. Autodeterminación: reclaman que no se ponga en tela de juicio el derecho a gobernar la propia vida por recibir un determinado diagnóstico. Denuncian como barreras para el ejercicio de ese derecho el estigma y los prejuicios sociales, que favorecen la invisibilidad del colectivo; denuncian por inaceptable toda forma de violencia, ya sea ejercida en forma de coerción o de abuso del tratamiento farmacológico; la falta de servicios públicos cercanos al lugar de residencia, la falta real de oportunidades de participación ciudadana, como por ejemplo, por las barreras de acceso al empleo.
3. Representación en primera persona: reclaman que la representación de sus posiciones no sea ejercida desde otros colectivos, por más que sean amistosos y cercanos (como los familiares cuidadores o los profesionales).
4. Solidaridad y apoyo entre iguales: se propone poner en valor y fomentar canales que permitan el ejercicio de la solidaridad, el altruismo y el apoyo mutuo entre personas afectadas. Esta forma de apoyo mutuo forma parte de la base de proyectos como el mencionado *Fountain House*, replicado en infinidad de variantes de clubes sociales o redes de ayuda mutua.

La *World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)* ha trabajado y mantenido sus posiciones en la ONU. Se hace eco de los avances que ha representado la aprobación de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad[e], desde su sensibilidad a la situación de los derechos de las personas con enfermedad mental en tratamientos no consentidos. Propone la sustitución de cualquier medida que implique interdicción o custodia que limite

[e] El 13 de diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Es el resultado de un largo proceso, en el que participaron Estados miembros de la ONU, Observadores de la ONU, Cuerpos y organizaciones importantes de la ONU, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y Organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias. España firmó y ratificó esta Convención, más su Protocolo facultativo, por lo que desde el pasado 3 de mayo de 2008 forma parte del ordenamiento jurídico español. Puede consultarse el texto completo en http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf (nota de los editores)

la capacidad de obrar, por el establecimiento de apoyos que eviten la anulación de la persona y apoyen el ejercicio de su autonomía. Proponen interpretar toda limitación impuesta de la capacidad de obrar en relación con figuras legales como la detención ilegal o la tortura.

LA EXPERIENCIA DE ASOCIACIÓN ALONSO QUIJANO

Para mostrar con un ejemplo práctico y cercano el desarrollo de una asociación de usuarios, podemos tomar la Asociación Alonso Quijano (AAQ), de Madrid, asociación que ha cumplido ya más de 10 años, y que puede servir de ejemplo en sus logros y en sus limitaciones.

AAQ aparece en un hospital de día de Madrid. En un contexto de "comunidad terapéutica" en que los pacientes son estimulados por el equipo a participar en el desarrollo de las actividades del centro, un pequeño grupo de pacientes inicia una actividad regular de lectura de poesía. Las reuniones se mantienen semanalmente en el local del hospital, y poco a poco organizan una red de relaciones entre ellos que va más allá del hospital, en fines de semana, etc. Esta actividad es apoyada por alguno de los profesionales del centro, que desarrollan una labor voluntaria de apoyo. En este modelo de organización, el grupo de pacientes implicados va creciendo.

Desde el principio se plantean algunas cuestiones sobre la filosofía del proyecto: parece claro que no se trata de organizar una actividad más del hospital: el personal profesional que facilita la actividad no va a desarrollar actividad profesional definida extra en ese tiempo, se trata de que el funcionamiento sea autogestionario. Pero está claro también que al comenzar a ampliarse el grupo de usuarios, el nivel inicial relativamente sofisticado de la actividad (la lectura de poesía) se va diversificando, se adhieren algunos pacientes que necesitan supervisión, y se va configurando un club social poco jerarquizado, pero con cierta necesidad de asignación de roles de liderazgo y supervisión del grupo.

Influidos por la información de otros países sobre las asociaciones de usuarios, los profesionales que actuaban como facilitadores propusieron la formalización del espacio creando una asociación. Para eludir todo riesgo de estigmatización, se decidió crear una asociación de personas interesadas en "pensar, acompañar y ayudar en la experiencia de la locura". A diferencia de otras organizaciones formadas por personas enfermas, en AAQ se decidió que además de personas con enfermedad mental, pudieran ser también socios personas "simpatizantes", "profesionales" o "familiares", sin la restricción de identificarse con un diagnóstico. Se creó una junta directiva formada por las personas que habían liderado el proyecto desde el principio y se definieron algunas áreas de intervención. El club social mantendría la actividad de encuentro y facilitación de reconstruir una red social; un grupo de padres sería coordinado por un profesional, con la finalidad de informar y explorar las posibilidades del apoyo mutuo entre familiares. Y aprovechando las inquietudes artísticas de algunos de los asociados, se planteó un proyecto de lucha contra el estigma social mediante la promoción de actividades públicas en la ciudad, que se concreta en la convocatoria de un certamen poético.

La Asociación es constituida y registrada debidamente. Las actividades proyectadas se van desarrollando y van definiendo de manera natural algunas otras citas regulares, como una barbacoa anual en verano y la cena de hermandad de navidad. La Asociación se va desarrollando y creciendo como un grupo de personas que se van conociendo entre si, sin demasiadas pretensiones.

La experiencia va poniendo de manifiesto algunas dificultades de su diseño: a pesar de la deseada horizontalidad en las relaciones, se constata que el club social necesita dirección, ya que algunas de las personas que acuden al club necesitan alguien capaz

de ejercer de manera adecuada alguna supervisión de sus conductas, y como no se deseaba crear otro espacio supervisado profesionalmente, se definieron tres responsables de su funcionamiento. Se estableció un compromiso anual de un voluntario estudiante en prácticas, de un profesional del centro (pero sin ningún rol profesional asignado) y de uno de los asociados. La misión de estos tres sería responsabilizarse del cuidado de las instalaciones, del orden y de la continuidad del club.

Con esa mínima infraestructura serán ya los propios asociados con problemas de salud mental los que proponen las actividades de ocio, las organizan y las desarrollan, apoyándose en la motivación y solidaridad entre iguales. Las actividades de ocio así planteadas resultan muy gratificantes, y la red de apoyo que se crea resulta muy valorada por los ahora compañeros, que antes solo contaban con la familia o los servicios profesionales. Para ellos resultaba al fin posible desenvolverse en un espacio solidario y desmedicalizado. El club no solo aportaba actividades de tiempo libre, sino también una oportunidad de crear una agenda personal de contactos, personas conocidas para quienes padecer síntomas psiquiátricos no resultaba extraño, a las que poder llamar, y con los que compartir los buenos momentos o los sinsabores de la vida.

Se disfrutaba también con la idea de que un espacio de este tipo, con intervención profesional mínima y alta participación de los usuarios resultara pionero en Madrid. Se valoraba la oportunidad de que ese tipo de iniciativas pudiera extenderse a otros lugares y que las personas afectadas gestionaran "en primera persona" sus propias actividades de ocio.

El Club hubo de gestionar el hecho de que sus miembros fueran muy diversos, con muy diferentes actitudes y capacidades, con opiniones diversas sobre la enfermedad y los tratamientos. Los líderes del club se nutrían en Internet con información sobre grupos de otros países y compartían con los demás las nuevas nociones de *empowerment*, de derechos humanos de personas con discapacidad, la gestión de los diferentes proyectos, la ayuda mutua y el desarrollo del ocio normalizado. Como una rutina que dura hasta la actualidad, se estableció organizar los fines de semana actividades culturales, excursiones o salidas por la ciudad, sin ninguna intervención de profesional. Sin embargo, aparece periódicamente el debate sobre si convendría "profesionalizar" algunas de las funciones necesarias para mantener el club, como la función de animación cultural o la gestión administrativa de proyectos, funciones que perfectamente podrían desempeñar algunos de los socios con un poco de formación.

El "grupo de padres" se ha mantenido organizado bajo la dirección de dos profesionales voluntarios en reuniones mensuales, con un diseño a medio camino entre los grupos de psicoeducación y los grupos de autoayuda.

Desde 1999, La Asociación ha convocado cuatro Certámenes Poéticos como actos anti-estigma, aprovechando las facilidades de Internet, con buena difusión y participación, y liderados por un pequeño y motivado grupo de la Junta Directiva. Se han editado dos libros antología con los poemas de los tres certámenes finalizados; se han diseñado camisetas con el logo de la Asociación, y se han presentado los premios en una conocida sala de conciertos de la ciudad.

En 2005, la Asociación recibió el encargo de preparar una ponencia para una sesión plenaria del I Congreso Nacional de FEARP, y un grupo de socios con experiencia personal en lidiar con crisis psicóticas trabajó durante varias semanas en su preparación, lo que constituyó uno de los primeros reconocimientos públicos al papel de los usuarios desde una sociedad científica en España.

Las Juntas directivas de AAQ están formadas mayoritariamente por personas con experiencia de enfermedad, pero ha-

bitualmente se integra también a algunas personas con experiencia en asociaciones y motivación para apoyar el proyecto, que aportan cohesión y continuidad. A medida que se ha ido desarrollando en España un cierto tejido de asociacionismo de usuarios en salud mental, AAQ ha tratado de mantener la relación con él, enviando delegados a las reuniones que se han convocado en el territorio nacional en Madrid, Cataluña y Andalucía. Se han gestionado algunos avances, como la solicitud de entidad de interés público municipal, la participación en viajes del IMSERSO para los socios, o la consecución de alguna pequeña subvención económica municipal para actividades concretas. AAQ ha logrado su emancipación del hospital de día donde se creó, y actualmente se reúne en un centro cultural del Ayuntamiento, en el barrio de Lavapies.

Tras 10 años de experiencia, el balance que puede hacerse de esta iniciativa se concretaría así:

Si AAQ se planteó como una organización horizontal, no estigmatizante, inclusiva, su actividad y continuidad en el tiempo ha mostrado que ello es posible. Afronta las dificultades de cualquier otro movimiento asociativo: la poca cultura asociativa general hace que las personas que se acercan lo hagan de manera muy pasiva, muchas veces esperando ver "que pueden recibir", de manera que el peso de la continuidad de la actividad recae en un grupo pequeño de personas comprometidas, cosa por lo demás no muy distinta de lo que suele suceder con otros tipos de organizaciones asociativas en España.

AAQ sigue sin optar por profesionalizar sus actividades, manteniéndose en el nivel de grupo de ayuda mutua, y en ese nivel ha podido funcionar bastante bien: las relaciones entre los asociados son espontáneas, ha apoyado la creación de redes sociales espontáneas entre los asociados en función de sus afinidades personales. Todas las aportaciones son realizadas voluntariamente, lo que constituye también un techo y una limitación: exige mucho de las personas que mantienen la continuidad de la Asociación y limita la ambición de las expectativas.

La limitación de medios para funcionar es desde luego muy sensible. Las posibilidades de crecimiento de AAQ están limitadas por la falta de un aparato de gestión profesional con dedicación, de manera que asuntos como la gestión de subvenciones, la búsqueda de financiación de proyectos, o el desarrollo de actividades de autopromoción o difusión social de sus propias actividades es difícil de implementar y mantener.

Por la otra parte, conocida de cerca, AAQ es un laboratorio de ideas muy interesante. Ofrece cada día una oportunidad para ver cómo es posible "empoderarse" para afrontar el estigma social (incluso el "autoestigma" asumido por los propios usuarios), cómo es posible participar en actividades sociales relacionadas con pertenecer a una minoría señalada, cómo puede ser el proceso de las personas en su transición de rol desde "enfermo mental" al de "activista social o "animador de actividades socioculturales" en el seno de la Asociación.

Como sostienen los promotores de la perspectiva de "servicios orientados a la recuperación", actividades como las descritas se beneficiarían mucho si pudieran ser apoyadas desde los servicios de Rehabilitación o se Salud Mental en los aspectos menos decisivos pero más difíciles para su gestión, como pueda ser la gestión administrativa y económica, ofreciendo apoyo a actividades de formación asociativa, o aprovechando la experiencia de sus líderes mas activos como "usuarios expertos" en proyectos de mejora y evaluación de servicios.

RESUMEN
La aportación de la perspectiva de personas con enfermedad mental respecto de su tratamiento, tradicionalmente ignorada, ha sido reconocida en los últimos años como necesaria para comprender el proceso de recuperación. Las narraciones de personas recuperadas sobre su proceso personal, así como aportaciones técnicas de personas con enfermedad mental que son a la vez profesionales de salud mental, están incorporando nuevas perspectivas a nuestra comprensión del tratamiento, la forma de recuperación de las personas y la evaluación de servicios. Las organizaciones civiles de personas con enfermedad mental están cobrando mayor visibilidad social, están participando en la redefinición definición de políticas y buenas prácticas, y creando redes sociales de participación informal que son prometedores instrumentos para avanzar hacia el empoderamiento y la plena ciudadanía de las personas afectadas. Se exponen ejemplos del trabajo de la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría a nivel internacional, y de Asociación Alonso Quijano de Madrid a nivel local.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Para referencias sobre "Fountain House" ver su web www.fountainhouse.org. También para referencias sobre la actividad política de asociaciones de usuarios hay mucha información y documentos en la web de World Network of Users and Survivors of Psychiatry WNUSP www.wnusp.net.

Sobre testimonios de personas con enfermedad mental se puede leer el artículo de Casal, J.C.: "Derechos y Participación de personas con diversidad mental". Cuadernos de Trabajo Social. Vol 23. 2010 (301-321).

Sobre aportaciones técnicas de usuarios-expertos, ver el trabajo de J Chamberlin o de Pat Deegan ver: Campbell-Orde, T.; Chamberlin, J.; Carpenter, J.: "Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II". Evaluation Center@HSRI. US Department of Health and Human Services. 2005. www.samhsa.gov ;y tambien Pat Deegan y el proyecto CommonGround, en www.patdeegan.com

Hay información sobre Asociación Alonso Quijano en www.a-alonsoquijano.org

BIBLIOGRAFÍA

(1) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México D.F.: FCE; 1967.
(2) Álvarez-Uría F. Miserables y locos. Barcelona: Tusquets; 1983.

10.2.1. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Saberes profanos y estrategias posibles

Martín Correa-Urquiza

> Debemos intentar encontrar nuestra estabilidad emocional aunque sea a base de pequeñas tretas que no confesemos a los demás. O si.
>
> *Pau Vidal, maratonista, Radio Nikosia.*

INTRODUCCIÓN

Uno de los riesgos, como profesionales, reside siempre en la posibilidad de transformarse en parte de un proceso sobre el cual hemos abandonado toda reflexión crítica. En pasar a ser en tanto eslabones de una sucesión de estrategias predefinidas y protocolizadas que terminan por fosilizar las funciones y neutralizar toda noción de sentido alrededor de la tarea que se realiza. Como trabajadores en el ámbito de la salud mental, no es sólo dado comprender el funcionamiento de los modelos y estructuras existentes, sino aprender y vislumbrar la posibilidad de transformarlas, de re-crearlas para continuar avanzando, adaptándolas a las nuevas circunstancias que se irán presentando. Hablamos, también, de una tarea deliberativa sobre los aspectos teóricos y prácticos que nos permitiría como individuos re-descubrir permanentemente el significado de nuestra labor.

Lo que nos proponemos aquí es contribuir al replanteo del posicionamiento y de los instrumentos teóricos que hacen al abordaje del tema; fundamentalmente aquí analizaremos brevemente algunas de aquellas prácticas que intentan ir más allá de los esquemas clínico-terapéuticos. Nuestra intención es aquí abrirnos a la posibilidad de desarrollar otras formas y vías para pensar la problemática mental en todas sus dimensiones y actuar a partir de ellas. Estilos de pensar que nos ayuden a seguir abriendo puertas hacia otras salidas posibles. La reflexión crítica constante no es más que el punto de partida para el avance hacia la construcción compartida de un modelo más flexible, equilibrado y productor de salud.

PUNTOS DE PARTIDA

El ejercicio de movimiento y reconsideraciones permanentes al que nos obliga el modelo epistemológico que guió la reforma psiquiátrica, requiere hoy de nuevas consideraciones que abran su ámbito de ejercicio a la participación civil y a la acción comunitaria. Por lo tanto el hecho de afrontar la situación actual implica un trabajo que, partiendo de la utilidad y legitimidad incuestionable de la lógica de servicios sanitarios tales como centros de día, hospitales de día y centros de inserción laboral, intente ir más allá y desarrollar nuevos instrumentos y estrategias en el marco de la acción comunitaria. Trabajar en salud mental requiere hoy aprender a desenvolver una capacidad de creación que nos ayude a generar permanentemente nuevas formas de abordar las dificultades que se plantean en el ámbito de las intersecciones entre teoría y práctica. Las fórmulas y paradigmas actuales nos sirven como puntos de partida, al igual que la mayoría de los dispositivos que ya funcionan; sin embargo, la intención es desarrollar otras dimensiones de esa tecnología que nos permitan la flexibilidad necesaria para afrontar esas situaciones y otras que se configuran constantemente en el campo de la salud mental. Hoy es necesario articular tecnologías lo suficientemente *plásticas, elásticas*, como para que nos permitan sa-

tisfacer las necesidades cambiantes y específicas de las personas en este terreno. Asimismo, toda promoción de la ciudadanía y la construcción de la terapéutica en salud mental debe articularse a partir de la propia experiencia y de las particulares capacidades de creación tanto de los trabajadores de la salud como de los mismos afectados.

Ahora, frente a esta realidad y más allá de la labor sobre el estigma, dos caminos son los que se hacen inevitables en la actualidad. Inevitables con un alto nivel de urgencia, sobre todo, si realmente lo que se intenta es llegar al punto en el que el modelo epistemológico mantenga una cierta coherencia con los usos cotidianos, y si lo que se busca es llevar adelante lo que suele denominarse como post-reforma[a]. Y cuando hablo de dos caminos hago referencia por un lado, a la oportunidad de trabajar por la transformación de las lógicas de aproximación al sufrimiento mental, que aún de manera residual, reproducen las viejas lógicas de los antiguos manicomios. Es decir, es tiempo de que la modificación de las estructuras y dispositivos de atendimiento se vea acompañada por un giro profundo en los métodos que guían la práctica al interior de esos servicios. Por otra parte, aludo a la posibilidad de desarrollar otro tipo de dispositivos colectivos que se adapten a las demandas; nuevos dispositivos de escucha y acción social que funcionen dentro de la comunidad desde lógicas relativas a lo comunitario. Esto implicaría que el sujeto acceda a la oportunidad de abandonar sus status y roles de paciente, de enfermo mental, para volver a ser fundamentalmente persona, para acceder a la opción de rearticular su identidad, de decidir qué, quién y de que manera quiere editar y re-estructurar su presencia social. Su lugar en el todo colectivo. Esto último no puede hacerse efectivo sin un trabajo de incorporación y legitimación de las narrativas y la subjetividad de los afectados en el cuerpo teórico de la aproximación al sufrimiento mental y específicamente en el de la construcción de sus particulares itinerarios terapéuticos. A este conocimiento que da la experiencia del sufrimiento en el propio cuerpo, a esta sabiduría que existe y se hace efectiva en distintas circunstancias a pesar de la lógicas de negación de las que es objeto, la hemos llamado en otra ocasión, saberes profanos[1]. Analicemos brevemente este punto que será y es nuestro punto de partida.

SABERES PROFANOS, ESTRATEGIAS POSIBLES

Según Antonio Gramsci el sufrimiento psicológico es el resultado de la incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza que regulan la experiencia social. La neurosis, por ejemplo, es entendida por el autor como un proceso de incorporación de las contradicciones históricas determinadas por las relaciones de fuerza. El cuerpo es el terreno de un conflicto de hegemonías[2]. Es decir una esfera de oposiciones complejas entre las posibilidades de aplicación práctica de la propia subjetividad y lo que el entorno social determina. En lo que hemos denominado locura, el sufrimiento puede observarse también como esa consecuencia de habitar ese mismo tipo de contradicciones. Garcés, uno de los integrantes de Radio La Colifata, la primera emisora en el mundo realizada desde un Hospital Psiquiátrico en Buenos Aires, Argentina, solía afirmar durante las emisiones: "Yo tengo la gran intriga de mi vida y es saber si debo curarme o debo hacer la revolución justificando mi propia locura".

Lo dicho no niega ni afirma la posible existencia de factores orgánicos en la etiología de la problemática, no es esa la cuestión aquí, sólo ubica la atención en el evidente aspecto socio-cultural del problema. Así si

[a] Post-reforma que aquí preferiríamos llamar reforma, a secas, ya que consideramos que la iniciada en España en el año 86, fue sí un avance en términos estructurales, fue sí una labor de cambio importante orquestada a partir de varias figuras de renombre en el campo y miles de profesionales de buena fe y mejores intenciones, pero que en los últimos años no ha hecho sino estancarse y retroceder.

partimos de esa base, no es complejo deducir que una parte importante de la terapéutica, o de la generación de un bienestar, se encuentra en la posibilidad de des-tensionar, de desarticular esas mismas fuerzas actuantes en tanto matriz de conflictos. Es claro, que la existencia misma, la vida misma es en parte una coexistencia con el conflicto, sin embargo podríamos afirmar que existen graduaciones, intensidades que pueden resultar más determinantes de malestar que otras. Al mismo tiempo, sabemos que al habitar el obstáculo o la dificultad, los sujetos desarrollan y articulan toda una serie de herramientas, de estrategias para hacer frente o sobrellevar, la situación. Frente a todo proceso de salud o enfermedad se crean y despliegan diferentes tipos de modelos de autoatención[3], los individuos generan prácticas relativas a sus maneras de hacer frente a las circunstancias; a esos saberes, a esas maneras de conjugar saberes que se constituyen como un saber en sí mismo, los denominaremos aquí: saberes profanos. Hablamos de una suerte de pericia de la cual los sujetos no siempre son necesariamente conscientes, ni de su existencia ni – en ocasiones- de la realidad o efectividad de su aplicación. Es decir, a pesar de existir bajo una dinámica de constante negación de su subjetividad, la persona que ha sido diagnosticada de algún problema mental, desarrolla y pone en práctica una serie fluctuante de herramientas y estrategias de aproximación y mejora que tienen directa relación con sus conocimientos sobre su vida y sus padecimientos. Hablamos de prácticas que viven ocultándose, que atienden más a una lógica de rebasamiento, en el sentido de que emergen a pesar de la opresión, de la negación de las que son objeto. ¿Y a que tipo opresión nos referimos? Todas esas instancias de des-historización, estigmatización, des-legitimación, consideración en tanto enfermo absoluto, etc., es decir todas esas acciones que se ejercen sobre los sujetos de la locura que no tienen que ver con una operación de violencia explícita sino con un tipo de coacción sutil en el plano de las relaciones cotidianas; clínicas, familiares, sociales. Así, más allá de la situación vivida, la persona mantiene y pone en práctica un conocimiento que es activo y produce resultados en el plano de la efectividad. Es un saber profano definido así por oposición a los llamados saberes expertos que dominan la teoría y práctica alrededor del sufrimiento mental. Son saberes que de alguna manera profanan, al manifestarse como una suerte de herejía del conocimiento en relación al pensamiento científico. La noción de *habitus* definida por Pierre Bordieu puede ayudarnos a comprender esta idea. El sociólogo la define en tanto producto de la historia que produce prácticas individuales y colectivas[4], es un saber que deriva de la propia condición, situación y vivencia de un contexto y sus experiencias. Decíamos en un ensayo anterior:

> Un saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia aunque si, un saber especifico que puede ser potencialmente estrategia. La idea de estigma, por ejemplo, bien puede ser una categoría abstracta, un objetivo a de-construir, el *target* de una campaña publicitaria digitada desde las esferas de las políticas de salud pública… Pero en el sujeto que es objeto de ese estigma es la materialización de un tipo de vivencia cotidiana, de realidad empírica que afecta; es un dolor omnipresente para el cual se diseñan constantemente estrategias de supervivencia. Una aflicción que es el resultado del propio accionar en la diferencia y de las percepciones sociales que el entorno tiene sobre esa diferencia. Todo ese *estar* genera *habitus* y define un *habitus* que es, a la vez, un saber posible que determina e implica actitudes que pueden pasar a articularse como herramientas con potencial capacidad operativa.
>
> El saber de la experiencia, que es desde donde puede articularse esa noción de sentido, es, a mi entender, un saber que podría interpretarse como la *dimensión activa*, *inquieta*, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bordieu. Es decir, lo producido por aquellos "condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia[1]

Goffman nos habla de otro concepto que puede sernos de gran utilidad: ajustes secundarios[5]. El autor se refiere a aquellas acciones que tienen que ver con un otro saber propio y que "representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto"[5]. Se trataría así de todo aquello que la persona realiza más allá de lo que se espera de él en tanto paciente o enfermo mental, pero que tiene estrecha relación con la búsqueda de un mejor estar. Esto, a su vez, podría ser ligado con la noción gramsciana de agency, es decir de aquella capacidad de actuar de los individuos. Los sujetos, sea cual sea su realidad, disponen de una capacidad para actuar en uno u otro sentido, y es esta capacidad la que se vuelve necesaria reconocer en los afectados. Es decir, por más que sean tratados a partir de estas premisas de enfermedad total, disponen de herramientas y capacidades para hacer frente, al menos en ciertos aspectos y de manera parcial, sus procesos. Pau, colaborador activo de Radio Nikosia, una de las primeras emisoras realizadas por personas con problemas de salud mental, escribió lo siguiente para una intervención en un programa:

> Somos un manojo de deseos y aspiraciones y la mayoría de ellos no van a poder ser satisfechos. Deseamos ser amados, reconocidos, reconfortados, aceptados. Pero todo esos deseos van acompañados de un miedo profundo y muy arraigado a no poder alcanzar nuestras expectativas, un gran miedo a la frustración. Deseamos con todo nuestro corazón ser queridos y respetados pero la mayoría de veces nos topamos con el obstáculo más infranqueable de cuantos existen: nosotros mismos…Cuando nos azotan las inseguridades empezamos a verlo todo negro. El camino se vuelve sombrío. Cualquier situación nos turba y se nos nubla el raciocinio. Parecemos hallarnos a meced del destino…Debemos empezar antes que nada por querernos a nosotros mismos sin compararnos con los demás, ponernos en manos de la ventisca. Hallar atajos por los que transitar hacia la luz. Debemos intentar encontrar nuestra estabilidad emocional aunque sea a base de pequeñas tretas que no confesemos a los demás. O si. (Pau Vidal: Radio Nikosia).

Por el contrario, el esquema de atención en salud mental se estructura, en muchas ocasiones, sobre la idea de que la persona diagnosticada no está en condiciones de hablar o decir por si misma. De que no dispone de herramientas para revolver su situación. Esto podemos pensarlo directamente vinculado a dos fenómenos: por un lado, al hecho de nuestra consideración sobre él en tanto enfermo total o absoluto, y por el otro a la posibilidad de que no dispongamos de las herramientas para des-encriptar ese conocimiento, es decir; no lo vemos por que no lo comprendemos en los términos a través de los cuales comprendemos generalmente la terapéutica. Para nosotros, como profesionales, el mejor estar del sujeto está supeditado a una serie de prácticas y tecnologías sobre las cuales hemos ido tomando conocimiento a lo largo de nuestras carreras respectivas, y es complejo, que no imposible, pensar en la posibilidad de que existan herramientas de utilidad y/o efectividad dentro de unos individuos cuya realidad es justamente que han sido diagnosticados de problemas de salud mental; *que están locos*. Aunque no lo pensemos así, en ocasiones, actuamos como si lo diéramos por hecho. Al desconocer esa subjetividad, ese conocimiento, estamos transformando a la persona sólo en receptor de una episteme que –en principio- no le pertenece. Levi-Strauss, uno de los padres del estructuralismo francés y de la disciplina antropológica, hace una reflexión que puede sernos de utilidad para comprender este último punto que estamos tratando. A pedido de la UNESCO realizó hacia 1952 un ensayo

alrededor de las culturas, las razas, y las percepciones sociales sobre las supuestas diferencias en sus grados de desarrollo a lo largo de la historia. Dice Levi-Strauss que es posible pensar que no existan culturas menos desarrolladas que otras en términos globales, sino que sí hay culturas o sociedades que se han desarrollado de una manera diferente a la nuestra, poniendo el énfasis, por ejemplo, en otros elementos que los relativos a los que percibimos como *nuestros* avances en la sociedad occidental. El autor no desmerece ni niega los progresos científico-tecnológicos de occidente, sino que intenta advertir sobre la falacia de definir o conceptualizar todo avance o todo progreso, sólo en los términos con los cuales nosotros entendemos el progreso. Para él, antes de calificar de inamovible o estacionaria a una cultura, habríamos de preguntarnos si esta inmovilidad supuesta no deriva de la ignorancia en que nos encontramos acerca de sus intereses verdaderos. En palabras de Levi-Strauss:

> La distinción entre las dos formas de historia, ¿depende de la naturaleza intrínseca de las culturas a las que se aplica, o no resulta de la perspectiva etnocéntrica en la cual nos situamos siempre nosotros para evaluar una cultura diferente? De ese modo, nosotros consideraríamos como acumulativa toda cultura que se desarrollara en un sentido análogo al nuestro, o sea, cuyo desarrollo tuviera *significado* para nosotros.
>
> Mientras que las otras culturas nos resultarían estacionarias, no necesariamente porque lo sean, sino porque su línea de desarrollo no significa nada para nosotros; no es ajustable a los términos del sistema de referencia que nosotros utilizamos. Que tal es el caso, resulta de un examen incluso somero, de los individuos o grupos, en función de la mayor o menor diversidad de sus respectivas culturas… Cada vez que nos inclinamos a calificar una cultura humana de inerte o estacionaria, debemos preguntarnos si este inmovilismo aparente no resulta de la ignorancia que tenemos de sus verdaderos intereses, conscientes o inconscientes, y si teniendo criterios diferentes a los nuestros, esta cultura no es para nosotros víctima de la misma ilusión. Dicho con otras palabras, nos encontraríamos una a la otra desprovistas de interés simplemente porque no nos parecemos[6].

Al respecto y trayéndolo al terreno que nos atañe; ¿no es acaso factible de suponer, en los saberes expertos, la existencia de una suerte de etnocentrismo evitable en la concepción sobre la problemática mental? Es decir, que cabria preguntarnos constantemente como profesionales, si el hecho de ver cómo válido, legitimo y efectivo, sólo aquello que responde a nuestros modelos teórico- académicos, no hace en parte a una concepción parcial y en cierta manera inicua en relación a las significaciones del sufrimiento mental. Con esto no estamos diciendo que los saberes expertos no dispongan de un conocimiento especializado y necesario en la materia, nada más lejos de ello, sino que a la ahora de abordar el fenómeno, deberíamos poner en conjunción toda la suma de saberes existentes con el objeto de acceder a una comprensión que esté a la altura de la complejidad inherente a la cuestión del sufrimiento mental. Esto incluiría tener en cuenta otros conocimientos que quizás, no sólo en ocasiones no estamos dispuestos a reconocer por cuestiones de corporativismo o diferencias conceptuales o de paradigmas, sino que tal vez por momentos no estemos en *condiciones* de comprender y por lo tanto de *percibir*. No hay lugar para la escucha hacia el sujeto de la locura por que no hay socialmente la percepción de que el loco tenga algo que contar.

Al mismo tiempo, no hemos de pensar con esto que los saberes profanos se deberían constituir como *la verdad* única sobre el sufrimiento mental, no; sino que es un tipo de conocimiento que existe como tal, que debe ser contemplado y debe formar parte del concierto de voces que conforman el dis-

curso de la terapéutica. Discurso, a su vez, que habría de ser pensado en tanto ensamble simétrico, ciertamente complementario de saberes y formas de aproximación. Esto que parece de una obviedad abrumadora no se traduce en el plano de las prácticas en los servicios de salud mental, lo que hace referencia también a una concepción de la problemática como un fenómeno fundamentalmente orgánico/biológico. Es evidente que habrá campos en los que los saberes médicos tendrán un mayor conocimiento, o que habrá aspectos en los que un trabajador social disponga de más y mejores herramientas para transformar una determinada situación, pero también es cierto que no sólo la persona afectada es un experto en efectos secundarios, como suele decirse, sino que ha desarrollado una serie de herramientas para sobrevivir, que pueden manifestarse como un conocimiento útil, no exclusivamente para él sino incluso para otros sujetos sociales en similares circunstancias. Al mismo tiempo no se trata sólo del hecho de que deban ser escuchados a través de una suerte de condescendencia, o de la suposición de que la escucha y la puesta en práctica de sus perspectivas pueden contribuir a una mejor asimilación de la terapéutica impuesta; no es que debamos descubrir como profesionales, las maneras de *hacerlos sentir* que forman parte; sino del hecho de que verdaderamente sus perspectivas y propuestas formen parte, por que realmente lo que *tienen para decir*, contribuye sobremanera con la construcción global de las reflexiones sobre el sufrimiento mental.

Pongamos un ejemplo: Alberto, diagnosticado en su momento de esquizofrenia y participante de la experiencia de Radio Nikosia, afirmaba durante una conferencia ofrecida por el grupo:

> En mi modo de vida los animales pueden comunicarse conmigo. Y a mi me vale, los vínculos con los animales me sirven para protegerme. Para mi psiquiatra, lo bueno de pasear el perro es que doy una vuelta y me relaciono con los demás, que me aireo un poco. Pero para mi tiene otro significado que a él no se lo puedo contar, no lo entiende. Mi relación con los pájaros, los vínculos telepáticos de afecto y cariño con el mundo espiritual y natural que me rodea, con mis animales, con mi Hippi -su perro-, me protegen, me cuidan y me hacen vivir menos solo. Cuando salgo a pasear no salgo sólo, salgo con ellos y en ellos y en el paseo entre todos compartido encuentro la felicidad.

La terapéutica para Alberto está directamente vinculada a la posibilidad de encontrarle sentido y legitimar aquellas prácticas que a él le generan un mejor estar y entenderlas como tales. No, en este caso, en asumir lo que los saberes expertos determinan como ese "airearse un poco" que hace bien, sino con el hecho concreto de que su relación con los animales forma parte del sentido que le permite construir parte de su historia, de su biografía, su lugar en el mundo. Para una de las emisiones de Nikosia, Alberto escribió un texto que tituló "El lenguaje secreto de los pájaros", en el que describe en detalle una cierta particularidad sensible que en él reside y que le ha permitido desarrollar un vínculo con los pájaros similar al que las personas suelen tener con los clásicos animales de compañía.

Pongamos otro ejemplo que ya hemos utilizado en textos anteriores: Xavier y Dolors, participantes de la experiencia de Nikosia, son pareja desde hace 18 años y conviven hace 12. Fueron diagnosticados de esquizofrenia y se conocieron compartiendo actividades en un Centro de Salud Mental. Desde el comienzo de su relación los profesionales con quienes se trataban eran contrarios a la conformación de la pareja; según decían, existía un alto riesgo de que se dañaran mutuamente en los momentos críticos del trastorno, de hecho es esta una "recomendación" bastante común por parte de los trabajadores ante situacio-

nes similares. Pese a todo, Xavier y Dolors continuaron, confiaron en sus posibilidades, pusieron en práctica sus particulares percepciones comunes y materializaron una experiencia de vida en pareja que aún perdura. "Yo sé, que el único que me entiende y me acepta tal como soy es Xavi, decía ella durante una entrevista concedida a un periódico de Cataluña, porque él ha vivido prácticamente el mismo dolor que yo, los dos fuimos diagnosticados en su momento y los dos sufrimos entonces un rechazo frontal por parte de nuestras familias. Es la mayor suerte que nos hayamos tenido el uno al otro para sostenernos". Y Xavier agregaba "en la locura hay angustia provocada por el trastorno y angustia provocada por la gente, por el entorno que te señala, te margina, te dificulta la vida por llevar la etiqueta; y para ese obstáculo que a veces nos ponen los otros, Dolors ha sido mi tabla de salvación". Dolors y Xavier viven en un piso asistido de la red de salud mental, se reparten las tareas cotidianas, conviven entre filias y fobias como cualquier otro matrimonio del barrio de Sant Andreu. Cuentan que desde que están juntos han logrado dejar atrás la conflictiva relación con sus respectivas familias. "No creo que hoy pueda vivir sin Xavi, suele decir Dolors. No se que haré cuando él me falte. Lo único que espero es poder morirme antes que él." Dolors es hoy la presidenta de la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Para ambos, desatender el mandato de la terapéutica externa, impuesta, fue una manera de *salvarse*, de afirmarse en un mejor estar gestionado desde sí mismos. Esto no significa que todas las prácticas en relación a su recuperación hayan sido el producto de esa autogestión; sus itinerarios son el resultado de un encuentro permanente entre los saberes propios, los saberes profesionales y los de sus redes sociales de apoyo; pero los propios han tenido un papel fundamental en el proceso. De hecho, uno de los psiquiatras con el que trabajaron durante muchos años luego de decidirse a estar juntos, fue quién más apoyó la relación, y observó en ella un verdadero camino de mejora para los dos. Hacia él, como profesional y como persona, Xavier y Dolors aún hoy se manifiestan profundamente agradecidos.

Por otra parte, es cierto que desde hace unos años se ha ido proponiendo desde las instituciones y organismos oficiales la necesidad de que estos saberes profanos sean escuchados o formen parte de los discursos posibles alrededor de la problemática mental; sin embargo en la mayoría de las ocasiones lo que se produce es una aceptación y utilización sólo de aquellos conocimientos que reproducen la semántica de los saberes expertos, aquellos que coinciden con lo que se espera de los sujetos en tanto enfermos mentales. En términos de Goffman[5], el saber recuperado en estos casos por las instituciones es exclusivamente el relativo a los ajustes primarios; es decir a todo aquello que el sujeto realiza y produce en consonancia con las lógicas hegemónicas. Es un saber subalterno que lo re-ubica en el lugar del paciente, que lo define en su ser en tanto paciente, es decir, que se lo escucha no sólo en tanto enunciador de una sintomatología, sino como sujeto reproductor de lo que los saberes expertos definen sobre él. El saber del loco en estos casos no hace sino que justificar el conocimiento psiquiátrico No hay casi interés por escuchar, legitimar o darles cabida a las prácticas profanas en su naturaleza de origen. La persona será contemplada mientras responda desde su lugar de enfermo y según lo que se espera de él desde su rol de enfermo, es decir, en la mayoría de las ocasiones, reivindicando y consolidando el lugar de los saberes expertos en sus propias biografías.

DE RECUPERACIONES POSIBLES

La recuperación en el campo de la salud mental está directamente relacionada por un lado, con las posibilidades del sujeto de formar parte de su particular proceso, con la posibilidad de que sus perspectivas, sus

puntos de vista, sus propias estrategias de supervivencia, sean observadas como legitimas en la búsqueda de un mejor estar. Por otro, con la posibilidad de una integración activa en el seno de la comunidad, con el hecho de que su diferencia no sea ya observada como una extrañeza que provoca rechazo o paternalismo, sino que pase a ser considerada como una parte más de las diferencias posibles dentro de la heterogénea geografía del *corpus* comunitario. Ambas opciones, que no son las únicas aunque si determinantes, van entrelazadas, no pueden pensarse la una sin la otra. Y para acercarnos a ellas, el planteo central como profesionales quizás radique en la necesidad de trabajar en la recuperación y el reposicionamiento social de los sujetos de la locura y en una labor de sensibilización y de de-construcción del estigma. Frente a esto, planteábamos al principio del capítulo que existen dos caminos fundamentales ha tomar. Son dos tareas, que si bien se hacen efectivas en diferentes espacios y de diferentes maneras, aún se constituyen como pendientes en términos globales. Nos referimos por un lado a la necesaria transformación en las dinámicas internas de los servicios de salud mental y por otro a la creación de nuevos espacios, territorios otros, ya desmarcados de toda conceptualización clínica desde donde trabajar el encuentro o los encuentros entre sociedad y locura. Encuentros ya no atravesados por ideas de lo clínico, sino lugares en los que los sujetos accedan a la posibilidad de intentar una identidad otra. Por cuestiones de espacio fundamentalmente, nos centraremos aquí en el análisis del segundo aspecto mencionado, es decir con aquel que se relaciona con la posibilidad de generar otros contextos desde donde trabajar la problemática mental.

Suponer que la salud sólo se construye en el territorio de la clínica, implicaría un desconocimiento de las vinculaciones entre los hechos sociales, culturales y los procesos de aflicción. Entonces si hemos hablado del estigma, por ejemplo, como parte del dolor que deriva de la constante de habitar un determinado entorno; ¿por que no pensar en la posibilidad de que ciertos aspectos sociales de la recuperación se produzcan como resultado de un *estar,* de habitar, contextos comunitarios? Claro que esto no implicaría, bajo ningún aspecto, proponer una terapeutización de la vida cotidiana, no se trata de hacer de lo social lo terapéutico; sino de trabajar a partir de prácticas y herramientas que en su condición de comunitarias -no clínicas-, contribuyan en el reposicionamiento de los sujetos en tanto formando parte del cuerpo social, ayuden en la posibilidad de re-construir una identidad erosionada por la condición fosilizada de paciente mental. La terapéutica sería, en todo caso, una consecuencia de la participación *normalizada* dentro del tejido comunitario. Pensemos, por ejemplo, en las diferencias posibles entre un taller de artes plásticas realizado con y por personas con problemas de salud mental dentro de un centro de recuperación para este tipo diagnósticos, y pensemos ahora en el mismo taller en un centro cultural de un determinado barrio al que los participantes acudirían, ya no como pacientes, sino como aprendices, artistas o estudiantes de expresión o pintura. ¿Que identidades entrarían en juego en un caso y en el otro?

Al hablar de la posibilidad de generar contextos de encuentro entre locura y comunidad, no queremos decir que estos sean los únicos necesarios para trabajar en el proceso de recuperación. O sea, más allá de los dispositivos médicos y de aquellos que funcionan como bisagra entre lo clínico y lo comunitario, planteamos la urgencia de trabajar en la constitución de territorios que impliquen un estar pleno dentro de la comunidad. La figura del Club Social, que es parte de la cartera de servicios del Plan Director de Salud Mental, por ejemplo, iría epistemológicamente en este sentido. Sin embargo la intención nuestra aquí es ampliar y pensar otros espacios u otras formas de articulaciones posibles.

Estos nuevos espacios deben ser pensados sobre todo a partir, no sólo de una lógi-

ca de la acogida, del recibir, apoyar y contribuir en esa arqueología de la subjetividad de la que hablamos en otros textos, sino a la vez y fundamentalmente, en tanto territorios de producción social en interacción con la comunidad. Territorios que propongan y produzcan para y con el contexto, a fin de que la esencia de su tarea se constituya más como una política de la intervención que como una disposición a la asistencia. Esto no tiene por que implicar el descuido de una perspectiva de cuidado sensible hacia los afectados, sino que viene a proponer que el énfasis de recuperación en este caso, estaría ubicado en el trabajo hacia su configuración en tanto sujetos políticos, capaces de producir obra y sentido dentro y para el todo comunitario. La cuestión no es despertar compasiones, sino comprensión y respeto en tanto seres legítimos y socialmente activos. En otras palabras, no hablamos aquí de habilitar espacios en donde puedan ejercer su derecho a la palabra en términos sólo de la posibilidad de enunciación, es decir no hablamos de instancias para un decir que caiga en el vacío. Sino de territorios que provoquen y propongan a su vez verdaderas instancias de comunicación e interacción con los otros saberes y la comunidad en general; lugares desde donde esa palabra pueda materializarse, transformarse en discurso que contribuya a repensar la salud mental, la locura, el estigma, lo comunitario.

Hacemos referencia sobre todo a dispositivos que se articulen desde los saberes profanos y desde esa capacidad de actuar o *agency* en términos de Gramsci[2] que aún existe y reside en los sujetos de la locura. Desde allí, estos espacios habrían de tener como misión crear y desarrollar redes con entidades, colectivos y profesionales, que no estén necesariamente ligados al mundo de la salud mental. Y si lo están, lo importante es que no reproduzcan las relaciones que se suelen establecer al interior de los dispositivos clínicos, sino que se abran a la posibilidad de otro tipo de encuentros más ligado a lo personal, lo lúdico, lo cultural, lo simétrico.

Los nuevos espacios de los que hablamos son territorios que acogen y producen de manera conjunta desde el ensamble entre individuos diagnosticados y no diagnosticados. Hablamos, a su vez, de instancias desde donde sean los propios afectados quienes hagan por desarrollar una interacción fluida y permanente con sus redes sociales en sus diferentes grados de intensidad, pero desde otro rol que el que les brinda el trastorno. Recordemos que en el ámbito de la salud mental estas redes se conformarían a partir de diferentes elementos entre los que podríamos contar: familia, amigos y vecinos cercanos (primarias), relaciones laborales, relativas a entidades y organizaciones comunitarias, culturales, religiosas, etc. (secundarias), vinculaciones con las instituciones de la red de asistencia en salud mental y a la red de servicios sociales (redes formales o institucionales).

La bibliografía de este capitulo se incluye en el siguiente que es su segunda parte.

10.2.2. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Des-enfermar identidades: algunos ejemplos

Martín Correa-Urquiza

DES-ENFERMAR IDENTIDADES

El estigma está directamente relacionado con la mirada social alrededor del sufrimiento mental. Es decir, con el *bosque de símbolos*, con una cierta *frondosidad significante* con la cual han de interactuar de manera permanente los sujetos de la locura. A raíz de esto es posible pensar la necesidad de generar o provocar territorios en donde toda esa carga semántica de opresión quede al menos momentáneamente suspendida, espacios en donde comportarse de una manera no-corriente no sea nombrado como parte sintomática de una enfermedad, sino que encuentre su explicación e interpretación entre los mismos sujetos que producen el comportamiento. Me refiero a territorios no clínicos, en donde los individuos no estén desde la identidad de paciente, ni de enfermo, sino desde aquella que cada quien proponga en su momento o desde la que los nuevos contextos sugieran. Es claro, que esto no implica negar un dolor, un sufrimiento, o incluso una problemática, sino que lo que se pone en cuestión son los etiquetamientos impuestos, las categorías definidas como inherentes a la identidad que son constantemente filtradas hacia las instancias sociales. Es decir que tampoco hemos de olvidar que el sufrimiento mental es una realidad cotidiana para los afectados que deben desarrollar su itinerancia existencial en contextos marcados por determinadas significaciones en relación a la locura. Arthur Kleinman[7] se refiere a la cuestión cuando afirma que: "Mental illness are real, but like other forms of the real world, they are the outcome of the creation of experience by physical stuff interacting with symbolic meanings". El sujeto del diagnóstico franquea bosques de significaciones que no son sólo construidos para él, sino que forman parte de las dinámicas globales de la comunidad, pero son significaciones que sí ejercen sobre él otro tipo de presión simbólica y merecen -al menos por eso- ser puestas en cuestión y suspensión en algunos contextos y momentos.

Hablamos aquí de nuevos territorios de acción, escucha y participación social activa. Contextos que produzcan un cierto des-enfermar de las identidades[1] para que pueda instalarse en ellos la complejidad de la vida. El cimiento de estos territorios reside en su condición de contextos de posibilidades. Son espacios surcados, en nuestro caso, por otro tipo de concepciones sobre a la locura; instancias, en términos de espacio-tiempo, en donde las significaciones relativas al sufrimiento mental no están sujetas exclusivamente al universo de lo patológico. Un lugar en donde no ser identitariamente un enfermo, sino acceder a la posibilidad de re-conceptualizar el propio dolor, de apropiarse de la semántica que los nombra para a partir de ahí apropiarse a la vez, de la construcción de los itinerarios de bien estar y/o recuperación. De alguna manera son espacios límite, territorios grieta, umbrales en donde es factible repensarse más allá de lo definido mayoritariamente por los saberes biomédicos hegemónicos.

Eugenio Trías en su trabajo desde lo que ha denominado como una *filosofía del límite*, nos habla de las posibilidades que brindan esas lógicas de frontera, esos intersticios a través de los cuales o a partir de las cuales es posible instalar la existencia, la revuelta, la reapropiación de una semántica. No me refiero aquí al límite como freno impuesto desde una supuesta externalidad, sino al límite autogestionado, como *guarida* momen-

tánea, circunstancial, desde donde producir y crear nuevas significaciones constituidas en el vaivén, en la dialéctica que ofrecen los sitios límites, en esa posibilidad *de ir a un lado u otro de la frontera mientras se habita el refugio*. Dice Trías:

> Todo límite es, siempre, una invitación a ser traspasado, transgredido o revocado. Pero el límite es, también, una incitación a la superación, al exceso. Los romanos llamaban limes a una franja estrecha de territorio, aunque habitable, donde confluían romanos y bárbaros, o ciudadanos y extranjeros. En las fronteras se producen siempre importantes fenómenos de colisión y mestizaje; todo pierde su identidad pura y dura de carácter originario, agreste o natural. Y el hombre es fronterizo en razón de esa colisión que en él se forma: no es ni un animal ni un dios (ni tampoco un dios animal, o un animal divinizado, según el sueño dionisíaco de Nietzsche). En ese carácter centáurico estriba su peculiaridad; también, en cierto modo, su tragedia; pero asimismo su posible dignidad[8].

Planteamos así que el hecho de recuperar un control sobre la articulación de la propia identidad y la recuperación de un rol activo frente al sufrimiento, está íntimamente ligado a las opciones que brinda aquella re-significación y que todo ello es fundamentalmente posible si se articula desde geografías liberalizadas de la semántica dominante en relación a la locura. Desde esos lugares liminales, de inter-territorialidad, hablamos de un tipo de espacio "con características propias que, a su vez, sobrevive dentro de uno mayor en donde el imaginario existe atravesado por una noción relativamente uniforme sobre la enfermedad mental. Un micro-territorio en cierta medida autónomo, que coexiste y produce desde dentro del gran territorio social y que se ubica al modo de las muñecas rusas desde un cierto estar dislocado"[1].

Cabe aclarar que dicha liminalidad no se constituye aquí en relación a la comunidad de manera generalizada, sino a los espacios e instancias en los que la semántica hegemónica se haya instalada. El límite es relativo a esa semántica y a los determinantes que implica en el plano de los roles y las identidades. Es decir, la sala de artes de un centro cívico, un estudio de radio, la sala de reuniones de una asociación teatral, pueden constituirse todos como territorios límite, como contextos de posibilidad si así se los conceptualiza. Si se plantea de antemano y se mantiene en la naturaleza de los vínculos, una relación deslocalizada de lo clínico-terapéutico y enfocada en el tipo de relaciones a las cuales el contexto convoca. Es decir que la cualidad de limen es concerniente más a una actitud, a una predisposición, a una intención desactivadora de las significaciones previas en relación a la locura. Aunque el tipo de entorno es también determinante –no es lo mismo ensayar y armar una obra de teatro en las instalaciones de un servicio de salud mental que hacerlo en una sala que ha sido creada para tal fin- es necesario aclarar que el límite se produce en la acción des-localizadora dentro del territorio, en la constitución de su condición de flexible, abierto a las re-significación. El límite sería así una suerte de pensamiento puesto en marcha, de propósito asumido y aplicado colectivamente en la acción cotidiana de la realidad social del espacio.

ALGUNOS EJEMPLOS QUE SUCEDEN

En la actualidad, y aún ante el riesgo de ser reduccionistas, podríamos plantear que existen diferentes tipos de dispositivos que funcionan en un intento de construirse en este sentido, y que parten de la idea de que algunas innovaciones en el campo de la salud mental, no vendrán sino de la síntesis y puesta en común de todas las perspectivas y saberes, incluidos los profanos, y de las interrelaciones de estos con lo comunitario. En el contexto del estado español un grupo de ellos estarían representados por algu-

nas asociaciones y cooperativas mixtas de usuarios y profesionales, algunas asociaciones de usuarios, algunos grupos de ayuda mutua, algunas radios o emisoras comunitarias realizadas por afectados y algunos espacios de arte y creación vinculados al tema.

La Cooperativa Aixec, por ejemplo, funciona en Barcelona a partir de una idea en la que los profesionales y personas con diagnóstico interactúan sobre la base de la des-jerarquización y la complementariedad[a]. Desde su blog, www.aixec.blogspot.com, se presentan así:

> La Cooperativa Aixec inicia la seva activitat amb l'ànim d'oferir una pedagogia diferent: potser contestària, rebel, sincera, performativa però de ben segur molt crítica amb plantejaments tradicionals que tendeixen a psiquiatritzar i fixar categories de l'alteritat que no ajuden a les persones. Ens allunyem dels plantejaments burocratitzadors i de l'excés d'intencions de pedagogitzar a l'altre. Entenem que cal recuperar un quefer educatiu basat en l'acompanyament i la ruptura de les distàncies entre educador-educand. Ens allunyem també de la institucionalització i rigidesa professional. La Cooperativa va nèixer amb la intenció de crear una manera diferent de fer educació. La nostra tasca, avui per avui, és construir aquesta manera particular d'entendre l'educació que pensem pot aportar a les persones un nou lloc privilegiat. En síntesi, un sentiment de pertinença que es construeix des de les relacions horitzontals obertes a la transformació mútua.

Por su parte las asociaciones de usuarios han ido creciendo a buen ritmo en los últimos años. Benedetto Saraceno, psiquiatra y ex Director de Salud Mental de la OMS, decía en una conferencia realizada junto a la Fundación Congress Catalá de Salud Mental en Barcelona, que existen básicamente tres maneras a través de las cuales las asociaciones de usuarios se han relacionado en los últimos con el *establishment psiquiátrico*: 1) A través de la sumisión y aceptación de los modelos hegemónicos. 2) A partir de un rechazo radical y de la construcción de alternativas por oposición a toda idea de lo clínico. 3) A partir de una construcción desde la propia subjetividad pero en diálogo abierto y flexible con las disciplinas clínicas. A nuestro entender es desde este último modelo que puede pensarse la posibilidad de una transformación; ya que el problema no radica en el hecho de que existan diferentes perspectivas y aproximaciones a la realidad de la salud mental, sino en lo relativo a las articulaciones jerárquicas, de las que hemos ido hablando, que se producen entre ellas. Es decir que si los diferentes saberes se articulan desde la simetría y complementariedad, es a partir de esa reunión que se vuelve factible la producción de salud. Todo fenómeno precisa de la mayor cantidad de miradas posibles para llegar a una concepción lo más plena posible. ADEMM, asociación de usuarios de salud mental de Cataluña, es a mi entender, un buen ejemplo de este último modelo. Es una entidad desde donde se promueven una serie de objetivos vinculados a la necesidad de defender los derechos y deberes de las personas afectadas, promover su capacitación y su participación en los propios procesos terapéuticos, y sobre todo, representar al colectivo de afectados frente a las administraciones e instituciones.

Los grupos de ayuda mutua son otro ejemplo posible de territorios límite. Son espacios de conversación e intercambio entre los mismos afectados, de puesta en común de estrategias de recuperación, de recetas posibles pero no absolutas, que se basan en las vivencias de sus participantes. La "Asamblea de Majaras" que funciona en la localidad de Sant Boi del Baix Llobregat,

[a] No es nuestra intención realizar una recopilación exhaustiva de los dispositivos que funcionan en la actualidad de esta manera, sino simplemente enunciar su existencia a través de unos pocos ejemplos, y las posibilidades prácticas que implican.

puede contarse entre estas experiencias aunque sus acciones e intenciones vayan más allá de las relativas a un grupo de estas características; es decir, organizan encuentros, jornadas, editan fanzines, etc. Toda una serie de actividades que están, no sólo relacionadas con la búsqueda de un bienestar por parte de sus participantes, sino y fundamentalmente, con el intento de transformar la mirada social sobre la locura. El colectivo de "Psiquiatrizados en Lucha" de Madrid, trabaja en un sentido similar. Esto no significa que esto sea lo único a lo que estos grupos se dedican, no es aquí mi intención hacer un glosario detallado de sus particularidades, sino simplemente manifestar su existencia y su funcionamiento desde una cierta condición de límite en el sentido en el que venimos hablamos.

EL CASO DE UNA RADIO

Analizaremos más en detalle aquí el caso de Radio Nikosia. No por que sea el más claro de los ejemplos ni mucho menos, sino por que disponemos de un mayor y próximo conocimiento de sus dinámicas y articulaciones gracias a nuestra participación en la experiencia desde sus inicios.

Nikosia es una de las primeras emisoras realizadas en el territorio del estado español por personas que han sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. En sus programas semanales y en la mayoría de sus actividades, cuenta con la participación y colaboración de familiares de personas afectadas, además de antropólogos, psicólogos, músicos, periodistas, artistas y un numeroso etcétera de personas *aún* sin diagnóstico. Es una radio, como cualquier otra, sólo que en lugar de articularse a partir de una sucesión vertical de programas; ha ido consolidándose como una serie de intervenciones en diferentes medios de comunicación de la ciudad de Barcelona y del país en general. Sin embargo, la base emisora y el espacio en donde se suelen reunir hasta 30 o 35 personas cada día, son las instalaciones de Contrabanda FM, una de las pocas radios libres que continúan funcionando desde un modelo asociativo y cooperativista sin ánimos de lucro. Allí, los miércoles en directo entre las 16hs y las 18hs, se realizan programas de temáticas diversas coordinados por los mismos redactores *nikosianos*. Cada emisión es monográfica; así, sucede que hay días en los que el tema central será la melancolía, o la necesidad de *reinventarse*, o los recortes en el campo de la sanidad, hay días en los que se define o redefine la locura, otros en los que se reflexiona sobre el uso de la medicación psiquiátrica o en los que se entrevistan a profesionales de la salud, las artes, la cultura en general. Las emisiones, que no siempre están ligadas a temáticas relativas al sufrimiento mental, circulan a grandes rasgos entre una dimensión que podríamos denominar como reivindicativa de los derechos de las personas afectadas, y una más lúdica, poética, literaria, musical, etc. Ambas interactúan, se fusionan por momentos, actúan complementándose. Hay secciones específicas de cine, de literatura, y un debate central en el que se discute abiertamente la consigna del día. Cada programa es preparado los días lunes en una asamblea en la que se plantean y debaten los temas a tratar y se organizan las actividades generales del colectivo.

Si bien Nikosia funciona desde el año 2003; a partir de fines del 2007 se constituyó como una asociación socio cultural cuya junta directiva está formada íntegramente por personas que han sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. Uno de los factores determinantes de la continuidad y consolidación de la experiencia, ha sido su articulación desde territorios no clínicos ni originalmente terapéuticos. Espacios que fueron permitiendo el desarrollo, por parte de los participantes, de una otra identidad, asociada ya no a la idea de enfermedad, sino a la de persona, periodista, locutor, poeta, músico, redactor, conferenciante, etc. Toda una serie de opciones y flexibilidades que surgieron de las posibi-

lidades que el territorio fue generando en tanto contexto, sobre todo, conectadas a la oportunidad de ser, estar, actuar y participar socialmente desde roles desligados de toda concepción patológica. Nikosia nació, de hecho, desde esa intención por desarrollar nuevos entornos de posibilidad, otros territorios en donde sea posible la desactivación de la semántica única en relación a la locura. Digamos que las particularidades del espacio generan desde su nacimiento dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, "se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, en tanto que instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores."[1] En el trabajo previo en el que hemos analizado en profundidad el dispositivo Nikosia, afirmábamos:

"Estas dos posiciones epistémicas de las que hablamos nos devuelven a la idea de que quizás pueda definirse al dispositivo no sólo como un territorio de escucha social, sino también y a la vez como un territorio en donde se manifiesta la posible articulación de nuevas prácticas". Es decir, un territorio en donde ocurren las cosas, donde se produce el acontecimiento en tanto ruptura, en tanto quiebre; en donde las categorías expertas se vuelven incertidumbre -dejan de ser certeza hegemónica- y se mezclan con las categorías profanas para abrirse a la posibilidad de esa otra praxis, de esas otras articulaciones en relación a la locura y sus procesos, en las que los nikosianos tienen la autoridad y legitimidad de la construcción y definición. Son ellos los que recuperan para sí el lugar de la emisión, de la enunciación. Resumiendo: Nikosia es umbral y, a la vez, un espacio consolidado en tanto reverso, en tanto eje de nuevas categorías, nuevas significaciones que se traducen en acciones específicas que buscan dialogar con el entorno y seguir de-construyendo las antiguas semánticas y sus usos adyacentes"[1]

Digamos a grandes rasgos que la experiencia se articula sobre dos objetivos centrales:

a. La de-construcción del estigma a partir de una intervención constante sobre los medios de comunicación y por lo tanto sobre los preconceptos establecidos y naturalizados en el imaginario colectivo en relación a la locura. Esta labor se realiza a partir de las intervenciones semanales en Contrabanda FM, Cadena Ser, Radio Rubí, Radio La Mina, Sis Punt Radio, Radio Altamina, entre otras; emisoras en las que los *nikosianos* participan en calidad de tertulianos especializados, dentro de programas concretos, o coordinadores centrales de la temática a tratar. Para más detalles ver: www.radionikosia.org
a. La consolidación de la radio como un territorio propio para los participantes en el que la identidad de "enfermo mental" quede momentáneamente suspendida para abrirse a otras flexibilidades y posibilidades. Es decir, un espacio que *oxigene*, que permita la generación de otros roles, otros status, y, en consecuencia, el establecimiento de otras redes sociales definidas por nuevas intensidades.

La experiencia Nikosia no se define como inicialmente terapéutica. Si bien se articula desde una cierta sensibilidad para con las personas afectadas, no se plantea desde allí. De hacerlo se estaría provocando una escisión contraria a la naturaleza del espacio; es decir, socializando un tipo de vínculo que proviene del ámbito clínico. Las identidades se materializan y consolidan también en su hacer cotidiano, y de plantear una articulación de intenciones curativas dentro de este *otro* territorio, estaríamos contribuyendo a la consolidación de las identidades patológicas en el ámbito social. En otras palabras; estaríamos nombrándolos como enfermos, contribuyendo con su fosilización, en un contexto en el que no participan desde ese rol, ni ocupan esos status. Nikosia es una radio y en ella, y como tal, las relaciones se establecen entre

personas que realizan distintas actividades dentro del proceso de elaboración de programas y actividades radiales. La terapéutica se manifiesta como una consecuencia de ese hacer normalizado, como una segunda instancia producto de la situación misma de ser en tanto individuos o sujetos sociales activos. Por otro lado, de plantear al dispositivo como inicialmente terapéutico, se lo neutralizaría en su dimensión política, en sus atributos como generador de acción e intervención social en el campo de la de-construcción del estigma, por ejemplo. Digamos que Nikosia no se define de antemano como un espacio en el se busca producir una cierta recuperación por parte de los afectados, aunque esto no implica negar la realidad de que esto sucede; sino que es un sitio en el que se proponen *otras* intervenciones semánticas en el tejido social, y como consecuencia acontece una cierta recuperación. En este sentido, su labor como medio de comunicación reside en su capacidad para producir un otro tipo de información con respecto a la instalada socialmente relativa al sufrimiento de la problemática mental, en el hecho de comunicar *otras* versiones de los hechos, *otras* reflexiones alrededor de las problemáticas, articuladas, ya no desde los saberes expertos, sino desde la subjetividad en donde se corporiza el sufrimiento. Es desde allí que se hace efectiva la labor por la deconstrucción del estigma.

Si bien la experiencia nació bajo la coordinación de un grupo de antropólogos y psicólogos, con el tiempo, esta misma situación de territorio propio fue haciendo que los participantes se hayan ido adueñando del espacio. Lo hicieron propio. Cito a modo de ejemplo sólo un fragmento de aquel texto de Joan García, miembro de Nikosia, matemático, ex funcionario de correos, escritor y diagnosticado de un problema de salud mental, realizado para la revista *Bostezo:*

Por una voz propia

> …Apreciamos la independencia y nos disgusta el conformismo, cada vez mayor, que el sistema actual introduce en nuestros conocimientos, valores y actitudes. Luchamos por crear condiciones de aprendizaje capaces de favorecer la confianza en uno mismo. Desde el equilibrio, diario malabarismo interior, para no caer en el pozo negro de la locura. Dignidad para cultivar los propios desacuerdos con los demás, osadía para manifestar un comportamiento individual o antisocial, para pecar de lo distinto. Valor para ver lo que nadie quiere ver. Descubrir y contar lo que nos quita la felicidad. Reivindicar el afectuoso cariño que transmite un cálido abrazo, tan sencillo, tan humano, tan escaso. Entre la salud y la enfermedad, se abre un tercer camino, Radio Nikosia, el de la disponibilidad para uno mismo y los demás, el de la acción y el riesgo: somos lo que contamos, sólo una chispa de existencia pero todavía con vida para contarlo. Para formar, informar y deformar lo que transmite la sociedad bienpensante...conversar, conversar... Hay quien habla de la radio terapéutica, sí, pero tiene que curar a esta sociedad *normopata* enferma de ignorancia, que sin conocerlo, prejuzga y estigmatiza, para el resto de su vida, al diagnosticado de lo que llaman un trastorno mental severo… Viajamos constantemente a un lado y a otro de la frontera, entre razón y locura, y desde este vaivén contamos nuestra historia, que es tan real y legitima como cualquier otra. Tarados por la medicación y el entorno, comunicarnos nos ayuda a coordinar otra vez el mundo desde la palabra a todos los niveles. Las ondas de Radio Nikosia canalizan lo que no se quiere oír, unas voces que aun existiendo no están... ya que su entorno próximo, a causa de un diagnóstico, no las valora como legítima manifestación de unas personas con derecho a expresarse. Nuestra voz se transforma en el puente entre los otros y nuestros mundos interiores. Frente a la angustia de perder para siempre la unión con el mundo, ese puente puede reconstruirse, entrando en una nueva relación con el exterior: activa, responsable y propia[9].

Esta idea de puente es interesante en la reflexión de Joan y contribuye al planteo que estamos proponiendo. Nikosia es vista por él como un puente entre dos mundos, entre sociedad y locura, pero para que este sea efectivo y no pierda su sentido de polo conector, ambas realidades conectables deben estar en similares condiciones de producción, ambas deben considerarse entre sí como legítimas. Es de eso de lo que hemos ido hablando. Al mismo tiempo, Joan plantea que es desde los *nikosianos* que, en este caso, se pone en funcionamiento el enlace, se establece la pasadera; son los *nikosianos* quienes aquí toman y asumen la responsabilidad de salir –o entrar- a conversar y relacionarse en igualdad de condiciones con la comunidad.

En la actualidad Nikosia es coordinada desde la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, una entidad que se creó a partir de la iniciativa de los propios participantes. Desde allí, y más allá de las intervenciones y la acción en los medios de comunicación, se organizan otras actividades relacionadas con este mismo tipo de aproximación que se manifiesta en el andar de la experiencia: a) La creación de seminarios y charlas de sensibilización dictadas por los miembros del equipo *nikosiano,* en los que se busca de-constuir el estigma a partir de un encuentro *cara a cara* con estudiantes universitarios, alumnos de institutos, participantes de congresos y público en general. b) La organización de talleres de artes plásticas, teatro, yoga, periodismo, etc., abiertos a la comunidad pero que implican en su realización una predisposición sensible hacia las personas diagnosticadas. c) La coordinación de un Club Social para personas con problemas de salud mental, un equipamiento del departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña. Gran parte de estas actividades se organizan en el Centro Civico Convento de Sant Agustí, un equipamiento municipal de Barcelona en donde la asociación tiene su sede. En los últimos años Nikosia se ha consolidado también como un espacio de prácticas para estudiantes de grado y posgrado de diferentes carreras del ámbito de la comunicación, las artes y la salud en general.

UNA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Más allá de las experiencias locales, existen una serie de proyectos a nivel internacional que, dadas sus características paradigmáticas en el sentido en el cual estamos hablando, merecen al menos una mención. Tal es el caso de los grupos "*hearing voices*" (escuchando voces o escuchadores de voces) que se han ido desenvolviendo fundamentalmente en Inglaterra y Estados Unidos. Son programas que se basan en las publicaciones y trabajos que el psiquiatra holandés Marius Romme fue desarrollando desde la facultad de medicina de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos, y últimamente desde la Universidad de Birmingham en Gran Bretaña. La idea base de estos colectivos, que con el tiempo se han ido consolidando como redes de apoyo mutuo y construcción compartida de alternativas al modelo clínico psiquiátrico, se centra en la observación de las voces, no como una enfermedad en sí misma sino como manifestación de conflictos específicos en la vida del individuo. La HVN (Hearing Voices Network) se ha transformado en una de las redes más importantes para gran parte de las personas que conviven con esta realidad compleja e inexplicable para el común de la sociedad. En Inglaterra, el movimiento es quizás uno de los de mayor impacto en la actualidad. Se presenta de esta manera:

> Nos hemos comprometido a ayudar a las personas que oyen voces. Nuestra reputación está creciendo a medida que se comienzan a conocer las limitaciones de un enfoque exclusivamente médico como explicación a la aparición de las voces. La psiquiatría se refiere a escuchar voces como "alucinaciones auditivas", pero nuestra investigación muestra que hay muchas explicaciones para escuchar voces. Muchas personas comienzan a escuchar voces, como resultado de un estrés extremo o un traumatismo.

Entre sus objetivos cuentan el de ofrecer información, apoyo y comprensión a las personas que oyen voces y a aquellos que las apoyan, aumentar la conciencia de escuchar la voz, las visiones, las sensaciones táctiles y/o otras experiencias sensoriales, generar un marco para hablar libremente de las voces"(www.hearing-voices-org).

Como se evidencia, aquí no se contemplan las voces en tanto manifestaciones de una desestabilización exclusivamente orgánica. Es decir, frente a la realidad particular de las voces, hay un intento por proponer un abordaje que atienda a la complejidad del fenómeno en sus dimensiones sociales, culturales, psíquicas, orgánicas, etc. y sobre todo, una aproximación que tenga en cuenta a la persona como eje central del proceso.

A su vez en la web de presentación de la agrupación en los Estados Unidos, se manifiesta la propuesta desde una perspectiva similar. Dejémoslos hablar a ellos (la traducción es mía):

> La Hearing Voices Network (HVN) EE.UU. es una de los más de 20 redes a nivel nacional basada en todo el mundo, unidas por objetivos y valores compartidos, la incorporación de una creencia fundamental de que hay muchas maneras de entender la experiencia de escuchar voces y otras experiencias extremas o inusuales. Es parte de una colaboración internacional entre los profesionales, las personas con la experiencia vivida, y sus familias para desarrollar un enfoque alternativo para hacer frente a la angustia emocional, que está impulsando y siento de utilidad para la gente, sin partir del supuesto de que padecen una enfermedad crónica.
>
> Entre sus objetivos cuentan:
> – La sensibilización acerca de la audición de voz, visiones y otras experiencias extremas o inusuales.
> – El apoyo a cualquiera que haya tenido estas experiencias, proporcionando la oportunidad de hablar de ellas libremente y sin juicio entre pares.
> – El apoyo a cualquiera que haya tenido estas experiencias para explorar, entender, aprender y crecer a partir de ellas a su manera.
> – Apoyar a las personas que proporcionan tratamiento, la familia, amigos y comunidad en general para ampliar su comprensión y su capacidad para apoyar a las personas que han tenido estas experiencias. (www.hearingvoicesusa.com)

CONCLUYENDO

Como podemos en cierta medida observar, existe un tipo de transformación de la que venimos hablando, que no forma parte sólo de una utopía aceptable en términos de posibilidad, sino que es también una realidad que puede palparse en la acción cotidiana de colectivos, entidades, agrupaciones, redes, asociaciones que han logrado trascender las inercias del modelo biomédico hegemónico, trabajando desde una perspectiva integradora de los distintos saberes y articulándolos a partir de una interacción permanente con el todo comunitario. Dice Giovani Pizza citando a Gramsci: "La hegemonía no es sólo el poder estatal que ejercita su autoridad en la acción coercitiva y la organización de un consenso naturalizado por los sujetos como "espontaneo". Hegemonía es también una política de transformación ejercida a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos."[2] Y continúa: La hegemonía "es un pensamiento dinámico que te lleva a no considerar como realidades eternas las ordenaciones provisionales de poder reflejadas en los conceptos mismos."[2] Y es precisamente esa labor desnaturalizante mencionada por el autor, la que se ejerce cotidianamente desde el trabajo de estos grupos en el ámbito de la salud y el sufrimiento mental. Es una tarea que pone en

evidencia las contradicciones del modelo biomédico, y se enfoca en la recuperación y escucha de los saberes profanos, en la articulación y creación de lógicas participativas y en la promoción de una creatividad transformadora como eje de todo proceso. Desde ellos es posible pensar la construcción de una otra hegemonía que se enfrenta en términos de resistencia y construcción de alternativas, a la biomedicina, pero que al mismo tiempo la observa y comprende en tanto saber posible, mientras reconoce la necesidad del encuentro complementario con la disciplina como una manera de construir itinerarios de un mejor estar. "Yo soy yo y mis circunstancias, si no las salvo a ellas no me salvo yo", dice Ortega i Gasset en "Meditaciones del Quijote"[10]. Las grandes acciones de diseño y puesta en práctica de otras articulaciones posibles han, de pensarse como el resultado de una sinergia entre saberes, experiencias, expectativas y una labor conjunta. Un proceso de des-jerarquización que quizás también pueda ser pensado como una apertura hacia la fluctuación de las jerarquías dentro del proceso de la terapéutica. Esto asumiría el hecho de que en ocasiones las jerarquías pueden pensarse como el resultado, ya no de una imposición desde las lógicas de un poder verticalista, de un saber imponiéndose sobre el otro, sino como el efecto de la sinergia que produce un encuentro de perspectivas en el que a cada saber le correspondería – o no - el lugar de la palabra según la particularidad o la perspectiva sobre el fenómeno analizado. Hablamos de una sinergia nacida del consenso a partir de la valoración colectiva de uno y de otro saber. Una suerte de negociación desde la complicidad, la escucha y la elaboración compartida. Es decir, no se trata de invisibilizar los roles de cada una de las partes, ni la especificidad o profundidad de los distintos saberes (biomédicos, profanos, etc), sino cuestionar las dinámicas de coacción y des-respeto desde las cuales, en ocasiones, suelen pautarse y articularse.

Al mismo tiempo, resumiendo, podemos afirmar que el trabajo en y con la comunidad, esa labor por desarrollar espacios para un mejor estar entre sociedad y locura; ha de constituirse desde territorios límite en relación a las categorizaciones sociales sobre la problemática mental. Es en estos espacios de inter-territorialidad, nuevos contextos de posibilidad, en donde se activan los mecanismos de construcción compartida y colectiva de las prácticas sociales. Es allí en donde pueden generarse otras maneras de pensar la locura y en donde los individuos puedan acceder a la opción de recuperar una cierta flexibilidad en la constitución de sus identidades, una mayor autonomía para construir discurso sobre sí mismos y una reapropiación semántica y activa sobre sus procesos de vida.

RESUMEN:
La legitimación del saber profano, propio, local, subjetivo de las personas que han atravesado una experiencia de sufrimiento mental forma parte de las grandes omisiones de la historia de la salud mental. En este artículo intentaremos analizar conceptualmente este tipo de saberes como necesariamente constitutivos del concierto de perspectivas que construyen el conocimiento sobre el tema. Al mismo tiempo analizaremos las dinámicas relativas a una serie de dispositivos que, sin articularse desde una lógica terapéutica se transforman en una opción necesaria para la búsqueda de un mejor estar en los afectados. Al plantear esto, no es nuestra intención desestimar la labor o pertinencia de las ciencias biomédicas y las tecnologías relativas, sino quizás sugerir que el sufrimiento mental requiere a la vez de una aproximación que vaya más allá de lo clínico orgánico, lo que nos propone el desafío intelectual de desarrollar herramientas de acción en el ámbito de lo comunitario con el objeto ultimo de crear territorios y prácticas de inclusión que incorporen al sujeto como el eje real de participación.

OBJETIVOS:

– Analizar las nociones de: saber profano/hábitus/ajustes secundarios.
– Analizar las posibilidades articuladoras de bienestar que brindan los saberes propios de los afectados.
– Analizar los mecanismos de ocultación que no nos permiten como profesionales, percibir las posibilidades terapéuticas del conocimiento profano.
– Analizar, como profesionales, la importancia del análisis y la reflexión crítica permanente al interior de los procesos y dispositivos de salud mental.
– Analizar brevemente el funcionamiento y los *beneficios* de un tipo de dispositivos en los que se trabaja la salud mental más allá de toda dimensión clínico-terapéutica y en interacción constante con lo comunitario.
– Analizar brevemente algunas prácticas de interacción e integración en la comunidad, territorios de encuentros entre sociedad y locura.

GLOSARIO:

Agency: Concepto desarrollado por Antono Gramsci relativo a la capacidad de los sujetos de actuar y transformar las circunstancias por las que atraviesan. La evidencia de esa capacidad para sobreponerse a los hechos.

Saberes profanos: Relativo, en este caso, a los saberes propios de aquellas personas diagnosticadas de problemas de salud mental. Saberes teóricos y prácticos que resultan de la propia experiencia subjetiva en relación a la problemática y que suelen generar estrategias que pueden considerarse terapéuticas.

Ajustes secundarios: Concepto desarrollado por Ervin Goffman. Se refiere a todo aquello que el individuo hace en relación a su estado de salud frente a una determinada problemática, pero que está más allá de lo que el modelo biomédico y otros saberes expertos indican.

Habitus: Concepto desarrollado por Pierre Bordieu. Se refiere al conocimiento relativo a la experiencia del sujeto, al hecho de vivir entre ciertas circunstancias histórico-temporales. Conocimiento que puede ser consciente o inconsciente y que puede ser aplicado o no. Es todo aquello que se sabe y lo que no se sabe que se sabe.

Carga semántica: Sentidos sociales atribuidos a un determinado fenómeno, contexto, territorio, momento, etc.

Des-enfermar: Nos referimos a las acciones relativas al hecho de des-nombrar de enfermedad la identidad de los sujetos diagnosticados. Es decir, producir contextos de posibilidad en donde sus identidades sean contempladas más allá de la idea de enfermo mental.

Nota: El presente artículo forma parte de los materiales realizados para la asignatura "Acción Socio Educativa y Salud Mental" del Departamento de Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad Abierta de Cataluña (UOC). Año 2012. Cataluña. España.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

(Aunque no es exactamente bibliografía, los editores recomiendan la visita a www.radionikosia.org donde puede encontrarse la experiencia en vivo que es analizada en este artículo).

BIBLIOGRAFÍA

(1) Correa Urquiza, M; La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura. Tesis doctoral. URV. Tarragona: URV; 2009 2009. http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1
(2) Pizza G. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. Revista de Antropología Social VOL 14- 2005. ISSN: 1131-558X - 15-32.
(3) Mendendez, E. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. pp 25-72.
(4) Bordieu P.: El Sentido Práctico. Madrid: Taurus Ediciones; 1991.
(5) Goffman, E.: (1963) El estigma. La identidad deteriorada 2009, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
(6) Lévi-Strauss,C: Raza y cultura. Altaya: Madrid; 1999.
(7) Kleinman, A.: The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition. New York: Basic Books; 1988.
(8) Trias, E. Ética y condición humana. Barcelona: Península; 2000.
(9) Garcia, J. La sutil frontera. En Revista Bostezo. Ed Digital. Valencia, 2010. http://www.revistabostezo.com/detalle_texto.php?recordID=46
(10) Ortega y Gasset, J. Meditaciones del Quijote. Madrid: Ed. De José Luís Villacañas, Biblioteca Nueva; 2004.

10.3. El movimiento asociativo familiar

Mª del Carmen García de Gúdal

RECUERDOS

Por necesidades familiares tuve frecuentar desde edad muy temprana un antiguo manicomio: Santa Isabel, situado en Leganés.

Los recuerdos que de él tengo son patéticos. Viene a mi memoria aquella sala de visitas: alta de techo, puertas grises, ventanas grises provistas de rejas, las paredes cubiertas de azulejos, el suelo, gris también.

Los medios de comunicación desde Madrid, muy escasos. Algún que otro tren, y un autobús a las 11 que si lo perdías tenías que coger un tranvía a Carabanchel Alto, calzarte las zapatillas e ir andando hasta Leganés. En alguna ocasión también he utilizado la *bici* como medio de locomoción.

Las visitas eran los jueves y domingos a una hora muy puntual.

Dos vivencias vienen a mi mente. Una un tanto anecdótica, y la otra, de un patetismo conmovedor. Ahí van.

Había un paciente muy alterado (tenía monomanía religiosa, en especial sobre la Santísima Trinidad) al que su santa madre visitaba constantemente y le llevaba merienda, ropa, colonia, y muchos etcéteras en una cesta (especie de arca de Noé). El referido paciente era muy aficionado a los huevos fritos (en el manicomio no se los daban) y su santa madre no quiso privarle de su comida favorita por lo que decidió confeccionarle en la sala de visitas su plato preferido. Así es que del "Arca de Noé" sacó un pequeño infiernillo de alcohol, sartén, huevos, aceite, y a freír, hasta que un día se prendió la sartén armándose el alboroto consabido. Afortunadamente no pasó nada.

El otro recuerdo es, como ha quedado, de un patetismo conmovedor. Mi hermano Vicente tuvo desde los 18 años esquizofrenia y estando aquella temporada muy alterado hubo que ingresarlo. Le visitábamos todos los jueves y domingos. Uno de los días que voy a verle dicen que está enfermo, que tiene una especie de colitis y que está en la enfermería. En el camino desde la sala hasta la citada enfermería me encuentro un paciente que me dice: Vicente está muy malo, le ha visto el cura, que acaba de salir. ¡Horror! Su estado es grave y le habían administrado la extremaunción. Me dirijo a la enfermería y casi me da un síncope del susto. Voy a describir la referida enfermería: Habitación grande, alta de techo, ventana muy alta con rejas, pero lo que mas me impresionó fue la puerta provista de una mirilla con una robusta reja. ¿Como un enfermo en un estado tan agónico podría escaparse? Afortunadamente gracias a un medicamento nuevo (creo que era un preparado de plata) su padecimiento pasó. El medicamento tuvo que proporcionarlo la familia, comprado de estraperlo, pues no entraba en los fármacos que disponía el manicomio.

Este triste episodio nunca lo he olvidado y me ha dado fuerzas para luchar con el fin de que estos pacientes tengan una vida digna y se inserten lo más posible en la sociedad.

No quiero dejar en el olvido los primeros proyectos laborales: fabricación de bolsas para huevos. Era una época de escasez y estas bolsas se hacían con periódicos usados. Un paciente, un tanto ingenioso, inventó un procedimiento para pasar más rápido el pincel con adhesivo, aplicando éste a la rueda de una bicicleta.

Otro intento laboral fue confeccionar banderitas para el día de la Cruz Roja. ¡Vamos avanzando!

Pasa el tiempo, estamos en los umbrales del siglo XXI. Los medios de comunicación han acortado las distancias. El hombre ha llegado a la Luna para ver la tierra ensangrentada, envuelta en guerras, llena de colectivos marginales.

¡Horror!

Parece que hay una tendencia a ocuparse de los colectivos marginados. Los asilos de huerfanitos de cabeza rapada se transforman en aldeas infantiles donde se les da una vida lo más cercana a un hogar. Los asilos de ancianos se convierten en residencias donde viajan, van a balnearios, etc.

¿Y los enfermos mentales? Pronto un rayo de sol entrará en la psiquiatría: La reforma psiquiátrica.

No quiero dejar de dedicar unas líneas de afecto y gratitud a esa gran mujer que fue Margarita Henkel, que tanto hizo en pro del movimiento familiar, que daría lugar a las asociaciones pro salud mental. Vino a España procedente de Hannover a hacer un curso universitario y por circunstancias se quedó aquí toda su vida. Madre de seis hijos, uno de ellos esquizofrénico y muy conflictivo.

Tuvo relación, por sus conocimientos de idiomas, con organismos y entidades de otros países en los que el movimiento asociativo llevaba años funcionando, y que nos sirvió de base para los nuestros.

¡Margarita siempre estarás entre nosotros!

Otro recuerdo afectuoso dedico a Avelino Fernández, librero como el siempre se decía, que haciéndose eco de la frase que tanto se decía entre las familias: ¡Que será de ellos cuando faltemos!, inició la creación de una fundación para tutelas que con el tiempo daría lugar a la "Fundación Manantial".

Redactó los estatutos y con esmero encuadernó unos cuantos ejemplares, que con la que estas líneas escribe se distribuyó entre diversos organismos de las administraciones.

Las ideas y proyectos que circulaban entre todas las personas y asociaciones comenzaron a tomar forma con la aparición de Francisco Sardina, que encarriló todas estas necesidades y aspiraciones guiando sabiamente lo que es la Fundación Manantial. Esto ocurría en los años 1997. ¡Siempre estaremos agradecidos!

MOVIMIENTO ASOCIATIVO

La Ley de Sanidad de 1986 proclama una reforma de la psiquiatría, con lo que se empiezan a cerrar y desmantelar sanatorios psiquiátricos, sin crear los recursos alternativos correspondientes.

Verdaderamente en esta época que tanto se habla de derechos humanos, de bienestar social, de marginación, no era justo como era la vida en estos lugares. Muchos pacientes después del primer brote psicótico en la adolescencia, eran llevados a estos centros de aislamiento donde pasaban el resto de su vida perdidos en el espacio y en el tiempo.

Por entonces se lanzaron al mercado farmacéutico unos nuevos fármacos: los neurolépticos. Calmaban la agitación, paliaban los delirios y las voces. Se creyó que la locura estaba acabada. Acabada no, pero si empieza una nueva etapa diferente, más humana, en la que el enfermo mental debidamente tratado entra a formar parte de la vida social.

El cierre de manicomios se hizo de una manera precipitada sin la creación de los medios alternativos correspondientes (centros de día, pisos protegidos, centros sociales, etc.) con lo que quedaban muchos pacientes en la calle, desatendidos.

Ante este estado alarmante, las familias se organizan creando las asociaciones con el fin de dar un pequeño "bienestar" a sus familiares enfermos, creando recursos alguna vez precarios.

En 1975 (antes de la reforma) se crea la cooperativa "Nueva Vida" por las familias de personas afectadas con el fin de que trabajen los pacientes. Entre los creadores de este centro está la ya citada Margarita Henkel que dio a este un gran impulso.

Pasado el tiempo, en 1985, esta cooperativa se transforma en asociación cumpliendo los propósitos de su creación y siendo su nombre "Asociación Psiquiatría y Vida", que bien se puede decir que es la primera asociación existente en esta Comunidad.

¡Ya están las familias legalmente amparadas!

Esta asociación fue declarada de interés público el 25 de febrero de 1999 teniendo su sede en el edificio propio (antes de Nueva Vida) sito en la calle Colomer, 12 y 14.

En este centro se realizan las actividades que conducen a un mejor estilo de vida a los pacientes y proporciona gran apoyo moral y afectivo a las familias mediante los grupos de autoayuda y conferencias.

En septiembre de 1989 y promovida desde el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain (antiguo hospital psiquiátrico de Santa Isabel), especialmente por el Dr. Desviat, tiene lugar la redacción de los estatutos de la que sería la segunda asociación de esta Comunidad, "Asociación Salud y Alternativas de Vida". En ese mismo mes se firma el acta de constitución y... a trabajar.

Al carecer de sede nos reuníamos en el despacho del psicólogo Sergio Rebolledo que nos prestó siempre gran apoyo y ayuda, con él creamos los grupos de autoayuda, que tan útiles fueron en el movimiento familiar.

Parece casi imposible lo mucho que se trabajó y ayudó a los pacientes y familias con tanta escasez de recursos.

¡Los milagros que hace el amor y la constancia!

Mediante una subvención del IRPF conseguimos dos millones de pesetas y la licencia para hacer dos naves prefabricadas por el Instituto de la Vivienda de la Comunidad de Madrid (IVIMA).

¡Ya tenemos territorio! Nada menos que dos hermosas naves de 122 m2 cada una.

Como estábamos en el mismo terreno en que el Instituto José Germain tenía el centro de día y los talleres ocupacionales, con el fin de que no hubiese interferencias de cualquier tipo acordamos que nuestro trabajo se realizase por las tardes.

Mediante un acuerdo estas naves eran utilizadas durante la mañana por diversos servicios del citado Instituto para realizar sus actividades habituales.

Así se estuvo durante 17 años, compartiendo espacio en perfecta armonía.

Respecto a las actividades realizadas por la Asociación podemos distinguir tres tipos:

a) Orientadas a las familias, como son las charlas, grupos de autoayuda, jornadas de divulgación, etc.
b) Dirigidas específicamente a los pacientes. Se incluyen en este grupo varios talleres (costura, pintura, informática, modelado en barro, lenguaje de signos, teatro), charlas de reinserción social y veraneo de 9 días.
c) Mixtas. Entre estas citaremos de una manera especial las fiestas que se hacen en Navidad, primavera y verano (excursión campestre). También se han realizado viajes a casi todos los puntos de la península de unos 5 días de duración.

Otra actividad que ha adquirido gran relieve es el "Club social" debidamente registrado. En este centro que funciona los miércoles y sábados se ponen en contacto jóvenes de ambos sexos. Por un precio muy reducido, en torno a un euro, se toman un perrito caliente y un refresco o café con leche; baile y música nunca faltan. Sirve este centro también para proyectar excursiones a diversos puntos de nuestros alrededores que ofrecen interés artístico o cultural (Toledo, Aranjuez, Alcalá de Henares, etc.) También en el Club se organizan salidas a cenar y a discotecas siempre acompañados de sus monitores y hasta una hora adecuada.

La acción de la Asociación también se dirige hacia otros campos, como son las dos fiestas al año que se realizan en la Unidad residencial del Instituto José Germain.

En esta unidad viven en especial pacientes mayores o muy deteriorados.

El día de Reyes se celebra la "Fiesta del Roscón" en la que este dulce tan tradicional se convierte en protagonista servido con un buen chocolate, acompañado de un recital artístico variado, y seguido de baile y orquesta.

No quiero dejar en el olvido nuestra acción con aquellos pacientes que han delinquido y desgraciadamente están recluidos en centros penitenciarios, que son el lugar menos adecuado para ellos.

Nuestro primer contacto fue en el Centro de Navalcarnero donde a través de una psicóloga amiga prestamos alguna ayuda.

Viendo lo positiva que había sido aquella intervención y con subvenciones del I.R.P.F., Caja Madrid y Caixa contratamos a dos psicólogas que elaboraron programas de ayuda y apoyo, sacando a muchos presos preventivos de la enfermería donde estaban dando a su vida una nueva dimensión. Durante dos años hemos podido realizar este programa tan humano, pero las circunstancias económicas actuales han obligado a postergarlo, hasta que el horizonte económico se despeje. ¡Esperemos!

Las "Jornadas de Salud Mental y Familia" que se han realizado son de suma importancia pues con ellas hemos conseguido ponernos en contacto con otras asociaciones para la divulgación de temas de salud mental y en general sensibilizar a la población en el cambio de estilo de vida de las personas con este padecimiento.

Aun recuerdo aquellas primeras jornadas realizadas con muy poco rodaje en noviembre de 1990, gracias a la ayuda del Dr. Desviat, la participación económica de la Concejalía de Salud y Servicios sociales del Ayuntamiento de Leganés y el apoyo de su Concejala se pudieron realizar.

Tuvieron como sede la sala de actos del Hospital Severo Ochoa y durante tres tardes se puso a debate el estado en que se encontraba la salud mental en nuestra comunidad.

No se considera necesario hacer una descripción pormenorizada de cada una de las jornadas celebradas, pero si conviene resaltar el contenido de algunas de ellas.

Tuvieron gran repercusión las que bajo el epígrafe "Salud mental y mujer" se realizaron con la cooperación de la Casa de la Mujer de Fuenlabrada, siendo tan grande el número de personas inscritas, que hubo que convocar una nueva sesión acerca de este tema.

Otras jornadas de gran relieve fueron las del año 2008 sobre la situación de los pacientes que están en las cárceles.

De la altura de estas Jornadas da cuenta la asistencia, con recital del poeta José Hierro, distinguido con el Premio Cervantes y otros laureles.

FEAFES

Como poco a poco se fue cubriendo nuestra geografía de asociaciones familiares, era necesario crear un organismo central que las coordinara, y así nació la Federación Española de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES); esto aconteció en Valencia en 1983 siendo su primer presidente José Ramón Juan Belenguer.

Cada vez era más necesaria la presencia de asociaciones familiares con el fin de suplir la carencia de servicios complementarios, pues en la sanidad pública casi solo había centros de salud mental. Se carecía de pisos tutelados, de residencias, de talleres, etc, quedando reducido el tratamiento psiquiátrico a la toma de la pastilla.

Por aquella época surgió, como ha quedado dicho, una gran mujer que sabía conducir el movimiento familiar con lógica y certeza: Margarita Henkel, mencionada anteriormente.

En la asamblea general extraordinaria celebrada el 8 de mayo de 1988 propuso trasladar la sede de FEAFES a Madrid con el fin de ser una confederación, conservando las mismas siglas por ser ya conocidas.

Margarita dio realce a la Confederación pues supo ponerse en contacto con los principales rectores de la salud mental, tanto nacionales, como extranjeros.

Igualmente procuró el acercamiento de la Confederación a las distintas organizaciones que habían ido surgiendo de una forma aislada.

Uno de los grandes aciertos que tuvo FEAFES fue la convocatoria de un congreso anual, que se celebra cada vez en una comunidad distinta, lo que conduce a tener un conocimiento más cabal de las necesidades en cada comunidad.

En 1990 se organizó el que fue el primer congreso internacional de familiares en D'Hahn, ciudad cercana a Bruselas. Margarita Henkel logró la subvención necesaria para que todas las asociaciones pudieran tener acceso a este. Dado que en nuestro país no se acostumbraba a tener asociaciones y a que éstas fuesen públicas, constituyó una gran novedad la participación de esa gran masa de familiares de diversas nacionalidades, todos con las mismas reivindicaciones.

"No se deben tirar los zapatos viejos antes de comprar unos nuevos", esta frase dicha por una congresista, referida a la situación creada por el cierre de los psiquiátricos nos sirvió de gran alivio pues vimos que en casi todos los países la situación era la misma.

La clausura de este congreso la hizo el Presidente del Gobierno belga lo cual da la medida de la importancia que para ellos tuvo este Congreso.

La reina Fabiola visitó y felicitó a las madres españolas asistentes.

El que en un país de primera fila se diera público testimonio nos sirvió de gran estímulo pues no dábamos importancia a nuestra lucha.

Asistimos a diversos congresos internacionales (Montreal, Dublin, Hamburgo) pero ninguno nos produjo tanto impacto como el de D'Hahn.

FEAFES representa a España en la Confederación Europea de Asociaciones de familiares y enfermos (EUFAMI), a quien se debe la proclamación del día mundial del enfermo mental en 1992, que más tarde se convertiría en el día de la salud mental que la Organización Mundial de la Salud dedica cada año a un aspecto de esta patología.

FEMASAM

En la Comunidad de Madrid se fueron creando diversas asociaciones de familiares y con el fin de que todas ellas siguieran un criterio unificado en sus actuaciones, en 1992 Margarita Henkel nos aconsejó crear una federación madrileña de asociaciones, surgiendo así la Federación Madrileña de Asociaciones de Salud Mental (FEMASAM) recayendo la primera presidencia en Mª del Carmen García de Gúdal.

Los primeros tiempos fueron muy difíciles. Se carecía de sede y de recursos económicos, pero sí había una gran voluntad y muchas necesidades.

Las familias no eran conscientes de lo importante que podía ser un gran movimiento para conseguir el estilo de vida que la psiquiatría actual propone para el paciente.

Por aquella época el Defensor del Pueblo, que era Álvaro Gil-Robles, publicó un informe sobre "La situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España".

Fue muy valioso que se diera a conocer el horrible estado en que se hallaban nuestros pobres pacientes, tanto en el aspecto de la higiene, como en tratamientos obsoletos.

Era necesario divulgar este informe, y ¿cómo hacerlo sin medios económicos? Nos reunimos con una asociación de profesionales, que tampoco tenía demasiados medios, pero si la voluntad de ayudarnos.

Hicimos un acto en el Hospital de la Princesa de Madrid, en el que intervinieron representantes del Defensor del Pueblo, de los Servicios de Salud Mental, del Poder Judicial y muy ilustres profesionales.

El resultado fue excelente, pudiéndose decir que fue la puesta de largo de la incipiente FEMASAM.

Otro acontecimiento memorable y que nos sirvió de gran ayuda y estímulo fue traer a la Presidenta de una asociación de

EE.UU., que agrupaba a muchos millares de pacientes maniacos y maniaco depresivos, y fue patrocinada por unos laboratorios farmacéuticos que investigaban y fabricaban medicamentos aplicables a esta patología.

Este acto se realizó en el Hospital de la Princesa, y en su exposición habló de como el Presidente de su país tenía habitualmente contacto con ellos, prestándoles su apoyo y ayuda en todo momento.

El que el Presidente de un Estado tan importante ayudara a los enfermos mentales fue impactante, sirviéndonos de apoyo para nuestra lucha.

Por la falta de comprensión y horizontes claros FEMASAM ha pasado unos años bajos en rendimiento, que en la actualidad va enderezando, y coordina sabiamente las 17 asociaciones que hay en esta Comunidad dándoles una orientación acertada.

Uno de los actos externos más importantes que realiza esta federación desde 1997 es la gran manifestación que se realiza anualmente el 9 de octubre, día de la salud mental; Después de recorrer las calles más céntricas de la ciudad, termina en la Puerta del Sol y ante la sede de la Comunidad de Madrid se lee un manifiesto y se organiza un pequeño acto lúdico.

FUNDACIÓN MANANTIAL

En junio de 1995 se firmó ante notario el acta de constitución de esta fundación, siendo firmantes un representante de las ocho asociaciones de más relieve de la Comunidad de Madrid, los cuales constituyeron el primer patronato, saliendo de ahí la junta directiva.

Si en un principio el fin de la Fundación fueron las tutelas del enfermo mental, su protección se ha ido ampliando buscando una solución total a los problemas que les han acosado siempre (trabajo, rehabilitación, relaciones sociales, residencia, etc.).

Los comienzos de la Fundación no fueron muy felices, pues hubo discrepancias entre sus miembros, respecto a sus fines. Estos difíciles inicios fueron sabiamente encaminados con la incorporación como Presidente de Francisco Sardina que supo hacer los acuerdos necesarios con la Comunidad de Madrid y otros organismos.

La carencia de fondos de la Fundación no permitía sólidos proyectos, por lo que fueron sustituidos por modestas acciones, siendo nuestro primer paso una modesta casita para pacientes.

Por otra parte el Ayuntamiento de Madrid, a través de la Junta Municipal de Hortaleza nos había donado un amplio terreno en la zona de Arroyo del Santo y nos parecía casi un sueño imposible de cumplir el construir en dicho solar una residencia como habíamos deseado para nuestros pacientes.

¡El sueño se cumplió! Después de muchas lágrimas y dolores ahí está la magnífica residencia de Arroyo del Santo, que tanto ha llamado la atención por su solidez y belleza arquitectónica. Este magnífico edificio, además de la residencia que alberga 20 pacientes, cuenta con centro de día y un centro de formación profesional.

Con el tiempo se vio la necesidad que había de centros de trabajo, y de ahí la creación de Manantial Integra S.L. que entre cocina, lavandería y manipulado secundario de medicamentos da trabajo a unos 150 jóvenes de ambos sexos, con edad de entre 20 y 40 años.

De lo expuesto en estas líneas podemos deducir que la Fundación Manantial está dividida en dos grandes áreas: Recursos de atención social y Manantial Integra.

En la primera, la Fundación gestiona para la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid todas aquellas actividades encaminadas a vivienda, ocio, cultura, deporte, etc., basándose en los siguientes principios: Orientación hacia la persona, implicación en los servicios, y experiencia de los profesionales y las asociaciones.

Recientemente la Fundación Manantial, con terreno cedido por el Ayuntamiento de Leganés, ha edificado una nueva residencia y centro de día, aun pendiente de inauguración.

En la actualidad gestiona:

- 5 centros de rehabilitación psicosocial: 360 plazas en total distribuidas en Torrejón (60 plazas), Alcorcón (60 plazas), Arganda del Rey (85 plazas), Barajas (65 plazas), y Hortaleza (90 plazas).
- 5 centros de rehabilitación laboral.: 245 plazas en total distribuidas en Hortaleza (50), San Blas (55), Fuenlabrada (50), Torrejón (50) y Alcorcón (40).

CONCLUSIÓN 1989-2012

Veintitrés años de lucha, trabajo, alegrías, tristezas, logros, decepciones, vida. No ha sido fácil nuestro camino en los comienzos, ya que se tiene poca fe en lo que unas cuantas familias pudiera hacer por mejorar las condiciones de vida de estos pacientes tan necesitados de todo, tanto en el orden espiritual, como en el material. Con amor y constancia hemos ido caminando, y caminando se hace camino.

El loco, aquel ser socialmente despreciado, objeto de numerosos chistes sin compasión, es ahora el enfermo mental, un ser socialmente recuperable, que se puede incorporar al mundo laboral y afectivo.

Si nuestro hacer ha sido fructífero es porque siempre hemos tenido el apoyo y contado con el consejo de magníficos profesionales, que siempre han estado dispuestos a guiarnos en nuestro camino, ya que para una buena marcha de la psiquiatría el paciente, el profesional y la familia tienen que moverse al mismo ritmo.

Un asunto, el del *estigma*, a pesar de lo mucho que hemos trabajado por cerrarlo, es difícil, ya que está muy arraigado en la sociedad. Solo el tiempo, y muy especialmente la incorporación en la sociedad de nuestros pacientes, lograrán eliminarlo.

En este caminar hemos conseguido una notable mejora en la aceptación social del enfermo mental, también la asistencia sanitaria ha mejorado, pero aun hay temas en los que no hemos obtenido grandes logros: Hacer que se creen centros públicos para estancias largas, disponibles cuando las circunstancia clínicas lo requieran, y que los enfermos condenados a privación de libertad cumplan su condena en centros psiquiátricos, nunca en cárceles.

¿Que nos queda por hacer?: Procurar no desandar nuestro largo peregrinar.

A MODO DE CONCLUSIONES

M Desviat, A Moreno

A modo de conclusiones

Manuel Desviat, Ana Moreno

> La utopia tiene el poder anticipatorio de los sueños, una anticipación de lo deseable, no realizable. Cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así lo imposible puede llegar a ser posible.
>
> *Jesús Ibañez,* A contracorriente[1]

1.- La primera conclusión es una advertencia: este libro es una introducción a la salud mental comunitaria, una incitación a conocer sus fundamentos, sus programas y su práctica que, en ningún caso, sustituye un estudio más amplio de los temas tratados. Y es, sobre todo, la defensa de un modelo que siendo la elección primera para actuar en salud mental desde criterios públicos de eficiencia, como proclama la Organización Mundial de la Salud, está siendo relegado en la últimas décadas por cambios en la gestión de la prestaciones públicas, por la desregulación de un mercado que debería estar protegido, no sujeto a las especulaciones financieras. Cuando la competencia desplaza a la solidaridad, los programas comunitarios se reducen, llegando a convertirse como en EEUU en iniciativas para pobres o excluidos sociales.

2.- La cuestión es que hablar de un modelo comunitario es hablar de algo más que un reordenamiento de los espacios y poderes terapéuticos, es un proceso teórico, técnica y socialmente complejo que se inicia con la Reforma Psiquiátrica, que exige reconstruir saberes y herramientas, un proceso tecno-científico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos de los sujetos.

3.- La atención a la salud puede y debe ser comunitaria en general, como señala la nueva Salud Pública, pero es en algunas disciplinas de la asistencia, como la salud mental, donde la gran implicación social de la construcción de la enfermedad mental y de las respuestas dadas tanto en el plano epistemológico como en el asistencial, convierten el modelo en la condición de posibilidad de una atención eficiente.

4.- Ahora bien, la cuestión es que en el ámbito de la Medicina hay unanimidad acerca de la demarcación del objeto (de la dermatología, de la urología, de la cirugía, etc.) y de los métodos que hacen posible emitir enunciados objetivos acerca de dicho objeto. En la clínica psiquiátrica, sin embargo, no existe el consenso mínimo preciso acerca del objeto ni acerca de los métodos y el predominio de una forma u otra de entender la enfermedad y la clínica depende más de opciones político-económicas que de la verificación técnica de su eficiencia. Lo que hace a la salud mental muy vulnerable.

5.- De hecho, la secular confrontación entre cerebro y mente, naturaleza *versus* crianza, resultaría irrelevante, un debate teórico-técnico como lo fue en tiempos de la construcción de la nosología psiquiátrica, de no ser por su instrumentalización política. El saber psiquiátrico combina conocimientos que pertenecen a la biología, a la psicología y a la sociología (neurociencias, clínica-psicopatología y ciencias sociales). La tentación de reducir estos tres campos a un registro único, conduce a un reduccionismo seu-

docientífico que, en el caso del predominio de la "evidencia molecular o biológica", responde al utilitarismo de una época donde predomina el poder de la industria farmacéutica y las grandes corporaciones privadas con intereses en el mercado sanitario. Una época donde declinan los valores, donde se medicaliza el malestar y se psiquiatrizan las fallas sociales.

6.- Es el resultado de un cambio en las tendencias de la comunidad profesional de la salud mental: del predominio de la psiquiatría social y el psicoanálisis se ha pasado a la hegemonía de la psiquiatría biológica, apoyada en los avances de la psicofarmacología y en menor medida de las neurociencias. Un predominio utilitarista que sustituye la semiología por criterios consensuados (DSM, CIE) y huye de la psicopatología enrocándose en un pragmatismo ateórico que pretende ubicar definitivamente a la psiquiatría en un solo registro, el campo de lo biológico. Predominio que responde a una estructura de poder, pues la verdad científica no es neutral, es siempre una verdad cargada. La cuestión es, y volvemos a las razones de este libro, de esta ponencia, que esta verdad cargada, en España, y en buena parte del mundo, está amenazando el acerbo cultural de la salud mental comunitaria y su práctica asistencial, haciendo valer un todo vale, que viene a decir que no hay nada afuera de la reducción biológica, hospitalocentrista y privatizadora. El afuera no es ciencia, ni siquiera técnicas probadas: lo comunitario es un quehacer de trabajadores sociales y voluntariado. Algo, en cualquier caso, complementario al saber médico-psiquiátrico.

7.- No vamos a repetir los límites y las trampas de ese planteamiento, pues se puede ver de forma explicita en la parte primera de esta ponencia y está implícito a lo largo de todos los capítulos. Nuestro propósito es plantear la urgente necesidad en el campo de los profesionales de la salud mental de hacer frente teóricamente a esta visión de la psiquiatría y de la psicología clínica, con nuestras propias armas: la acumulación de conocimientos que se han ido creando en el ámbito del modelo comunitario. Esta es la razón de ser de esta ponencia, agrupar un saber disperso, contar la historia de su construcción, mostrar programas, avances psicopatológicos, experiencias que han demostrado que la atención comunitaria es posible, señalar las fracturas, ofertar herramientas para el trabajo diario y material para ir avanzado en una nueva clínica que dé respuesta al enfermar psíquico, a su prevención y tratamiento, desde una nueva psicopatología hecha desde la pluralidad técnica y el respeto a la autonomía de la persona, que considere al ser humano en su totalidad.

8.- Una clínica que necesariamente tiene que ir acompañada de una visión de la enfermedad no como una responsabilidad individual, y consecuente financiación privada; sino como una responsabilidad social y por tanto un derecho, una asistencia pública, es decir, de la que nadie puede ser excluido.

9.- Una clínica y una construcción psicopatológica que no se puede hacer desde el todo vale ni desde la queja lacrimógena; que debe construirse desde un trabajo en equipo; en unos equipos que rompan la escisión entre quienes ven pacientes y quienes investigan; en una actividad donde las preguntas de los clínicos sean aquellas que se hacen los investigadores.

10.- Esta es la razón, como bien dice Benedetto Saraceno, de este minitratado, hacer valer las conquistas en el terreno de la organización, de la planificación, programación, actividad clínica y gestión de la salud mental, del modelo que llamamos comunitario.

11.- Por último, una cita que arrimamos a

la de Jesús Ibáñez que preside estas conclusiones, un slogan de los militantes de la salud mental brasileña; “sueño que se sueña juntos es realidad”.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ibáñez J. A contracorriente. Madrid: Fundamentos; 1997. p.39