

PRIMAVERA
2001

AMSM

(AEN)

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

CONTRAPUNTO. DE NUEVO LOS HECHOS

Decía el Consejero en una de sus primeras entrevistas tras tomar posesión de su cargo, que la salud mental era una de sus prioridades, y algunos de nosotros hicimos un voto de esperanza para ver si esta vez era cierto. Estaba sobre la mesa la elaboración de un Plan de Salud Mental que era una oportunidad para dar un impulso a esta red nuestra sumida en la calma. Pero ya comprobamos en una de los primeros encuentros con miembros de su equipo, que la cosa no debía estar tan madura; que de entrada el borrador del Plan que había entonces no servía, que había que hacer un nuevo Plan orientado a la calidad, que había que esperar a que en el INSALUD se asentaran las cosas para negociar con ellos; en fin que todavía no era el momento para la salud mental. Porque además, en palabras del Consejero, no contaba ni con un presupuesto ni con un cronograma y eso no era un Plan.

Y esperamos. Y revisamos los presupuestos (que es lo que los entendidos dicen que hay que mirar) para ver que pasaba con la salud mental. Y nada, la primera sorpresa es que ni aparecía en las prioridades de la Consejería de Sanidad. Hicimos cuentas y en las partidas del Departamento de Salud Mental (que no incluyen lo correspondiente al HPM, IP José Germain, ni el HG Gregorio Marañón) el crecimiento del 2000 al 2001 era del 7,9%, por debajo del crecimiento del presupuesto de la Consejería en su conjunto (9,3%). Y si uno mira los años anteriores se encuentra un panorama parecido; en total desde el año 97 el crecimiento del departamento de Salud Mental ha sido del 26% frente al 36,3% de la Consejería. Mala suerte para la salud mental. Ya lo decía el Consejero, si no hay presupuesto y cronograma no hay Plan, y el no había visto nada de eso. Y la verdad es que nosotros tampoco. Y además, estamos de acuerdo con él, el Plan que necesitamos, además de un análisis de la situación, unas líneas estratégicas de desarrollo y un plan de acciones concreto, necesita un presupuesto adicional para desarrollar esas nuevas acciones en un tiempo determinado, y si esto no existe verdaderamente no se puede hablar de un Plan.

(Continúa en página 2)

EDITORIAL.	CONTRAPUNTO. DE NUEVO LOS HECHO	1
COLABORACIONES.	PROPUESTA DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES	5
	CAMINOS DE LA PSICOPATOLOGÍA	16
	SALUD MENTAL Y TRANSVERSALIDAD: LA ARTICULACIÓN DE RECURSOS	25
	PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA. LA POSICIÓN DE LA AEN	38
ACTIVIDADES.	ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL ENERO-MARZO 2001	40
NOTICIAS.	43
WEB.	50

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Junta de la Asociación
Madrileña de Salud Mental

Presidenta:

M^º Fe Bravo Ortiz

Vicepresidentes:

Pedro Cuadrado Callejo

M^º Luz Ibáñez Indurria

Secretario General:

Pedro Sopelana Rodríguez

Tesorero:

Abelardo Rodríguez González

Vocal de Publicaciones:

Javier Sanz Fuentenebro

Vocales:

Miguel A. Moré Herrero

Antonio Escudero Nafs

Alfonso Ladrón Jiménez

Carmen Carrascosa Carrascosa

Boletín de la AMSM

Javier Sanz Fuentenebro

Miguel A. Moré Herreros

Arantxa Ortiz

Ana Pascual

Xabier Lertxundi

José Antonio Soto

José Antonio Hernández

Blanca Penasa

Fotocomposición e impresión:

DINARTE - DESK

Depósito Legal: M-6.580-1992

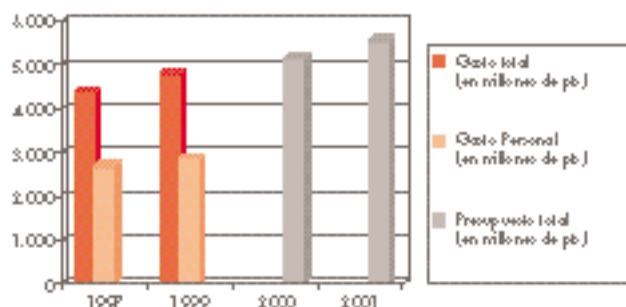
ISSN: 1133-9705

Las opiniones vertidas en los artículos firmados no tienen por qué coincidir con las de la Redacción de este Boletín.

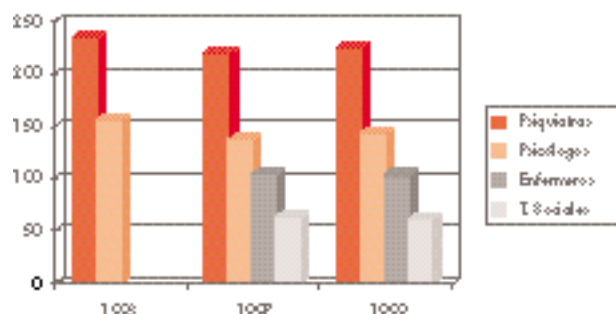
(Viene de página 1)

La verdad es que esto del presupuesto nos ha hecho poner atención en algo que los clínicos no solemos reparar, probablemente porque no entendemos de ello, que es esto de los dineros. Y si uno se pone a mirar descubre cosas muy interesantes, descubre los hechos. Así por ejemplo se puede ver que en el presupuesto de la Consejería de Sanidad en el último año no figura entre sus prioridades la salud mental, y sí en cambio la atención a las drogodependencias y el SERCAM. Es

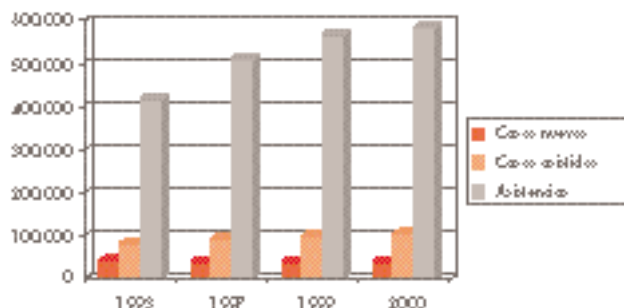
PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL SRS



RECURSOS HUMANOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO



ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

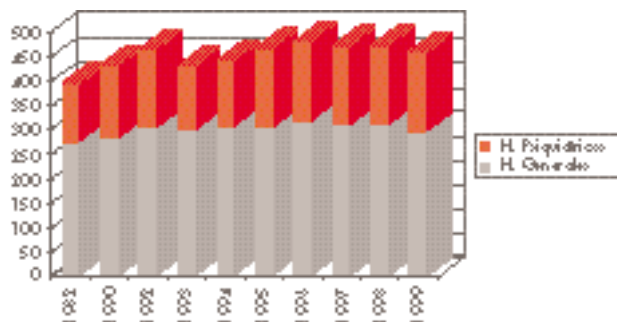


cierto, son problemas importantes. Sin ir más lejos las drogodependencias han tenido un incremento de presupuesto en el último año del 26%; y ¡atención! en los últimos 4 años han crecido un 154,5%. ¡Qué fantástico! ese si es un ritmo de crecimiento. Lo cierto es que nos parece bien, los programas de reducción de daño son importantes, las salas de venopunción, las unidades de desintoxicación de cocaína... Las repercusiones sociales del problema son indudables (nuestros usuarios son más silenciosos) y la presentación de los proyectos ha sabido generar una sensibilidad social favorable (¿estaremos nosotros sin voz también?). Claro que, uno se pregunta si además de crecer no sería bueno que a la vez integraran y coordinaran todos los recursos que hay en las distintas administraciones. A nosotros nos dijeron que antes de crecer había que racionalizar la red, integrar los recursos, no duplicar servicios; y ciertamente nos parecía muy bien. Pero hace mucho tiempo que eso se hizo (aunque bien es verdad que no de un modo completo) y después no hemos crecido. Basten ver los datos de las

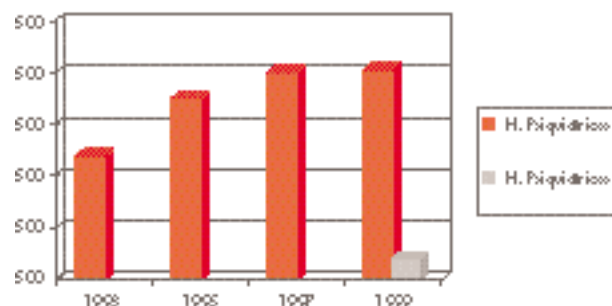
memorias de la Red Integrada a lo largo de los años para darnos cuenta que mientras los datos de recursos parecen un electroencefalograma plano, la actividad asistencial de los mismos (ya sabemos que no siempre son datos fiables) sigue su dinámica ascendente. Pueden resultar ilustrativos los siguientes gráficos donde se recogen datos aparecidos en las memorias de la Red Integrada y del Departamento de Salud Mental y en los Presupuestos del 2001 de la Comunidad de Madrid. Puede resultar un poco tecnocrático este editorial, pero muchas veces una imagen vale más que mil palabras.

Titulabamos este editorial "contrapunto" y es que también hay hechos diferentes. A veces estos son positivos, y aunque lo cierto es que no ocurre en muchas ocasiones, cuando se produce hay que resaltarlo. Nos referimos al crecimiento de los recursos del Programa de atención social para enfermos mentales crónicos de la Consejería de Servicios Sociales. En los últimos cuatro años el presupuesto del programa prácticamente se ha duplicado (ha

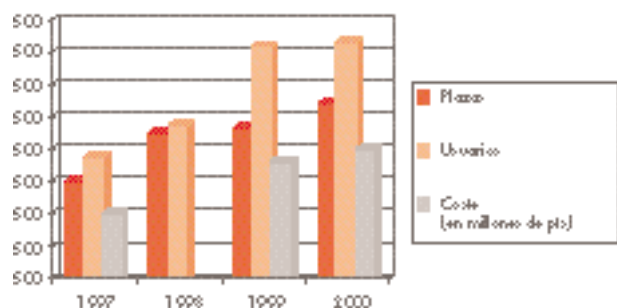
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE



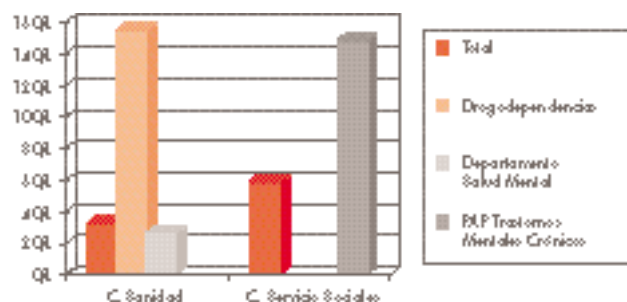
PLAZAS DE HOSPITAL DE DÍA



PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES. COMUNIDAD DE MADRID



CRECIMIENTO EN GASTO PÚBLICO 1997-2001 COMUNIDAD DE MADRID



crecido un 98,5%) y si se tiene en cuenta el coste previsto para el 2001 se alcanzaría un 148% de crecimiento en el período 1997/2001, con un crecimiento muy superior al de la Consejería en su conjunto (58,4%). Se han incrementado el número de plazas (601 en 1997 a 1077 en el 2000) y el número de usuarios (750 en 1997, 1460 en el 2000). Creemos que esta es una buena tendencia, porque aunque somos conscientes de que las necesidades de recursos de alojamiento y de actividades laborales y ocupacionales, sobre todo, están a gran distancia de las plazas existentes, se vislumbra una determinación de que estas diferencias vayan disminuyendo.

Según las estimaciones de necesidades de plazas específicas rehabilitadoras que realizó el grupo de trabajo de nuestra asociación y que se publicaron el pasado año ("Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad". Cuaderno Técnico, 4. AEN), es necesario multiplicar casi por 10 el nº de plazas existentes en miniresidencias para alcanzar las ratios mínimas recomendadas por 100000 hab (20 frente a las 2,5 existentes); o quintuplicar las plazas de rehabilitación laboral, empleo protegido o de apoyo al empleo normalizado.

El estudio realizado por FEMA-SAM sobre "La Salud Mental en la Comunidad de Madrid" aporta un gran número de datos sobre la situación actual y la estimación de las necesidades de recursos en nuestra Comunidad, y deja claramente de manifiesto la insuficiencia de la Red actual. Pero este hecho con ser revelador, no nos parece el definitivo de la situación actual. El problema es no sólo que tengamos un déficit notable de recursos, sino que la tendencia de creación de los mismos no responde siempre a una dinámica de crecimiento que haga esperable que estas necesidades puedan ser cubiertas en un medio plazo. Y en este punto las dinámicas de crecimiento de la red de salud mental no van parejas en la Consejería de Sanidad y en la de Servicios Sociales

Señor Consejero, aunque con algunos años de retraso, ahora sí la salud mental debe ser una prio-

ridad en sus presupuestos. Porque la cuarta parte de la población de Madrid tiene algún tipo de trastorno mental que le causa sufrimiento, y en unas 300000 personas estos trastornos son graves y necesitan una atención especializada; y de éstas,

casi 50000 personas tienen además de su trastorno grave y crónico un cierto grado de discapacidad que les hace necesitar intervenciones y recursos de rehabilitación. No sé si estos números le dirán algo, si generarán mucha o poca alarma social, pero le aseguro que representan un alto grado de sufrimiento para ellos y sus familias. Y por eso debe ser una prioridad en los presupuestos y en el proceso

de transferencias sanitarias. Porque si bien las transferencias son una condición necesaria para que se realice una integración real de la red y la atención a la salud mental sea de una vez por todas parte de la asistencia sanitaria general; es claro que si no se parte de una decisión política de hacerlo una prioridad, con un plan de acciones concreto y unos dineros asignados, pasaremos a la

cola de las preocupaciones de la sanidad en Madrid. Mal augurio es ya que la Consejería, que ha convocado diversas reuniones con profesionales, grupos políticos, sindicatos, etc. para tratar sobre el desarrollo de la futura Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOS-CAM), no haya contado con asociaciones de profesionales y de usuarios y familiares en el

ámbito de la Salud Mental de Madrid.

Pero queremos ser optimistas Sr. Consejero, todavía está a tiempo de que la salud mental sea una prioridad en esta legislatura; de que se complete la integración de la red; de que se apueste por una mejora de la calidad de la atención; de que se ordenen las prestaciones según las necesidades; de que se lleve a cabo una política de personal y de formación racional; de que se crezca en recursos de un modo significativo y continuado. Todavía está a tiempo.

EL PROBLEMA ES NO SÓLO QUE TENGAMOS UN DÉFICIT NOTABLE DE RECURSOS, SINO QUE LA TENDENCIA DE CREACIÓN DE LOS MISMOS NO RESPONDE SIEMPRE A UNA DINÁMICA DE CRECIMIENTO

NO SÉ SI ESTOS NÚMEROS LE DIRÁN ALGO, SI GENERAN MUCHA O Poca ALARMA SOCIAL, PERO LE ASEGURO QUE REPRESENTAN UN ALTO GRADO DE SUFRIMIENTO PARA ELLOS Y SUS FAMILIAS

PROPUESTA DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES

Grupo SMES MADRID

1. Introducción

El fenómeno de la exclusión social reaparece de forma reiterada en los diversos análisis que se realizan de la sociedad actual. En una sociedad basada en una economía globalizada y competitiva, la generación de los márgenes forma parte casi de la propia esencia del modelo. Los procesos de transformación del mercado laboral y de la estructura social han contribuido a generar nuevas formas de pobreza, marginación y exclusión social.

Las críticas desde la ideología neoliberal al Estado del Bienestar han trasladado a la creencia general la idea de la existencia de una "cultura de la pobreza", en la que la desigualdad resulta más como consecuencia de factores individuales que de factores sociales externos; y en la que la dependencia generada por las prestaciones aportadas por los sistemas de protección social producen un "efecto perverso", perpetuando la marginación.

Es indudable que el fenómeno de la exclusión social es complejo y no se le pueden dar interpretaciones reduccionistas, atribuyendo sólo a un tipo de factores (bien sean individuales, bien sean socioeconómicos) el origen de la misma. Sin embargo, hasta la fecha, la extensión de las creencias anteriormente señaladas ha generado, más que la producción de respuestas complejas, la reducción de las prestaciones sociales y la tendencia a la culpabilización de los excluidos.

Es en este marco en el que cabe analizar el problema de la exclusión social en lo que atañe a los enfermos mentales. En este caso la imbricación entre los factores individuales ligados a la propia patología y los factores psico-sociales y económicos es aún mayor.

**HASTA LA FECHA,
LA EXTENSIÓN DE LAS
CREENCIAS ANTERIORMENTE
SEÑALADAS HA GENERADO,
MÁS QUE LA PRODUCCIÓN DE
RESPUESTAS COMPLEJAS,
LA REDUCCIÓN DE LAS
PRESTACIONES SOCIALES
Y LA TENDENCIA A LA
CULPABILIZACIÓN
DE LOS EXCLUIDOS**

Dentro del colectivo de personas sin hogar se ha producido un incremento en la proporción de personas con trastornos psíquicos severos, alcoholismo y drogodependencias. El análisis de este fenómeno social complejo está aún por realizar de un modo riguroso, pero no caben interpretaciones simplistas en las que se atribuye a los procesos de desinstitucionalización la responsabilidad del mismo.

En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos, y en los estudios que se han realizado (Muñoz y Vázquez, Vega y Palomo, Rico) se pone de manifiesto que las poblaciones estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos. Son fenómenos más complejos, que tienen que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y social; para los que los recursos existentes (sociales y sanitarios) no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. *La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización.* En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad, como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle; sí puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales. Es

**DENTRO DEL COLECTIVO
DE PERSONAS SIN HOGAR
SE HA PRODUCIDO
UN INCREMENTO EN LA
PROPORCIÓN DE PERSONAS
CON TRASTORNOS PSÍQUICOS
SEVEROS, ALCOHOLISMO
Y DROGODEPENDENCIAS**

evidente que las respuestas antiguas de institucionalización de estas personas "quitaban de la vista el problema", pero sin lugar a dudas no lo resolvían. Una vez que la marginalización se ha producido, ésta se va retroalimentando y las dificultades de reinserción son cada vez mayores.

A partir de diversas iniciativas en distintas ciudades europeas, liderados por el Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental (CRE-FMSM), se ha ido consolidando desde 1991 un grupo de profesionales que ha trabajado sobre el tema, impulsando el desarrollo de diversos seminarios en los que se ha producido un intercambio de experiencias. Estos seminarios se han celebrado en Roma (1991), Bruselas (1993), París (1995), Madrid (1997), Copenhague (1999) y Atenas (2000). Esto ha dado lugar a un *Proyecto Europeo "SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL"* (SMES) de dicho Consejo Regional dirigido por el Prof. Luigi Leonori, que tiene una doble finalidad. En primer lugar pretende llevar a cabo una intervención coordinada desde los profesionales (de lo público y lo privado, de lo social y lo sanitario) con el objetivo de mejorar la situación asistencial y las condiciones de vida de este grupo de población en cada país. En segundo lugar promueve el análisis y la evaluación de la situación de las personas con trastornos mentales Sin Hogar y de sus condicionantes.

Es a partir de la reunión de Madrid cuando se crea formalmente una Red Europea Salud Mental - Exclusión Social (SMES), en la que participa activamente nuestro grupo de Madrid, y que tiene como objetivos la puesta en común de experiencias positivas de trabajo y reinserción con estas personas, que partan de la base de su respeto como ciudadanos; así como la sensibilización de los gobiernos y los profesionales sobre la necesidad de no desentenderse de esta problemática y de evitar respuestas impositivas obsoletas. La coordinación entre los organismos públicos y privados, entre lo social y lo sanitario constituye uno de los puntos de partida de la Red. Esta problemática

LA ESCASEZ DE RECURSOS INTERMEDIOS, RESIDENCIALES Y DE REHABILITACIÓN CONSTITUYEN ELEMENTOS CLAVES EN EL PROCESO DE MARGINALIZACIÓN

ción en dispositivos con distintos niveles de exigencia es necesaria la intervención coordinada de profesionales sanitarios y sociales. Intervenciones que deben ser flexibles, no limitadas a los horarios "funcionariales", ni al espacio del despacho.

ESTA PROBLEMÁTICA EXIGE INTERVENCIONES Y ACTITUDES QUE CONJUGUEN EL RESPETO A SUS DERECHOS COMO CIUDADANOS Y LA PROVISIÓN DE LA ASISTENCIA NECESARIA, UN EQUILIBRIO DIFÍCIL DE ALCANZAR EN MUCHAS OCASIONES, PERO IMPRESCINDIBLE SI LO QUE SE PRETENDE ES LOGRAR UNA REINSERCIÓN DURADERA

exige intervenciones y actitudes que conjuguen el respeto a sus derechos como ciudadanos y la provisión de la asistencia necesaria, un equilibrio difícil de alcanzar en muchas ocasiones, pero imprescindible si lo que se pretende es lograr una reinserción duradera. Desde el trabajo en la calle para el "enganche" hasta su inser-

Desde la AEN se estableció contacto con este grupo en 1994 y se organizó en Madrid un grupo de trabajo (*Grupo SMES Madrid*) del que forman parte diversas entidades y asociaciones (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Asociación Madrileña de Salud Mental, Centro de Acogida San Isidro, Departamento de Personalidad de la U.C.M., Asociación Católica Española de Migración, Médicos del Mundo, Albergues San Juan de Dios, San Martín de Porres y Damas Apostólicas, Asociación Biztegui, Asociación Rea-

lidades, Grupo 5, Cáritas Española, PRISEMI, Proyecto Integral Vicente de Paul, Comedor Luz Casanova, Servicio de Salud Mental del Distrito Centro, Instituto Psiquiátrico José Germain, RAIS y Cruz Roja), y que ha venido realizando reuniones periódicas hasta la actualidad.

El documento que a continuación se presenta ha resultado de la reflexión y discusión por parte del Grupo SMES Madrid sobre la problemática de esta población y las distintas posibilidades de intervención. Para ello hemos trabajado sobre diversos documentos previos en los que gran parte de los miembros habíamos participado previamente. Estos documentos son:

1. *"Propuesta de actuación coordinada de los Servicios de Salud Mental y de los Servicios sociales en la atención a personas con trastornos psi-*

quiátricos en situación de marginados sin hogar" elaborada por una Comisión Técnica en 1994 en la que participaron:

- Por la Consejería de Salud: Elia González Guitián, Antonio Fernández Del Moral y M^a Fe Bravo Ortiz
- Por la Comisión de Tutela del Adulto: Concha Casarruvias
- Por la Consejería de Integración Social: Abelardo Rodríguez González
- Por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid: Juan Antonio Belmar, Ana Santos y Darío Pérez Madera.

2. *"Distintos modelos de intervención socio-comunitaria desde la perspectiva de los Centros de Acogida"* elaborado por el siguiente equipo de trabajo:

- Por el Centro de Acogida San Isidro: Margarita Meyer
- Por el Centro de Acogida San Martín de Porres: Carmen Galván y Santiago Alonso
- Por el Albergue San Juan de Dios: Lourdes Salvador
- Por el PRISEMI: Felipe Jouron
- Por la Asociación Bizitegi: Begoña Iriarte.

3. *"Servicios que trabajan con la población en la calle"* elaborado por el siguiente equipo de trabajo:

- Por la Asociación Católica de Migraciones: Margarita Buonano
- Por Médicos del Mundo: Alfonso Cuadros
- Por REALIDADES: Santos Malagón y Concha Rodríguez.

4. Memorias de los Servicios mencionados de los últimos años.

2. Descripción del colectivo y su problemática

2.1. Descripción concreta del colectivo en Madrid:

Partiendo de la información directa aportada por las distintas organizaciones que participan en el grupo SMES-Madrid, se han revisado de forma concreta el colectivo de personas sin hogar, con trastornos mentales severo, que requerirían una intervención coordinada específica. En función de estos datos que se pueden encontrar en la propuesta completa que se puede consultar en la página web de la asociación se ha realizado la siguiente tipología.

2.2. Tipología según necesidades:

Teniendo en cuenta estos datos, podemos agruparlos en tres perfiles diferentes con necesidades diferenciadas:

GRUPO 1:

Enfermos mentales detectados que viven en la calle sin tratamiento de salud mental: 100 casos. De ellos, entre 25 y 30 casos están en una situación de gran deterioro, con síntomas psicóticos activos, que requerirían una intervención coordinada urgente. Sus **necesidades** son de tipo:

a) sanitario:

- de salud general
- de salud mental: enganche, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.

b) social:

- alojamiento adecuado, con distintos niveles de exigencia (de nueva creación)
- económico
- alimentación, higiene, etc...

GRUPO 2:

Enfermos mentales que residen en centros de acogida, pensiones, etc. y que utilizan distintos recursos de la Red de atención a personas sin hogar: unos 125 casos. Más de la mitad de estos casos ya tienen algún tipo de tratamiento de salud mental. Sus necesidades son de tipo:

a) social:

- mejora en las condiciones de alojamiento, pasando a recursos de la red de atención a enfermos mentales (Mini-residencias, pisos supervisados...)
- inserción socio-laboral
- apoyo económico.

b) sanitario:

- enganche, tratamiento y seguimiento en los servicios de salud mental. Ocasionalmente al inicio estas tareas podrían ser llevadas a cabo por un equipo específico
- rehabilitación psico-social, partiendo de dispositivos más específicos para integrarse en servicios normalizados.

GRUPO 3:

Enfermos mentales con dificultades de alojamiento, en condiciones psico-sociales precarias, en proceso de exclusión social.

Este grupo, mucho más amplio, constituye aproximadamente **el 15% de las personas con trastornos psicóticos**, estando algunos de ellos en contacto irregular con los servicios de salud mental. Utilizan algunos de los recursos de la Red de atención a personas sin hogar (comedores, talleres de inserción, IML, centros de encuentro...). Sus **necesidades** básicamente son:

- apoyo económico y social para mantener el alojamiento y mejorar sus condiciones de vida
- tratamiento y seguimiento por los Servicios Sociales y de Salud Mental normalizados.

3. Tipología de los recursos que intervienen

En el documento completo se describen los distintos servicios que están interviniendo con esta población. En el resumen realizaremos una enumeración de los mismos.

3.1. Recursos de la Red Sanitaria

A) Servicios de Salud Mental

1. Servicios de Salud Mental en los distritos sanitarios:
2. Hospital de Día
3. Unidad de Hospitalización Breve
4. Unidad de Media Estancia
5. Unidad de Larga Estancia.
6. Urgencia psiquiátrica

B) Servicio de transporte de urgencia para enfermos

1. Servicio del 061 (INSALUD)
2. Servicio de Ambulancias Municipales Psiquiátricas (SAMUR)

3.2. Recursos de la Red de Servicios Sociales

A) Servicios Sociales generales

B) Servicios Sociales específicos

1. SITADE:
 2. Unidad Móvil de Emergencias Sociales (UMES):
 3. Centro de Acogida San Isidro (CASI):
 4. Unidad de alojamientos para emergencias sociales
 5. Programa de Atención a Personas con Enfermedades Mentales Crónicas. Consejería de Servicios Sociales:
- *Mini-Residencias.*
 - *Pisos supervisados.*

- *Pensiones concertadas supervisadas.*
- *Centros de Rehabilitación Psicosocial*
- *Centros de Rehabilitación Laboral.*
- *Proyecto de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI)*
- C) Residencias Asistidas de 3ª Edad

3.3. Otros Recursos e Instituciones de Apoyo

A. Comisión de Tutela y Defensa Judicial del Adulto

B. Juzgados 30 y 65 y Fiscalía

C. Policía Municipal y Nacional

3.4. Organizaciones sin ánimo de lucro

1. Fundación B. San Martín de Porres
2. Centro de información y acogida (Cedia) 24 horas. Cáritas Madrid
3. Alberge San Juan de Dios
4. Santa María de la Paz
5. Programa integral Vicente de Paul
6. Comedor Luz Casanova
7. Rais
8. Asociación realidades

4. Propuesta para una intervención coordinada sobre las personas con trastornos psiquiátricos sin hogar

4.1. Principios generales de intervención

La experiencia adquirida en el trabajo con las personas sin hogar con enfermedad mental crónica en diversos países ha mostrado cuatro etapas principales:

- el enganche,
- la provisión de los servicios básicos,
- la transición y
- la integración.

El **enganche** es sin lugar a dudas uno de los momentos claves del proceso. Ganar su confianza hasta el punto de que acepte ayuda, de que acepte entrar en tratamiento. Para ello es indispensable ir donde están, conocer lo que necesitan y ayudarles a conseguirlo y, tras un largo proceso de contactos, persuadirlos para que acepten recibir ayuda. El trabajo en la calle, continuado y con un conocimiento individualizado de cada uno de ellos es indispensable. Sólo en casos muy excepcionales de situaciones de grave riesgo o en aquellas otras en que han fra-

casado todos los intentos de iniciar un programa de tratamiento puede tener sentido solicitar autorización para hacerlo involuntario.

La **provisión de los servicios básicos** como el alojamiento, la alimentación, las ayudas económicas, la ropa y el cuidado sanitario y psiquiátrico constituyen el núcleo de la atención y debe proveerse dentro de un plan individualizado integral. En general, y por la diversidad de servicios que suelen intervenir la coordinación de los mismos es esencial y en la mayoría de los proyectos a los que se han referido se utiliza como estrategia el "case management", esto es la asignación de una persona responsable o tutor que asegura que esa persona reciba los servicios que necesita; evalúa sus necesidades, coordina el sistema de servicios que necesita, apoya y defiende sus intereses cuando aparecen barreras.

La tercera etapa es la de **transición** a la utilización de servicios normalizados. Este es un punto en el que muchos de estos proyectos presentado difieren, ya que impulsan con desigual interés la utilización de servicios normalizados. En el largo proceso de inclusión la meta ha de ser la **integración** en la comunidad, no como una "normalización forzada" sino dándoles la oportunidad de crear una vida por ellos mismos con dignidad y salud.

4.2. Trabajo en la calle

Debe existir una mayor **coordinación** entre los servicios públicos sociales y sanitarios, y las organizaciones sin ánimo de lucro que actúan en este sector. Es imprescindible un cambio estratégico y actitudinal de los servicios sociales y de salud en su forma de trabajo con los colectivos de la calle. Debe implantarse un **modelo de "búsqueda" (outreach)** con los colectivos de la calle como un modo de trabajar el enganche y la inserción progresiva de estas personas, con intervenciones asertivas (no persecutorias). Debe ampliarse el número de centros de baja exigencia tanto de día como de noche.

4.3. Centros de Acogida

Debe existir una Red para la inclusión de personas sin hogar dentro de los cuales las personas con trastornos psiquiátricos conllevan un grado mayor de complejidad. Dicha red debe tener tres características fundamentales:

- Deben existir **recursos con diferentes niveles de exigencia**, de manera que res-

pondan a las necesidades de toda la población que se encuentra en situación de exclusión. Los niveles de exigencia (nula, mínima, baja y media) implican diferentes niveles de compromiso individual con los servicios, en función de la situación en la que se encuentran las personas en su itinerario de exclusión. Cada nivel de exigencia lleva consigo diferentes estrategias de intervención.

- Debe existir una **coordinación entre los diferentes servicios** que permita evitar duplicidades de intervención, y adaptar el nivel de necesidades de los usuarios a los centros.
- Debe existir una **gestión de estas redes** que optimicen los recursos existentes y responda a las verdaderas necesidades de esta población.
- Los distintos escalones de esta Red deben ser el punto de enganche para las actuaciones integrales socio-sanitarias.
- **Detección de los casos** y derivación al nuevo equipo de intervención.

4.4. Coordinación de los recursos sanitarios y sociales

En el **Apéndice I** se presenta **una propuesta** que constituye un esfuerzo por coordinar los servicios existentes y su adecuación a la población objeto de intervención. Va **dirigido fundamentalmente al colectivo que hemos definido como Grupo 1**. Sin embargo, conviene realizar una serie de consideraciones previas, para evitar conclusiones y valoraciones falsas de la presente propuesta.

La primera consideración y básica directriz del objetivo de este documento, es señalar que el colectivo objeto de intervención se centra exclusivamente en aquellas personas sin hogar que presentan trastornos mentales y se encuentran con una situación clara de desprotección social, donde incluso esté en juego su propia integridad física. Se trata, de aquellas personas que en la actualidad están perfectamente identificados por los diversos servicios asistenciales, especialmente por el SITADE y la UMES, y que definimos anteriormente como de intervención urgente. **En ningún caso se trata de promover una acción indiscriminada sobre los diversos colectivos de personas sin hogar que se encuentran en nuestras calles.**

La segunda consideración se refiere a comprender que todo el proceso parte, en los casos en que se

requiera, de una aplicación eficaz, mantenida y coordinada del Art. 211 del Código Civil (internamientos involuntarios) Se pretende evitar las actuales situaciones de "puerta giratoria", que devuelve al sujeto a la situación anterior. En definitiva, se pretende que desde la utilización objetiva de un instrumento legal (Art. 211 del C.C.), posibilitar el inicio de un proceso de intervención con garantías asistenciales, que posibilite la salida de su círculo de marginación y desarraigo, y sobre todo de su estado de abandono personal y de riesgo hacia su integridad física.

Esta propuesta técnica debe ir acompañada de la **voluntad institucional y política** para desarrollar la presente propuesta de intervención coordinada y de la consiguiente **adecuación de los actuales recursos y de la creación de los que se consideran necesarios**.

Para finalizar, **se propone la constitución de una Comisión que integre a las diferentes instituciones y ONGs , encargada de realizar un seguimiento en la aplicación y desarrollo de las propuestas presentadas**. Sobre todo, constituir las en un instrumento de control para evitar actuaciones indiscriminadas y carentes de causas objetivas para la intervención. Por tanto, la referida Comisión velará por una aplicación técnica y asistencial de las propuestas aquí presentadas y se encargará de realizar un seguimiento individualizado de los casos en los que se ha intervenido.

Sin lugar a dudas, el éxito de las propuestas aquí presentadas dependen tanto de las actuaciones institucionales y políticas como de la voluntad y esfuerzo de los técnicos que trabajan en los servicios implicados en el proceso de intervención que seguidamente se presenta. Como se observa, cons-

tituye un esfuerzo claro de coordinación de los recursos existenciales existentes y de su adecuación al colectivo específico de intervención.

4.5. Programas de intervención específica sobre los enfermos mentales sin hogar

Ante el fracaso de la coordinación de la Red, a pesar de los esfuerzos realizados desde 1994, y teniendo en cuenta las experiencias de otros países en este campo, nos parece fundamental que se desarrolle un **PROGRAMA ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR** que descanse sobre los siguientes ejes:

1. Coordinación de los servicios que intervienen según la propuesta expuesta en el **Apéndice I**.

2. Discriminación positiva de estos usuarios en todos los recursos de la red de salud mental y de servicios sociales. Esto debe incluir la garantía de camas hospitalarias para situaciones urgentes.

3. Creación de Equipos multidisciplinares específicos insertados en la Red de Salud Mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle. En el **Apéndice II** se recoge una propuesta de Equipo Multidisciplinar Específica para Población Enferma Mental en situación de Sin Hogar

4. Creación de recursos de alojamiento con distintos niveles de exigencia en número suficiente para las necesidades actuales.

5. Creación de ayudas económicas para cubrir las necesidades básicas, como alojamiento, alimentación, ropa, medicinas...

APÉNDICE I

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COORDINADA

FASE	CRITERIOS	SERVICIO	INTERVENCIÓN	PLAZOS
1º Detección.	A toda persona sin hogar que presenta un trastorno mental severo y persistente que le impida gobernarse a sí mismo (Código Civil arts. 200 y 211)	<ul style="list-style-type: none"> – UMES/SITADE – Servicios Sociales generales y especializados – Otras organizaciones: <ul style="list-style-type: none"> • San Martín Porres. • P.I. Vicente Paul. • Comedores. • RAIS. • Realidades. • CASI • SJD • Sta. Mª Paz • CEDIA 	Recogida de información y elaboración de un informe de derivación al EQUIPO.	15 días

UMES: Unidad Móvil de Emergencias Sociales.

SITADE: Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencias Sociales.

RAIS: Red de Apoyo a la Inserción Sociolaboral.

CASI: Centro de Acogida de San Isidro.

S.J.D.: San Juan de Dios.

CEDIA: Centro de Información y Acogida.

FASE	CRITERIOS	SERVICIO	INTERVENCIÓN	PLAZOS
2ª Evaluación	I.a A todos los casos se les propondría una evaluación por los SSM del Distrito donde se ha detectado. Caso de no llevarse a cabo, la efectuaría el EQUIPO.	EQUIPO en colaboración con el Servicio derivante y SSM1 del Distrito.	a) Contacto y enganche. b) Evaluación de las necesidades de la persona: <ul style="list-style-type: none"> • Salud Mental. • Sociales. c) Valoración de la situación de urgencia. d) Plan individualizado de intervención . <ul style="list-style-type: none"> d.1. No requiere tratamiento. d.2. Requiere tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Lo acepta. <ul style="list-style-type: none"> – Tto. Ambulatorio (SSM) – Tto. Hospitalario (UHB) – En la calle: EQUIPO. • No lo acepta. <ul style="list-style-type: none"> – Según urgencia pasa a II o se seguirá trabajando el enganche 	
	II.a. Situación Urgente. La persona se niega a acudir voluntariamente a los S.S.M. ¹ y precisa una intervención urgente.	EQUIPO, servicio derivante, Juzgados nº 30 y 65, Comisaría de Policía y SAMUR ²	a) Solicitar la autorización del internamiento involuntario. b) Coordinación con la Policía para la recogida del paciente c) Traslado a Urgencias por el SAMUR ² .	15 días
	II.b. Situación no Urgente, continua la intervención.	EQUIPO con Servicios de Urgencia Hospitalaria	a) Información del caso b) Hospitalización en UHB ³ del área para observación y evaluación psiquiátrica	No menos de 7 días

¹ SSM: Servicio de Salud Mental.

² SAMUR: Servicio de Ambulancias Municipales de Urgencia.

³ UHB: Unidad Hospitalaria Breve

FASE	CRITERIOS	SERVICIO	INTERVENCIÓN
Tratamiento y seguimiento	En todos aquellos casos en los que la evaluación psiquiátrica haya puesto de manifiesto la necesidad de un tratamiento, el EQUIPO realizará en todo momento el acompañamiento y defensa. Será llevado a cabo conjuntamente desde:		
	A) Áreas de intervención sanitaria	A) Áreas de intervención sanitaria A.1. EQUIPO A.2. SSM ¹ del Distrito UHB2 A.3. UHB2 A.4. Unidad de Media Estancia	– Plan individualizado de Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación.
	B) Áreas de intervención social	B) Áreas de intervención social:	
	B.1. Defensa legal	B.1. EQUIPO. Equipo Derivante, SSM1, Fiscalía y Comisión de Tutela	Solicitud de inicio del expediente de incapacidad si procede. Información a comisión de tutela para su defensa.
	B.2. Alojamiento	B.2. Programa de Atención Social para Enfermos Mentales Crónicos.	Garantía de alojamiento según su grado de autonomía coordinadamente con los Servicios Sanitarios. En el caso de hospitalización sería imprescindible para su alta la existencia de un alojamiento adecuado: <ul style="list-style-type: none"> • Familia origen • CASI, PRISEMI³ • C.A.P⁴ • Miniresidencia • Residencia asistida • Pisos tutelados • Pensiones supervisadas • Unidad rehabilitación
	C) Áreas de intervención social		
	B.3. Rehabilitación Psicosocial e Inclusión.	– Salud Mental distrito. – CRPS. – CRL	– Plan individualizado de rehabilitación

¹ SSM: Servicio de Salud Mental

² UHB: Unidad Hospitalaria Breve CASI: Centro de Acogida San Isidro

PRISEMI: Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Indigentes de los distintos servicios, hasta que se garantice un tratamiento continuado en los SSM correspondientes y Servicios Sociales, el seguimiento lo realiza el **EQUIPO**.

⁴ CAP: CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR. Ver APÉNDICE III

APÉNDICE II

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENGANCHE Y SEGUIMIENTO DE ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR

POBLACIÓN DIANA	OBJETIVOS	SERVICIOS	COMPOSICIÓN ¹	INTEGRACIÓN Y DEPENDENCIA
<p>Dirigido a los enfermos mentales que están en la calle sin inserción en ninguno de los dispositivos de salud mental :</p> <ul style="list-style-type: none"> – GRUPO 1 – GRUPO 2 (parcialmente) 	<p>El equipo no sería tanto de emergencia como de seguimiento a largo plazo con los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lograr el enganche – Garantizar las necesidades básicas en niveles de exigencia progresiva (adaptados a su evolución): alojamiento, alimentación, atención sanitaria – Tutoría asertiva – Conectarlos a los servicios sanitarios y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluación psiquiátrica y social. – Valoración de la situación de urgencia y gestión de las actuaciones derivadas – Enganche – Gestión de necesidades básicas – Plan Individualizado de Tratamiento, Seguimiento y Rehabilitación – Tutoría asertiva – Coordinación estrecha y progresiva integración de los usuarios en los servicios sociales y de salud mental normalizados 	<ul style="list-style-type: none"> – Coordinador – Psiquiatra a tiempo parcial (1/2 jornada) – 2 Enfermeros – 2 Psicólogos – 2 Trabajadores Sociales – 8 Educadores 	<p>El equipo debe estar integrado en la Red de Salud Mental de las áreas del centro de Madrid. Nuestra propuesta es que sea una continuación del PRISEMI con dotación desde Salud Mental del psiquiatra y de los enfermeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Integración en RISM – Dependencia mixta Salud Mental/Servicios Sociales

¹ La composición inicial se plantea sobre la base del equipo existente del PRISEMI, su necesidad de extensión a un nuevo colectivo que está fundamentalmente en la calle con el que hay que realizar un trabajo de búsqueda y enganche.

APÉNDICE III

CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR

POBLACIÓN DIANA	OBJETIVOS	SERVICIOS	COMPOSICIÓN ¹	INTEGRACIÓN Y DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> – Personas detectadas por el EQUIPO y derivadas por éste. – Máximo de 20 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar un lugar seguro de referencia y estancia. – Satisfacer inicialmente las necesidades básicas – Abordar las necesidades especializadas de atención que éstas personas precisan. – Facilitar el acceso a otros servicios de la Comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Lugar de estancia.≠ – Centro permanente (24 horas 365 días / año). – Espacio de descanso – Lugar par dormir de forma estable. – Comedor. (Servicio de catering). – Aseo y Duchas – Ropero. – Enfermería. – Administración de tratamiento psiquiátrico. – Asesoría socio-sanitaria. – Espacio de ocio. Actividades, TV, prensa. Biblioteca. – Consigna. (Espacio para efectos personales y mascotas). 	<ul style="list-style-type: none"> – 1 / 2 Trabajador social. – Psicólogo. (Asumirán la coordinación del servicio y el enlace con el EQUIPO). – 5 Educadores Sociales. – 5 (?) Enfermeros psiquiátricos. (Encargados del mantenimiento del espacio y de los servicios de Enfermería y comedor) – Monitores de Actividades. – Personal de Limpieza. – Personal Voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> – Integrado funcionalmente con el EQUIPO multidisciplinar, que constituirá la puerta de entrada, y con la Red de Salud Mental de las Areas del centro de Madrid. – Debe pertenecer a la red de alojamientos para personas sin hogar con titularidad municipal y financiación conjunta de varias Concejalías (Servicios Sociales, Sanidad y Vivienda).

≠ Las características de la población a la que va dirigido, condicionan la ubicación del Centro. Tendría que situarse en un lugar céntrico y de fácil acceso. Sería necesario que se tratase de un lugar amplio pero en el que sea posible una clara diferenciación de espacios. En general adecuarse a la normativa de centros de la Comunidad de Madrid

CAMINOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

P. Ramos Gorostiza

Introducción

Resulta muy llamativo para cualquiera que se acerque a la psiquiatría la existencia, o mejor, la coexistencia, de puntos de vista diferentes sobre lo mismo. Esto mismo es la cosa de la psiquiatría, su negocio, lo que constituye su especificidad frente a las demás especialidades médicas y que siendo siempre lo mismo no es tomado por todos como igual. Lo que diacrónicamente persiste y se muestra de múltiples formas. Sin embargo, la divergencia que denuncian estos puntos de vista no aparece, desde luego, en un primer plano. En un primer vistazo aparece una calma chicha, un mar quieto, que puede dar la impresión al lego de que nuestro negocio marcha con paso firme por el seguro camino de la ciencia; ¡ya era hora!. Esta apariencia se da reforzada por la existencia de una uniformidad institucional que ofrece un torso aplastante; viene vehiculizada por lo que se enseña, se exige y sobre cuya base se determina efectivamente la competencia y legitimidad jurídica de los psiquiatras que quieran ostentar y ejercer esta profesión y acceder a los puestos laborales y jerárquicos de la misma. Todo ello conforma un dispositivo industrial-institucional que se encarga de promover y defender unos intereses del conocimiento, predeterminando por consiguiente el entero ámbito por donde tiene que mostrarse el saber. Cátedras, jefaturas, comisiones, sociedades, revistas donde publicar debidamente ordenadas por su influencia en base a unos estándares de determinado tipo de rigor e influencia. Y todo ello con la ayuda de una industria guiada por unos intereses ya no meramente cognoscitivos, que de ninguna manera son neutros respecto a la indicación del camino a seguir. Este intrincado dispositivo es el encargado de la reproducción de un contexto de referencias

**TODO ELLO CONFORMA
UN DISPOSITIVO INDUSTRIAL-
INSTITUCIONAL QUE
SE ENCARGA DE PROMOVER
Y DEFENDER UNOS INTERESES
DEL CONOCIMIENTO,
PREDETERMINANDO
POR CONSIGUIENTE EL ENTERO
ÁMBITO POR DONDE TIENE
QUE MOSTRARSE EL SABER**

**HOY EN DÍA HABLAR
DE PSICOPATOLOGÍA
EN SERIO PARECE SER ALGO
LITERALMENTE UTÓPICO**

que va calando lenta pero insidiosamente en la mentalidad de nuestros colegas. Esto representa una variedad de lo que se conoce como la invasión sistémica del mundo de la vida (Habermas, 1981).

De manera que la realidad va siendo conformada para que se avenga, desde luego de una manera no consciente (como prácticas discursivas y no discursivas), a las condiciones de posibilidad de la experiencia psiquiátrica debidamente preconfigurada. Así las cosas, la problematización inherente a la psiquiatría, su negocio, su asunto, va siendo obturado, se va lentamente desdibujando y transfiriendo sus preguntas en un sentido cada vez más definido que le apartan de su propia complejidad, aquella que le permite situarse verdaderamente en su propio terreno, autocomprenderse históricamente como es debi-

do y delimitar su propio ámbito de preguntar. Esta complejidad define a la psiquiatría frente a otras ramas de la medicina y para pensarla es para lo que hace falta la psicopatología. Ésta trata de pensar el negocio, la cosa de la psiquiatría que consiste, a mi modo de ver, en la aprehensión por parte del psiquiatra de la transición en el paciente entre su libertad y lo otro de sí: el mundo, los otros y el mismo

El introducir preguntas verdaderamente psicopatológicas a la comunidad de nuestros compañeros tiene habitualmente un carácter estupefaciente que parece incomodar y requerir de antemano una disculpa por parte de quien se aventura en semejantes empresas. Hoy en día hablar de psicopatología en serio parece ser algo literalmente utópico. Por ello pasa a ser rápidamente desestimado y, en el mejor de los casos, tenido por un entretenimiento diletante; y eso cuando no se considera una afrenta al sano

sentido común, a lo evidente. No obstante, quien es capaz de abrirse a las incógnitas y los enigmas que despeja el paciente y/o se sumerge en la historia de nuestra disciplina se sitúa en una posición que le

puede permitir vislumbrar, ya no ese mar quieto, sino una verdadera lucha de puntos de vista que configuran el campo psicopatológico. Y es que la realidad, en efecto, es tozuda. Y lo es porque la realidad y, tal vez, en mayor grado a la que se dirige el psiquiatra, es algo de suyo abierto y radicalmente indisponible. Por ello los que escapan a este limitada visión empírico-analítica se topan con un horizonte amplio donde caben muchos pareceres. Que no por ser diversos, en conjunto, son capaces de ofrecer como resultado de su adición una mejor aprehensión de lo que significa el asunto de la psiquiatría.

La existencia de esta variedad de perspectivas sobre la cosa de la psiquiatría me va a permitir ver los intentos de readaptación a la complejidad que le es propia. Readaptación porque, de entrada, la psiquiatría se ha adaptado a su cosa generando un lenguaje desde el presupuesto fundacional, tradicionalmente incuestionado, que las enfermedades mentales que se expresan diversamente están causadas por algo que sucede en el cerebro (Ramos Gorostiza, 2000). Ese lenguaje ha sido y es la psicopatología. Lo que sucede es que esta adaptación a su cosa no ha resultado todo lo satisfactoria que en principio parecía. Por eso acostumbra a estar sometida a un continuo proceso de readaptación a esa complejidad que desborda los límites restringidos que están inscritos en el presupuesto fundacional. Sin apearse de este lema, que organiza el campo psicopatológico tradicionalmente, han ido apareciendo en escena diferentes intentos para pensar y atrapar como un todo lo que constituye el asunto propio de la psiquiatría. Por ejemplo, el negocio, la entraña de la psiquiatría sería para Henri Ey la distancia (écart) órgano-clínica que demanda un proceso de reorganización en la desorganización, y que ha denominado la ontología del ser psicopatológico (Ey, 1978, p. 65). Es decir, la uniformidad impuesta a la psiquiatría ha dado pie a diferentes versiones de la psicopatología con la finalidad de complementar ese aspecto unidimensional y empobrecedor. Me voy a restringir en lo que sigue a extraer y comprender las categorías psicopatológicas complementarias que la psiquiatría ha ido implementando para satisfacer su come-

**LA UNIFORMIDAD IMPUESTA
A LA PSIQUIATRÍA HA DADO PIE
A DIFERENTES VERSIONES
DE LA PSICOPATOLOGÍA
CON LA FINALIDAD
DE COMPLEMENTAR ESE
ASPECTO UNIDIMENSIONAL
Y EMPOBRECEDOR**

tido. Son complementarias del presupuesto mencionado. Ello lleva aparejado pensar desde la determinación causal, esto no debe olvidarse en ningún momento. Dejo al margen otras posibilidades de complementación que provienen de la misma medicina y, por tanto, no suponen una verdadera modificación del presupuesto fundacional, al menos en principio. Me estoy refiriendo fundamentalmente a autores como Jackson, von Monakow o Goldstein.

Categorías psicopatológicas complementarias

En principio me interesa aclarar que uso el término categoría en sentido lato, con una intención clasificatoria. Sólo en segunda intención tienen un sentido que permite pensar o acercarse el espacio relativamente propio de cada apartado, es decir, posibilitarían una ampliación de la experiencia psiquiátrica por la importación conceptual que suponen. Como he dicho, son formas de pensar que se han ido incorporando a la psiquiatría para amplificar sus entendederas. Aquí sólo se hace una somera recolección y agrupación de lo que ha acontecido con una pretensión meramente ilustrativa sin ninguna intención polémica. Todas tienen en común que pertenecen a las llamadas ciencias humanas, con éstas comparte la psiquiatría no pocas dificultades y soluciones a lo largo del último siglo y medio.

a) Psicológicas

Desde un principio y hasta ahora mismo, se ha visto a psicología como el necesario complemento de lo biológico u orgánico a que parecía hacer referencia la medicina mental. El uso de conceptos provenientes del mundo del pensamiento denuncia una época en la que la disolución de la filosofía nutrió a la psicología racional y posibilitó esta disciplina. Tras el embate kantiano a la herencia leibniziano-wolfiana se abrió paso e inició su progresivo empuje que, después de la debacle del idealismo, dominó ferreamente todo el siglo XIX. El psicologismo, como la forma en que se expresó de manera preeminente el positivismo, pasó a ser el pensamiento que impregnó profundamente el desarrollo de la psico-

patología. Ribot y Wundt ejercieron una influencia directa sobre la psiquiatría de su tiempo al dirigirse al fundamento biológico de los fenómenos mentales, haciendo de éstos epifenómenos de los procesos biológicos. Esta influencia estaba presentida, entre otros, por el mismo Kräpelin que albergaba la pretensión de que el lenguaje de una psicología positivista fuese capaz de expresar por completo las manifestaciones patológicas de los pacientes. Todavía Bumke en la introducción de su tratado (Bumke, p.4), traducido al castellano en 1946, pensaba que era posible esperar de la psicología, aunque hasta entonces no se había logrado, ese lenguaje para describir los procesos psíquicos complejos, estudiados en individuos sanos y enfermos y explicarlos en su totalidad a partir de fundamentos psicológicos. Esta confluencia de la psiquiatría y la psicología por medio de una psico(pato)logía, sigue sin ser lograda (Castilla del Pino, 1979, p.48). Claro que si para ello la psico(pato)logía que sirve de base a la psiquiatría además de una teoría de la conducta requiere una teoría del sujeto y de la relación sujeto-objeto (ibid., p.74), entonces la cosa ya no está al alcance de una psicología. De ahí que, recientemente, los intentos de fundar de nuevo la psicopatología haya vuelto la vista otra vez a la filosofía (Cutting, 1997).

Dado que los tiempos que corren no son muy satisfactorios para la filosofía, que es la que en principio sería la encargada de pensar el sujeto y la relación sujeto-objeto, y que por otra parte ha dado muestras de astenia y bizantinismo notables, la tarea del pensamiento como tal ha sido ocupada, como ya ocurrió en el siglo pasado, por la propia psicología, sobre todo por la psicología cognitiva, en lo que parece un nuevo rebrote de psicologismo. ¿Cómo ha sucedido esto? Las dos grandes filosofías del siglo XX han sido la fenomenología y el logicismo. Ambas comparten el honor de haber criticado el psicologismo positivista. Sin embargo, la preponderancia del logicismo ha sido notablemente mayor en el mundo anglosajón, que es el que domina el pensamiento de la actualidad, y ello se debe en gran medida al propósito de justificar, acompañar o ratificar en

**ESTA CONFLUENCIA
DE LA PSIQUIATRÍA
Y LA PSICOLOGÍA POR MEDIO
DE UNA PSICO(PATO)LOGÍA,
SIGUE SIN SER LOGRADA**

términos filosóficos la actividad científica, fundamentalmente las ciencias fuertes, físico-matemáticas. En torno a esta forma de filosofar y como derivación suya han surgido una serie de saberes íntimamente interconectados que forman hoy en día el entramado compuesto por la filosofía de la mente, psicología cognitiva, inteligencia artificial, con la colaboración de filosofía del lenguaje y lógica. Todas ellas se muestran prestas a apoderarse del residuo de lo que en otro tiempo se entendió era la actividad intelectual sobre la realidad en

cuanto realidad. Como por realidad se entiende, de forma usual y espontánea en estos momentos, aquella que es descrita en lenguaje matemático y nada parece escapar a la calculabilidad, entonces este entramado que representa legítimamente las pretensiones del saber científico (físico-matemático) puede arrogarse sin problemas la pretensión de aposentar sus reales sin más sobre la realidad, en toda la amplitud de la palabra, con la sana intención de decir la penúltima palabra al respecto. Y ello, además, con la ventaja de no tener que apechar con el ingente problema de pensar precisamente la relación sujeto-objeto, que según Castilla del Pino es lo que se requiere para una psicopatología. Esta forma de ver las cosas, y por simplificar, parte de que hay una forma de la deducción correcta, haciendo abstracción de toda filosofía o consideración teórica, aunque desde luego no todos sus representantes estarían de acuerdo con esta afirmación. No obstante, este presupuesto de que existe una forma de deducción correcta (no entramos ahora si es o no correcto), es capaz de generar una importante fuerza de convicción o evidencia, por lo que no

es extraño que el sujeto que ejecuta estas operaciones deductivas se constituya en el modelo a explicar. Se busca, por tanto, determinar las condiciones materiales que posibilitan la deducción correcta en un sujeto en general. La explicación demanda una causa material, lo que sea que cause esa deducción correcta, por ello va de suyo que sea de nuevo la psicología la encargada de ofrecer respuesta a

estos interrogantes, es decir, los derivados de justificar el modo efectivo, físico, como se llevan a cabo las operaciones deductivas. Y aquí estamos, de nuevo, en

**LA PREPONDERANCIA
DEL LOGICISMO HA SIDO
NOTABLEMENTE MAYOR
EN EL MUNDO ANGLOSAJÓN,
QUE ES EL QUE DOMINA
EL PENSAMIENTO
DE LA ACTUALIDAD**

la misma tesitura que el psicologismo positivista del siglo XIX. De ahí la importancia creciente que adquieren la psicología cognitiva y compañía para la psicopatología.

Con el desarrollo de la teoría celular (Albarra-cín, 1983) se pusieron los cimientos para interpretar el funcionamiento del sistema nervioso central en términos de energía e información (Spitzer, 1996, 1998). Con esto se cumplía la expectativa, largo tiempo acariciada, de reunir, salvando el abismo que las separaba, dos regiones ontológicas diferenciadas. La consideración formal y material de lo psíquico encontraban un nexo que las vinculaba entre sí de una manera necesaria. Aunque, en rigor, esto no era más que el logro de un presupuesto que estaba a la base de la misma psiquiatría desde Wernicke, Kräpelin, Exner y el mismo Freud, y ya incluso desde Pinel en una manera más grosera pero no menos decidida. Así, el sujeto de la psicología (cognitiva) puede definirse por contener un procesador central conectado a memorias (Rivière, 1987). Los circuitos de ese procesador estarían formados por las células nerviosas, como conjunto finito de elementos discretos sometidos a leyes físico-químicas, que actuarían por medio de impulsos eléctricos transmitiendo información. La tarea consiste, pues, en intentar determinar las leyes físicas que están a la base de la ejecución de las operaciones lógicas.

Una vez sentadas las bases para conformar la totalidad de lo psíquico bajo los conceptos de aparato y sistema, que ya provenían de mucho más atrás, era claro que todo lo que se fuese haciendo en este sentido se dirigía a la convergencia siempre presupuesta pero que ahora, de una manera más cada vez clara, se podía tocar. Esto se anunciaba como el fin del pensamiento puramente "especulativo"; se podrían llegar a ver los pensamientos a través de procedimientos de representación gráfica. Hoy mismo, se están entregando nuestros colegas, a fondo y con alborozo, a esta empresa gracias a las sofisticadas técnicas de neuroimagen. Conseguido un marco de investigación estable, ahora de lo que se trata es de explotarlo hasta el final. Para la interpretación de los resultados es para lo que parece hacer falta ahora la filosofía, o lo que ahora se viene a entender por tal. En este sentido no es de

extrañar que crezcan como la espuma libros (Hundert 1989; Graham & Stephens, 1994; Griffiths, 1994) reuniones y sociedades dedicadas al particular, sabiendo por añadidura que sus pensamientos (débiles) están amparados por la todopoderosa ciencia y que, por lo tanto, no corren ningún peligro de segregar ideas espirituosas, éstas antaño tan potencialmente peligrosas.

La interpretación conexionista de la psicología cognitiva y la filosofía de la mente (Corbí & Prades, 1995) se convierte en el referente para buena parte de la psiquiatría actual. Incluso es capaz de suministrar una interpretación cognitiva de la fenomenología husserliana (Ramos Gorostiza & Glez. Calvo, 1995). Su complementación de la investigación neurobiológica, en el más amplio sentido de la palabra, parece satisfacer o suplir plenamente los déficits que pudiera presentar una psicopatología descriptiva. ¿Cómo? Precisamente eliminando esa dificultad consistente en ofrecer una teoría del sujeto y de la relación sujeto-objeto. El negocio de la psicopatología ahora sólo consiste habilitar un lenguaje, el de la psicología, pero referido a lo patológico: es, por fin, psico(pato)logía.

b) Antropológicas

Con la intentona llevada a cabo por Jaspers en 1913 sobre el sólido y homogéneo edificio de la psiquiatría alemana de su tiempo, se inoculó en la psicopatología un elemento comprensivo que por muy raquítico que fuese, destapó, en cierta medida, la caja de Pandora. Pensar esa comprensibilidad no sólo permitía sino que empujaba a reconsiderar el tipo de sujeto susceptible de ser comprendido. En este contexto se inscribe la filosofía de Dilthey y los desarrollos de la escuela neokantiana de Baden con Windenbald y Rickert y la problemática de los métodos nomotéticos e ideográficos, o en otros términos, de las ciencias naturales y las culturales a las que dedicaron importantes esfuerzos (Rickert, 1899). En este contexto, la figura de Weber representa una aportación especialmente significativa que, si bien influyó claramente en los primeros representantes de la escuela de Heidelberg como Jaspers y Gruhle, su concepto de comprensión era más amplio del que luego aceptaron los represen-

**LA INTERPRETACIÓN
CONEXIONISTA
DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA
Y LA FILOSOFÍA DE LA MENTE
SE CONVIERTE EN EL REFERENTE
PARA BUENA PARTE
DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL**

tantes de la escuela de Heidelberg, ya que la tendencia desde el primer momento en esta escuela es reducir el alcance concedido al concepto de comprensibilidad. En este sentido todavía se puede ver en Weber un estímulo para pensar este concepto en nuestra disciplina (Walker, 1994; Frommer y col., 2000).

Parejo al derrumbamiento del ominoso psicologismo que había campado por el pensamiento las décadas anteriores, apareció en Europa una fuerte resistencia a sus despropósitos y un renacimiento de la metafísica y la antropología filosófica (Portmann, Plessner, Scheler, Gehlen, Häberlin, Buytendijk, etc.). En este clima, los mismos médicos emprendieron una demolición de ciertas premisas ejercidas sobre el concepto de enfermedad e iniciaron el intento de la inclusión del sujeto en la medicina. Surgió la medicina psicosomática y la antropología médica con los nombres, bien conocidos por todos de Krehl, von Weizsäcker, Siebeck, Jores, Christian, Kütemeyer, etc (Engelhardt, 1982).

El nuevo sujeto a comprender era el que se diferenciaba en principio negativamente del animal, luego se le añadían elementos biográficos que suponen aceptar su temporalidad e historicidad. Con ello se hacía necesario incorporar a la psicopatología la apertura como categoría fundamental de la antropología: el hombre al conformarse como un ser abierto demandaba otro tipo de procedimiento, de método, para poder aprehenderlo. Esta conceptualización iba a dar lugar a sucesivos intentos para desarrollar una psiquiatría antropológica, pleonismo tan craso como el de psiquiatría biológica, que sólo adquiere sentido afirmándose frente a una vigencia apabullante de un proceder que se aparta de lo que debería ser su más clara obligación: atenerse escrupulosamente a lo implicado en el término hombre. Sucede a menudo, que al pensar este concepto, con el que se pretendían superar determinadas insuficiencias, se ven atrapados en las dificultades que acarrea su propia constitución ontológica. Por ello, hoy la psiquiatría antropológica no pasa de ser una idea regulativa que ha fracasado en sus pretensiones de erigirse en canon psiquiátrico. Incapaz de ofrecer una alternativa viable en términos a la vez filosóficos, biológicos y clínicos, ha sido barrida del territorio psiquiátrico y ha cedido el paso a la ver-

sión restringida de lo intentado en las categorías antropológicas, siendo asimilada por la psiquiatría dominante como modelo biopsicosocial, engendro tan vacuo como pretencioso. Así, no renuncia a apoderarse, por medio de los procedimientos empírico-analíticos, de una legitimidad científicista que le permita medirse metodológicamente con otras prácticas cuantificadoras. La totalidad aquí se ofrece reconstruida por sumación de conceptos heterogéneos, uniformizados tras su reducción positivista.

c) Sociológicas

Las prácticas ejercidas sobre los pacientes psiquiátricos durante décadas suscitaron cierta respuesta por parte de algunos psiquiatras. Inicialmente estas actitudes críticas no tenían otro fin que promover una mejor asistencia a los enfermos en términos de respeto a su dignidad, garantías de cuidado y bienestar, reducción del sufrimiento, adecuación de los tratamientos desproporcionadamente agresivos, etc. (Jervis & Schittar, 1967). Pero, al llevar hacia atrás el cuestionamiento de este estado de cosas, dirigieron su atención a las teorías que lo habían origina-

do y propiciado, bien de manera directa o indirecta. A ello contribuyeron ciertos modelos de análisis sociológicos de la realidad, lo que posibilitó que se pusiese en entredicho la misma consistencia epistemológica de la psicopatología que estaba sosteniendo esta situación. A este respecto es muy relevante la puesta en práctica de la distinción sociológica clásica entre función manifiesta y función latente (Merton, 1949, 29 y ss.). Gracias a esta distinción se pudo discriminar la finalidad definida oficialmente para una institución de la finalidad subyacente, que no por estar en un segundo plano deja de actuar sobre la realidad. Parece ser que sobre esta distinción de base fundamental, se puso en marcha la actividad crítica frente al estado de cosas entonces imperante, que si bien en un primer momento tenía una carácter fundamentalmente antiinstitucional, p. e. en Basaglia, se fue desplegando paulatinamente con la pretensión de autoconstituirse en una teoría internamente coherente. Pero para esta tarea echaron mano de muy diversos mimbres como la fenomenología husserliniana, la filosofía sartreana, el análisis existencial, el psicoanálisis más o menos heterodoxo, la teoría de la

**EL HOMBRE AL CONFORMARSE
COMO UN SER ABIERTO
DEMANDABA OTRO TIPO
DE PROCEDIMIENTO,
DE MÉTODO, PARA PODER
APREHENDERLO**

comunicación, etc., p.e. en Laing. Con lo que ofecieron una imagen de heterogeneidad que no impedía decir ningún tipo de necesidad. Ello no fue impedimento para que el número de adeptos y el éxito de ventas de sus libros fuese espectacular, tanto como el rápido desvanecimiento con el que desaparecieron del panorama psiquiátrico pocos años después.

Esta aparición fugaz trajo como consecuencia la ruptura radical como el modelo de enfermedad tradicional que la psiquiatría había importado de la medicina, aquel que la escuela de Heidelberg asimiló al concepto de proceso. El modelo sociogenético de normalidad explica la enfermedad mental, en general la esquizofrenia, como producto de unas determinadas circunstancias ambientales, sobre todo familiares. Desde aquí se puede pasar a considerar esta enfermedad con una génesis y un tratamiento propio (Searles, 1965; Lidz, 1973) o directamente a negar su existencia (Burston, 1996, p.245).

De forma que la intención del ataque, aunque incluso pretendiera la eliminación de la misma psicopatología, puede ser interpretada desde nuestros días como una estrategia capaz de ofrecer una complementación a cierta manera de ver el modo cómo actúa la psicopatología, cuyas deficiencias habían llevado a consecuencias lamentables para los pacientes por todos conocidas. Al margen de estas consecuencias efectivas, lo que me interesa destacar ahora es el modo en que suple un déficit explicativo de la teoría psiquiátrica. Este déficit se trata de rellenar diluyendo el concepto de normalidad médico y haciéndolo depender de un contexto social (Krüll, 1977, p.47). Interpretando la génesis del sujeto exclusiva o preponderantemente desde las relaciones sociales, tanto micro como macro, esta teoría, aparentemente ayuna de psicopatología, se procura, un lenguaje, un utillaje psicopatológico diferente, que requiere la adquisición de herramientas de la teoría social. Las categorías aportadas por la teoría social propician un relleno del vacío que dejaba la psicopatología tradicional, supliendo el polo estrictamente subjetivo, pero anulando, eso sí, su momento corporal, concreto. Con ello recortan la facticidad alzaprimando en exclusiva el momento intersubjetivo.

d) Históricas

Se advierte al pronto que uno de los problemas de la psiquiatría es la deficiente estabilidad del lenguaje psicopatológico. Un repaso a nuestro pasado más inmediato basta para advertir la variabilidad de sentido con que se han utilizado y se utilizan los términos psiquiátricos. Si se culpa de esa variabilidad no al *causante* de la misma, el cerebro, que necesariamente tiene que proceder de una manera homogénea y constante en el tiempo, sino a las personas que se ocupan de utilizar y formalizar ese lenguaje, entonces es menester preguntarse por la manera en que la historia afecta a la formación de los términos con que tratamos de acceder a las señales biológicas que el cerebro de nuestros enfermos nos envía. Tanto el significado de los términos usados en el lenguaje descriptivo, sus reglas de aplicación, e incluso los comportamientos, que constituyen los componentes fundamentales de la formación de los síntomas, están

sometidos a los avatares del tiempo.

Para escapar a este peligro se busca una calibración histórica. Ahora bien, toda calibración requiere o supone un estándar de medida, un valor estable por referencia al cual se determina la exactitud de lo medido por el aparataje usado. El aparato aquí es el lenguaje y el término de referencia es la invariante biológica que produce una señal, a menudo distorsionada por el ruido ambiental que la enmascara. La clínica, lo que se ofrece al psicopatólogo, esta disponible en su pureza natural, siempre y cuando la interpretación en que necesariamente nos viene vehiculizada por el lenguaje se expurgue debidamente de todo elemento superfluo. La historiografía debe contribuir a ello. Por tanto, la colaboración de clínicos e historiadores es útil para llevar a cabo una historia conceptual satisfactoria. La clínica, por consiguiente, debe constituirse en el baluarte a defender de cierto intrusismo ineficiente, si lo que se quiere es configurar un lenguaje descriptivo que permita analizar los síntomas con vistas al diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad mental (Berrios, 1994). Este modo de acercarse al problema tiene la enorme importancia de sustraerse a la influencia de una situación marcada por la ausencia

**ELLO NO FUE IMPEDIMENTO
PARA QUE EL NÚMERO
DE ADEPTOS Y EL ÉXITO
DE VENTAS DE SUS LIBROS
FUESE ESPECTACULAR, TANTO
COMO EL RÁPIDO
DESVANECIMIENTO
CON EL QUE DESAPARECIERON
DEL PANORAMA PSIQUIÁTRICO
POCOS AÑOS DESPUÉS**

de psicopatología, sustituida ahora por un consenso sobre los términos usados para captar los síntomas, como si hubiese un acceso inmediato a la experiencia psiquiátrica. Enriquece con ello la práctica clínica, redimensionando los síntomas. Mayor importancia tiene, si cabe, al señalar claramente al psiquiatra que en su labor cotidiana está sumido en su propia historia, la de sus conceptos y sus prácticas. Mas no logra por ello afrontar eficazmente la problemática psicopatológica propia, dado que asume acríticamente el presupuesto ontológico y el procedimiento lógico tradicionales. Problemática que, aún sin resolver, estaba incoada, por ejemplo, en Castilla del Pino a través de la cuestión del sujeto y de la relación sujeto-objeto. La operación histórica propuesta bajo estos requerimientos puede convertirse fácilmente en el lecho de Procusto donde se hace hablar a la señal biológica (Berrios y Porter, 1995; Berrios 1996). Ello comporta además la exclusión de todas aquellas tradiciones y líneas de trabajo que no comparten la salvaguarda de ese presupuesto fundamental, al que se adhieren sin ambages. De esta manera se consagra la tendencia dominante con el beneplácito de una historia unidimensional.

Psicopatología y suplemento

Como hemos intentado mostrar la apelación a las diferentes modalidades conceptuales de las llamadas ciencias humanas pretendían suplir el déficit estructural que afecta a la psicopatología en cuanto se entiende pensada a través del presupuesto fundamental. En este sentido es preciso reconocer que todas ellas, de una u otra forma, han contribuido a enriquecer el campo de la psicopatología. Esto es innegable, y ello a pesar, en algunos casos, de que sus intenciones no fuesen psicopatológicas. Pero, toda pretensión teórica en psiquiatría, en cuanto crean un lenguaje acerca de la enfermedad mental, está suministrando conceptos de potencial uso

psicopatológico. Ahora, si atendemos al carácter estructural del déficit de la psicopatología, enseguida podemos ver que semejante agregación o complementación no basta para llenar la oquedad que deja la psicopatología desde un punto de vista metodológico. Más aún, si tenemos en cuenta que todas estas llamadas ciencias humanas se ven afectadas por problemas de fundamentación semejantes. Las distintas categorías aportadas a la psicopatología contribuyen a suplir un déficit que se pone de manifiesto como una falta o carencia en un acercamiento a la experiencia psiquiátrica.

La experiencia psiquiátrica se efectúa siempre y en todo caso con un carácter de totalidad. Lo propio de la operación psicopatológica habitual consiste en hacerse cargo de esa totalidad y someterla a un procedimiento que la desactive como totalidad, de lo contrario no sería pensable. Para ello actúa desomponiéndola en sus elementos fundamentales para poder inscribirla en un marco predeterminado que dote de sentido al hecho clínico. Este marco es bastante amplio, involucra desde la nosología vigente y la historia de la disciplina hasta la precomprensión de la propia actividad psicopatológica y depende del bagaje conceptual y de la actitud intelectual de cada psiquiatra para activarlo y hacerlo operativo. En esa trance, el que va del encuentro con el paciente a la formulación de un juicio clínico, del tipo que sea, gran parte de la información contenida en el momento originario de la experiencia psiquiátrica se habrá perdido, y lo que resulta de llevar a cabo la operación determinante conducirá a la aplicación de una función que permita subsumir lo que aparece en un concepto que lo piense. Esta manera de operar siempre tiende a cerrar la experiencia. Busca de una forma sistemática cerrar la serie en que aparece el fenómeno. De manera que parece requerirse un suplemento que facilite la operación determinante. En cuanto operación lógica de nuestra actividad intelectual y no en cuanto al contenido que se ofrezca en cada caso, hace falta

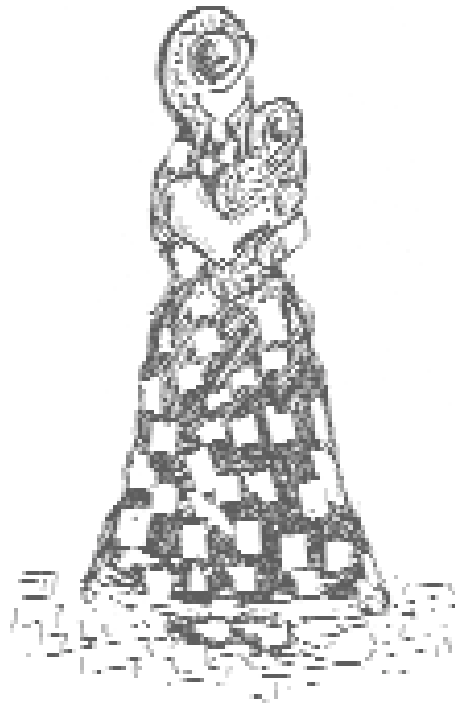
**MAYOR IMPORTANCIA TIENE,
SI CABE, AL SEÑALAR
CLARAMENTE AL PSIQUIATRA
QUE EN SU LABOR COTIDIANA
ESTÁ SUMIDO EN SU PROPIA
HISTORIA,
LA DE SUS CONCEPTOS
Y SUS PRÁCTICAS**

**SI ATENDEMOS AL CARÁCTER
ESTRUCTURAL DEL DÉFICIT
DE LA PSICOPATOLOGÍA,
ENSEGUIDA PODEMOS VER QUE
SEMEJANTE AGREGACIÓN
O COMPLEMENTACIÓN NO
BASTA PARA LLENAR
LA OQUEDAD QUE DEJA
LA PSICOPATOLOGÍA DESDE
UN PUNTO DE VISTA
METODOLÓGICO**

destacar la necesidad que tiene esta forma de proceder de exigir un suplemento que complete la experiencia con determinados presupuestos. Es lo que he pretendido mostrar más arriba.

El suplemento que aportan cada una de las distintas modalidades psicopatológicas trata de ofrecer una apariencia de cierre del todo de la experiencia, de forma que posibilite una identidad entre la consideración material y formal de lo psíquico. Qué sea lo psíquico es por ahora una incógnita, pero intuitivamente, para todos, parece ser el referente de la actividad psicopatológica. Esta identidad es distinta en cada caso, lo que aquí importa es, precisamente, el requerimiento lógico interno

por el que se incorporan categorías complementarias provenientes de disciplinas que participan de una cierta semejanza procedimental. Este requerimiento viene exigido por la necesidad de suplir una carencia en el tipo de razonamiento que se lleva a cabo. Constituyen los diversos caminos por los que la psicopatología ha transitado en el siglo pasado. Ello ha sido y sigue siendo el necesario precio que ha habido que pagar por la aceptación del presupuesto fundacional de la psiquiatría, es decir, desde el que se ha constituido la psicopatología en cuanto proceder enjuiciador acerca de las desviaciones conductuales o el sufrimiento mental de las personas.



Bibliografía

Albarracín Teulón A. (1983), *La teoría celular*. Historia de un paradigma Madrid, Alianza.

Berrios G.E. (1994) "Historiography of mental systems and diseases", *History of Psychiatry*, 5:175-190

Berrios G.E. (1996) *History of mental symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press

Berrios G.E. & Porter R. (eds.) (1995) *A History of Clinical Psychiatry*, London, Athlone

Bumke O. (1946), *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*. Barcelona. Seix.

Burston D. (1996) *The Wing of madness. The life and work of R.D. Laing*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

Castilla del Pino C. (1979) *Introducción a la psico(pato)logía y la psiquiatría*. Madrid. Alianza

Corbí J.E. & Prades J.L. (1995), El conexionismo y su impacto en la filosofía de la mente, en Broncano, F., (ed.) *La mente humana. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, vol. 8. Madrid, Trotta/CSIC.

Cutting J. (1997), *Principles of Psychopathology*, Oxford, Oxford University Press

Engelhardt, D.v. (1982) *Philosophische Grundlage der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts*, en Janzarik, W. (Hrsg) *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart*. Stuttgart, Enke, pp.4-18

Ey, H. (1978) *Défense et illustration de la psychiatrie*. París. Masson

Frommer J. Frommer S. Langenbach M. (2000) "Max Weber's influence on the concept of comprehension in psychiatry", *History of Psychiatry* 11:345-354

Graham G. & Stephens G.L. (eds) (1994) *Philosophical psychopathology*. Cambridge (Mass.). The MIT Press.

Griffiths A.P. (1994) *Philosophy, psychology and psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press.

Habermas, J. (1981) *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid. Taurus. 1987, 2 vols.

Hundert E.M. (1989) *Philosophy, psychiatry and neuroscience. Three approaches to the mind*. Oxford, Clarendon Press (1990)

Jervis G. & Schittar L. (1967) "Storia e politica in psichiatria: alcune proposte di studio", en Basaglia, F., a cura di, *Che cos'è la psichiatria?*, Torino, Einaudi, 1973, pp. 171-202

Krüll M. (1977) *Schizophrenie und Gesellschaft*, München, Beck

Lidz Th. (1973) *The origin and treatment of schizophrenic disorders*, New York, Basic Books

Merton R.K. (1949) *Teoría y estructura sociales*, México, FCE, 1964

Ramos Gorostiza P. (2000) *El desenvolvimiento de la psicopatología*. *Archivos de Psiquiatría*.63:327-338

Ramos Gorostiza P. & González Calvo J.M. (1995) *El sentido de la psicopatología y el papel de la fenomenología. Contribución a una controversia*. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23:281-286

Rickert H. (1899) *Ciencia natural y ciencia cultural*, Madrid, Espasa Calpe, 1965

Rivière A. (1987). *El sujeto de la psicología cognitiva*. Madrid. Alianza

Searles H.F. (1965) *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, New York, International Universities Press

Spitzer M (1996) *Geist im Netz*. Heidelberg Berlin Oxford. Spektrum Akademischer Verlag

Spitzer M. (1998). *The history of neural network research in psychopathology*, en Stein, D.J. & Ludik, J., *Neural networks and psychopathology*. Cambridge, Cambridge University Press

Walker C (1994) "Karl Jaspers as a kantian psychopathologist, III. The concept of form in Georg Simmel's social theory: a comparison with Jaspers" *History of Psychiatry*, 5: 37-70

SALUD MENTAL Y TRANSVERSALIDAD: LA ARTICULACIÓN DE RECURSOS

Conferencia J. Leal, Jornadas AMSM

Buenos días:

Antes de nada felicitar a los organizadores por el acierto en la selección de un tema LA COORDINACIÓN- que viene siendo motivo de interés y creciente preocupación por parte de muchos servicios. En general de todos aquellos han llegado al convencimiento de la policausalidad de los asuntos que tratan y de la necesidad de disponer recursos diversos para hacerle frente.

En el campo de la salud mental esto es evidente. Nosotros conocemos las tremendas injusticias y los efectos perversos, devastadores, contraproductivos que genera cualquier institución que haga una propuesta de atención total a la población a la que atiende. Se convierte en una institución total, integrista cuyo destino no es otro que someter y anular al sujeto.

Todo sujeto para constituirse como relativamente autónomo -tengamos en cuenta que nuestro desarrollo no va de la dependencia a la autonomía sino de la dependencia absoluta a la autonomía relativa en tanto nos constituimos en un entramado de vínculos que nos acompañan o de los que nos acompañamos a lo largo de nuestro vivir-, decía que todo sujeto para constituirse ha debido superar aquel momento primero de encantamiento y fascinación que le suponía sentirse todo para la madre y sentir que la madre lo era todo para él. Felizmente hubo quien le dijo que había otros que habitaban el mundo de sus deseos y que él mismo podría ser habitado por otros muchos que iban a constituir su universo afectivo y relacional. Cuando no es así es grande el riesgo de quedar atrapado en una psicosis simbiótica. De ese modo funciona la institución total, es decir, la institución totalitaria.

La reforma psiquiátrica tuvo uno de sus ejes en la crítica y destrucción de la institución manicomial y en la tarea de reconstrucción de los sujetos que la habitaban. La institución manicomial se movía en la lógica de la reclusión y apartamiento de la vida social y estaba pensada mas para defender a la sociedad del enfermo que para dar respuesta a sus necesidades. En tanto institución total, cubría aparentemente todas las necesidades de un sujeto, como señala Goffman,

pretendiendo dar respuesta desde dentro al conjunto de necesidades de sus internos, funcionando en realidad como una extraña síntesis de (al menos) centro sanitario, residencia de servicios sociales e institución penitenciaria. Todo ello al coste de la alienación.

La desinstitucionalización implicaba la salida, el cierre, ojalá, del manicomio, y la utilización de dispositivos varios de atención unos ya existentes en su momento y otros por crear. Se trata de sustituir la institución única, total y totalitaria por un entramado de instituciones coordinadas insertas en el espacio comunitario¹. Ese espacio está formado por instituciones, producciones de la cultura cuyo objetivo es dar sostén a la vida emocional, regular las relaciones de las personas entre si y el reparto de los bienes disponibles. (Freud). No aseguran la felicidad, cosa mas bien imposible, pero sí el vivir la ciudadanía construyendo con otros desde la diversidad distintas formas de ser y estar en el mundo.

El desmantelamiento de las instituciones totales, y también de las prácticas profesionales totalitarias (Illich), ha ido siempre acompañado de una reivindicación de lo comunitario como alternativa.

Recordemos que en las postrimerías del franquismo se produjeron (si me permitís diré co.produjimos) movimientos instituyentes que aprovechaban los intersticios que quedaban en las estructuras de la dictadura para crear nuevas experiencias a través del compromiso y de la lucha político-profesional.

Surgieron, a veces de modo espontáneo y voluntarista, equipos de profesionales llamados multidisciplinarios porque en su composición participaban disciplinas múltiples. Dieron paso posteriormente a equipos interdisciplinarios. Lo multi hace referencia a la composición y lo inter a la dinámica de intercambios creativos que se producían en cada equipo con el objetivo de llegar a un conjunto de conocimiento compartidos que les permitiera operar como una unidad organizada y coherente. De ahí sale, en mi criterio, un saber que podemos llamar transdisciplinar en tanto es producto de experiencias compartidas y ya no propiedad de una disciplina determinada sino de un equipo y de un campo más amplio de saber.

¹ Éste es el lugar normal del vivir, de los intercambios, de los amores y desamores, de los vínculos, de la agresión, del dolor y la alegría, de la esperanza y la pena, de la vida en suma.

A uno de esos movimientos lo venimos llamando Reforma Psiquiátrica. Bajo tal nombre, en mi criterio, estamos englobando, al menos, dos movimientos instituyentes diferenciados aunque complementarios:

1. Uno mas centrado en la crítica a los efectos perversos de las instituciones totales y, consecuentemente, la lucha por su desmantelamiento y la propuesta de atención a las personas con graves trastornos mentales en el seno de la comunidad. Todo ello con un objetivo (M. López): *ayudar a que dichas personas ejerzan, de manera efectiva, lo que podemos denominar su "derecho a la ciudadanía", mediante actuaciones diversas (algunas altamente especializadas y complejas), que afectan a diferentes ámbitos de su vida individual y social, incluyendo al menos las dirigidas a:*

- a) *prevenir, controlar y reducir las manifestaciones clínicas de la enfermedad, en tanto que fuente de sufrimiento personal y factor limitante de la vida social;*
- b) *prevenir, controlar y reducir los deterioros que dicha enfermedad puede producir en el funcionamiento personal y familiar;*
- c) *paliar los déficits sociales que intervienen y/o acompañan el desarrollo de la enfermedad y sus repercusiones agravando el efecto de los síntomas y deterioros.*
- d) *modificar las barreras sociales de distinto tipo (desde actitudes a regulaciones legales), que contribuyen a hacer más difícil o imposible la integración activa en la vida social de estas personas; y,*
- e) *garantizar en todo momento el respeto a los derechos del paciente y su entorno social.*

Fue, (¿lo está siendo aún?) una lucha desde dentro de las instituciones y las estructuras asistenciales existentes en el momento.

2. Otros movimientos que propugnaban la atención integral a la salud mental desde una vertiente educativa, preventiva, asistencial, de rehabilitación e inserción. Lo hacían desde estructuras nuevas (ayuntamientos, asociaciones de vecinos) y participaban profesionales muchos de los cuales habían "participado en frustrados intentos de renovación de las instituciones" (Lalucat) y otros procedentes de distintos campos.

Sustentaban su práctica en el convencimiento de que:

a. los factores sociales y las formas de vivir tienen una clara incidencia sobre la

salud y el enfermar. Y ello es así porque el campo de lo psíquico y de lo socioeconómico-político están indisolublemente ligados porque indisoluble es lo social y lo psíquico en el sujeto; el enfermo es un producto de complejas fragmentaciones y contradicciones que se operan en el seno de su grupo familiar y la multideterminada relación de éste con las otras organizaciones sociales.

b. prevenir es aislar factores de riesgo y llevar a cabo políticas transformadoras de esas circunstancias.

c. planteaba una práctica profesional no limitada a reparación de los daños sufridos sino también a denunciar las situaciones que los provocan.

d. que tales prácticas habían de tender a capacitar a los sujetos, grupos e instituciones para hacer frente a sus problemas teniendo como efecto una limitación del poder de los profesionales.

e. que para todo ello había que contar con los recursos tanto de las organizaciones sociales como con los de los demás servicios insertos en la comunidad (salud, educación, servicios sociales, justicia juvenil, etc.)

f. que el equipo interdisciplinar es el modo adecuado de organizar los recursos profesionales y la coordinación interinstitucional.

g. y que la comunidad, espacio geográfico y psicosocial, es el lugar incuestionable de desarrollo de la práctica.

Aunque desde organizaciones distintas los participantes en ambos procesos compartían, no estoy tan seguro si lo hacen ahora, todas las anteriores premisas.

Comparten también una concepción comunitaria de la atención y el convencimiento de que *las intervenciones necesarias para intentar dar respuesta a las necesidades de los pacientes con problemas graves* así como para llevar a cabo una práctica globalizadora en Salud Mental

a) recaen en sectores diversos (el Sistema Sanitario, el Sistema de Servicios Sociales, la Administración de Justicia, Trabajo, Educación, Cultura, etc.;

b) se organizan separadamente, siguiendo, por contraposición a la lógica totalitaria del manicomio, los mismos criterios que rigen la vida social para el resto de los ciudadanos,

que residimos, estudiamos, trabajamos, recibimos atención sanitaria y nos relacionamos socialmente en ámbitos diferentes; lo que además de ser coherente con el objetivo "normalizador" de las intervenciones, facilita su necesaria especialización; y,

- c) se articulan **coordinadamente** desde el nivel de la planificación y la gestión generales, hasta el de las acciones profesionales.

En muchos lugares se denominó a tales prácticas TRABAJO COMUNITARIO².

El trabajo comunitario apareció como una propuesta de confluencia político-técnica, herramienta básica en el desarrollo de la acción profesional para la implementación de las políticas de bienestar.

Fue definido como **"la atención global a toda la población, tanto individual como en grupo, desde una vertiente educativa, preventiva y asistencial, fomentando la participación de las personas y grupos sociales en la solución de sus problemas y en la promoción de recursos que permitan conseguir mejores niveles de bienestar. Es un proceso que pretende el desarrollo de las capacidades de una comunidad para funcionar solidariamente en un espacio y atender su problemática como unidad integrada.**

Esos dos campos, la asistencia psiquiátrica y la salud mental están teniendo desarrollos muy diferentes. A pesar de los riesgos de entretimiento de los cambios no podemos negar un gran avance en la cantidad y calidad de atención a las personas con trastornos mentales (severos), debido a avances en la sensibilidad de la población, de los profesionales y desarrollos teóricos, técnicos y farmacológicos. Aun queda mucho por hacer.

Pero donde no solo no ha habido progresos sino franco retraimiento es en el desarrollo de políticas y prácticas comunitarias de salud mental. Estas, en

mi criterio, engloban la asistencia psiquiátrica pero van mas allá. Diré más; no es posible una buena asistencia psiquiátrica si esta queda en los consultorios, aunque estos estén en la comunidad. De hecho la desinstitutionalización psiquiátrica conllevaba la *"creación no solo de consultas ambulatorias, sino unidades diseñadas también para otro tipo de intervenciones directas sobre la comunidad y desde la comunidad (y yo añado con la comunidad).* Cabría preguntarse transcurrido casi un decenio desde su instalación, cuánto conservan de *consultas ambulatorias de corte clásico y cuánto de unidades de intervención comunitaria.* (Torres) No tengo duda en responder que las tendencias que observo son, cada vez mas, de quedar en meras consultas ambulatorias. Esto en salud mental es insuficiente porque, en el campo psi, también en otros, lo que cura no es el acto asistencial sino que este es una parte

Yo creo que el progresivo abandono de las intervenciones comunitarias (que son las que dan sentido al término Comunitario de los equipos) se debe a (Leal, Áreas...) una confluencia de factores: las limitaciones presupuestarias, el predominio de políticas a corto plazo, las dificultades de la propia actividad y la de los profesionales para instaurar una cultura de la cura y del cuidado que se distancie del modelo clásico del consultorio y del modo de ejercicio del poder que seguimos aprendiendo en los espacios de formación, en facultades, los modos de investigación financiados por la industria farmacéutica y sus presentaciones científicas. Las instituciones, por lo general, están excesivamente atrapadas en rentabilidades a corto plazo y en hacer frente a las clásicas demandas asistenciales que son las más fáciles de detectar, las más fáciles de expresar y aparentemente las más fáciles de satisfacer. Y es necesario atenderlas y muy importante pero quedarse ahí significa quedar atrapado en una práctica que permanentemente se realimenta hasta el punto de que, muy frecuentemente, a mas asistencia más necesidades asistenciales. La demanda se adecua muy frecuentemente a la oferta y en ese círculo quedan atrapados quienes planifican los servicios y quienes tienen el encargo de implementar la ayuda.

Diré mas, los servicios de salud mental deberían llevar a cabo una práctica comunitaria no solo por el bien de la población a la que tienen el deber de cuidar sino como una forma de prevenir a los profesionales de caer en un asistencialismo "quemador", estereotipado y estereotipante.

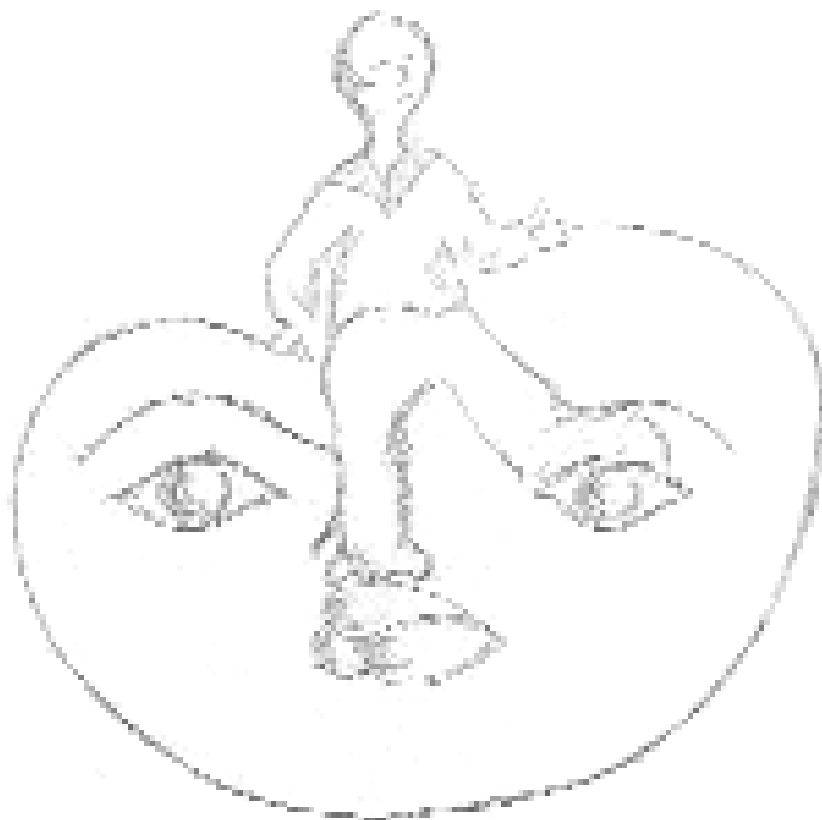
² Lo comunitario es, para la atención a la salud mental, la alternativa a una práctica psiquiátrica desalmada por alienante. Pero lo comunitario no es solo un espacio geográfico. Coincido con Desviat y Fdez. Liria cuando denuncian que "muchas veces se habla de atención comunitaria de servicios que no trabajan con la comunidad y sus agentes". Cabría preguntarse cuantos son los que actualmente lo hacen de este modo. Algunos manicomios han quedado, por efectos del crecimiento de las ciudades, integrado geográficamente en las mismas. Y algunos servicios de salud mental corren el riesgo de manicomializarse, de encerrarse sobre sí mismo. No es nada extraño. Lo instituido tiende a recomponerse y lo más difícil de desmontar el manicomio que llevamos dentro. Pero no solo nosotros, profesionales psi, también otros profesionales y servicios.

Siempre hemos tenido claro que el campo de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental es un campo transversal en el que estaban implicados profesionales e instituciones varios.

Dijimos antes que la superación de la institución total se logra con la diversificación de los recursos, de su ubicación y de su dependencia administrativa. Son recursos parciales, que van a atender a necesidades parciales del sujeto pero sabiendo que éste es una unidad indisoluble. La atención especializada no puede ser un troceamiento del sujeto. Cada unidad ha de tener una visión global de éste aunque solo pueda cubrir una parte de su necesidad o de su deseo. Si en la institución total el riesgo es de anulación del sujeto por absorción –todo para el sujeto pero sin el sujeto– en las otras instituciones parciales el riesgo es de su desmembramiento sobre la base de la mirada/lectura parcial que de él haga un profesional o un servicio.

En una sesión de supervisión un equipo me comentaba lo siguiente. La señora digamos Z acude a la trabajadora social de los servicios sociales de atención primaria en busca de un tipo de ayuda económica. Es joven, está casada, su marido traba-

ja y por su carácter puede hacerse poco cargo de la situación familiar. Parece que bebe. La señora Z tiene un trastorno mental no diagnosticado y consume alcohol. Se la ve con frecuencia borracha por las calles arrastrando a un niño en un carrito. Frecuenta los bares con el bebé hasta altas horas. El bebé llega mal aseado a la guardería y comienza a dar signos de algún retraso por falta de estímulos. La guardería se ha dirigido con insistencia a los servicios sociales a denunciar lo que observan y al Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico que propone a la madre llevar al niño al Centro de Salud Mental Infantil. A su vez interviene el EAIA para evaluar el riesgo del niño y la necesidad de intervención protectora. Una trabajadora familiar ayuda a la señora Z a su pesar en la casa. Pasado un tiempo ha consultado al Centro de Salud Mental y al Centro de atención a drogodependientes. La señora Z está en contacto, a su pesar, con el CSM, CAD, Guardería, EAP, ESMIJ, EAIA, tal vez a Cáritas y con la asistente social de los servicios sociales de atención primera. Es frecuente, al menos en Catalunya, que los servicios sociales municipales hayan logrado un alto nivel de accesibilidad y con-



fianza de la población. Muchos paciente de los servicios de salud mental van a hacer su consulta a los SS y suelen ser reticentes para hacer la consulta a los servicios específicos. Pero volvamos a la señora Z. Un día, ya harta, se presenta a la asistente social y le dice: "Señorita, yo solo quiero venir con Vd. Entre tantos me van a volver loca". He escogido una situación muy real, nada exagerada que expresa el riesgo de efectos nocivos sobre el sujeto de una práctica descoordinada.

Si la mejor manera de evitar los efectos de la institución total era su desmantelamiento la mejor manera de evitar los efectos desmembradores de la práctica comunitaria es la coordinación o mejor la articulación de recursos.

Al modo en que se logra la articulación de todos esos recursos le llamamos coordinación. Es un término polisémico y altamente equívoco: (K.E.)

a. puede expresar un objetivo de actuación conjunta y muy parcial, con escasa o ninguna previsión de posibilidades, dificultades y medios. En los programas de salud mental de algunas comunidades autónomas hay dos indicadores cuyos nombres son Coordinación con las ABS y Coordinación con Servicios Sociales y "se valorará la existencia de un calendario que incluya, al menos, tres sesiones documentadas".

b. como un espacio o acto administrativo, debido a una exigencia externa, en la que se combinen del modo lo mas armonioso posible agentes y funciones interrelacionadas.

c. la mas importante, proceso por el que utilizando diferentes instrumentos y prácticas se combinan acciones o decisiones interrelacionadas de diferentes unidades para conseguir un propósito común. Es la que corresponde a la atención comunitaria.

La coordinación puede ser definida como un proceso de creación o utilización de reglas de decisión por el que dos o mas actores se ocupan colectivamente de un entorno de trabajo compartido. Esta definición engloba la coordinación jerárquica y no jerárquica; la coordinación intraorganizativa o interorganizativa.

La coordinación no es un espacio o acto administrativo. Coordinarse no es solo encontrarse para intercambiar informaciones sobre un paciente, en un acto que no compromete mas allá de su momento. Es el punto y seguido de una relación que debe

ser claramente definida y que tiene sentido de tarea importante para todos los que en ella participan. Incluye la noción de complementariedad entre las partes diversas que han de ejercer la globalidad de la acción.

En este sentido, la coordinación surge del convencimiento de que para hacer mi tarea bien he de contar con la ayuda o colaboración de otros. Es pues el reconocimiento de una falta. En el fondo todo búsqueda del otro parte del reconocimiento de una falta y tiende a hallar complementariedad. Estar en falta es despojarse de las fantasías de omnipotencia puestas en sí o en la disciplina que nos inviste. Estar en falta es reconocer los límites de nuestro saber y nuestro poder para explicarnos y resolver las situaciones tan complejas que se nos presentan. Reconocerse en falta conlleva la búsqueda de un lugar para el otro. Las disciplinas o profesiones mas nuevas suelen tener mas conciencia de límites que las ya aposentadas y detentadoras de un poder y un saber histórico. Las profesiones con menos estatus suelen pedir mas ayuda.

Allá por finales del 1974 con dos compañeras creamos en L'Hospitalet de Llobregat, el que fue uno de los primeros servicios de psiquiatría y psicología infantil y adolescente de Catalunya. De un modo muy precario el servicio funcionaba aprovechando los espacios que dejaban libres otros servicios ambulatorios. Derivaban fundamentalmente las escuelas, por problemas de aprendizaje y comportamiento, y los pediatras, por trastornos de comportamiento y enuresis.

Prontamente me di cuenta de tres cosas:

1.- De que era muy difícil hablar con los pediatras.

2.- De que los profesores tenían mucho interés en hablar con nosotros y saber del niño. Estaban muy dispuestos a venir al servicio para coordinarse.

3.- De que en el Hospital Infantil de referencia para casos graves, el servicio de psiquiatría y psicología tenía muy poco o ningún interés en hablar con nosotros, lo cual no era debido a problemas personales sino a la inexistencia de tal práctica en su cultura organizativa. y que nunca se desplazaban. Es decir, observé que unos tenían y otros no, necesidad de coordinarse e intercambiar saberes y preocupaciones. Podríamos decir también que unos tenían mas que otros conciencia de necesitarse. Y también que entre ellos había distintos grados de interdependencia.

Y es que:

1. *La necesidad de coordinación surge de la interdependencia, es decir, del hecho de que dos unidades de la misma o diferente organización compartan un entorno de trabajo. Esto ocurre por el hecho **de actuar sobre una misma realidad externa (sector de población), porque intercambien recursos** (coordinación con proveedores o clientes) o porque compartan objetivos generales (de la organización o del sistema de organizaciones al que pertenecen).*

El cumplimiento de los objetivos de la organización, razón de ser de la misma, solo es posible mediante la puesta en común debidamente articuladas de las capacidades de todos y cada uno de sus miembros y de sus inquietudes profesionales. A eso le llamamos cooperación. La relación de cooperación se produce cuando dos o mas personas comprometen sus esfuerzos en el logro de objetivos que consideran comunes. La cooperación tiene lugar cuando confluyen procesos de poder de dos sujetos y se entrecruzan realmente en torno a un mismo objeto en un lugar de poder común compartido y reconocido. Hay que distinguirlo de las relaciones de cortesía en las que no puede hablarse de cooperación sino de simple aceptación o tolerancia del otro pero que no implica cambios.

Muy frecuentemente las relaciones interactivas entre profesionales y disciplinas tienden espontáneamente hacia actitudes mas próximas a la dominación que a la cooperación. Disminuye dicha tendencia cuando los sujetos pretenden lograr algo con la conciencia de que ninguno de ellos aisladamente lo podrá alcanzar.

b. *La interdependencia como factor desencadenante de la coordinación está condicionada por la percepción que de ella se tenga. Por ello hasta que dos unidades no se reconozcan como mutuamente dependientes será difícil que acepten espontáneamente la necesidad de coordinación. Este déficit de percepción es muy frecuente en organizaciones con tendencia al aislamiento, y muy evidente en los servicios de salud mental.*

El reconocimiento de la interdependencia es, por tanto, el reconocimiento de la importancia de los demás, el acuerdo con los cuales es básico para realizar el objetivo de la organización y alcanzar los objetivos personales.

Ello se produce a través de interacciones e intercambios. (LEAL: Personas...) De la calidad de los mismos dependen en gran medida la realización de los objetivos así como la satisfacción individual, hechos que no tienen por qué estar reñidos, al contrario

c. *existen diversos grados de interdependencia entre unidades organizativas, así como diferentes son las posibilidades y eventualidades que rodean su trabajo. Por ello hemos de pensar en términos de alternativas y posibilidades de coordinación y no de soluciones ideales y universales.*

d. *La elección de un sistema de coordinación, de acuerdo con un criterio de contingencia (grado de interdependencia) está sujeta a la evaluación de los costes y beneficios derivados del mismo; por tanto, es un asunto de política de atención.*

La ruptura de lo que podemos llamar la lógica de la interdependencia, (dentro de un equipo o entre equipos e instituciones) bien sea mediante la exageración, hipertrofia o aislamiento de cualquiera de las partes implicadas en la institución (políticos, gestores y los demás profesionales, disciplinas, etc.) o dentro del equipo de atención lleva a la generación de conflictos y a una merma en el cumplimiento de los objetivos. Cuando hay un exceso de tensión gran parte de las energías que deberían ser abocadas a la realización de la tarea son derivadas a preservarse de los efectos del conflicto. En situaciones graves pueden emplearse mas energías en defenderse de los efectos de éste que en el desarrollo de las tareas para la obtención de los objetivos.

Para el desarrollo de tareas complejas que requieren actuaciones y servicios complementarios se requieren mecanismos de coordinación, en varios niveles:

a) el más global que corresponde a la coordinación de políticas y líneas generales de desarrollo de recursos y programas.

b) uno intermedio entre las organizaciones que gestionan los recursos, también los recursos humanos.

c) el más operativo entre los profesionales y equipos que intervienen directamente sobre las personas concretas.

Esos distintos niveles tienen sus específicas tareas primarias o niveles competenciales, modos organizativos y lógicas de funcionamiento.

Niveles de coordinación

1.- El equipo interdisciplinar

Para realizar una tarea coherente en el campo de la salud mental es necesaria la implicación profesional de distintas disciplinas que ya no se articulan o no deberían hacerlo- vertical o jerárquicamente en función de su estatus histórico sino de la necesidad del usuario. (Leal, Roig: "Interdisc...") Los profesionales han de construir un espacio horizontal de intercambios para poner en común los distintos saberes que, parcialmente, no pueden dar respuesta a los temas que tratan. Ello configura un equipo.

No es una realidad simple un equipo, al contrario.

Se construye desde el necesario encargo político-administrativo como formalidad pero hace falta que sus miembros dispongan de una voluntad personal para superar los escollos propios de trabajar en común y que se les dote de recursos para el desarrollo de su tarea, también de la grupal³.

Para realizar la tarea el grupo es, como señala Anzieu, una necesidad primaria y a la vez, una amenaza primaria. Trabajar en grupo implica renuncias y la percepción de algún beneficio por las mismas. Renuncias no muy diferentes a las que implica el hecho de vivir en sociedad. Como señala Freud, en las instituciones renunciamos a una cierta felicidad a cambio de seguridad. La renuncia no es fácil y siempre implica una cierta violentación.

De sobra sabemos las dificultades que entraña trabajar en equipo. Lo expresa muy detalladamente F.Vallejo: "Hemos constatado en nuestro proceso como equipo, la dificultad para mantener los espacios de encuentro. La tendencia suele ser la sustitución de éstos por la tarea asistencial. Esta sustitución se ha manifestado sobre todo por la presión de lo cotidiano: las llamadas telefónicas, urgencias, pacientes citados porque no tenía otro hueco. Todo ello lleva a la evitación del espacio común y la tarea compartida. Como consecuencia, resulta difícil encontrar momentos en los que coincidan todos los miembros. Ha sido necesario modificar en varias ocasiones el encuadre para lograr (parcial y temporalmente quizás) una estructura de contención y organización".

También lo expresa R. Ingloft: "Los profesionales de los centros de salud, abocados en algunas comu-

nidades a un asistencialismo cada día menos integrador, mas rígidamente protocolizado y prescriptivo, rara vez encuentran tiempo para reflexionar sobre la multiplicidad de factores que intervienen en (el trabajo en salud mental)". Y cada vez encuentran menos tiempo y ganas para encontrarse.

Cuando los equipos llegan a un nivel suficiente de integración se convierten en un medio privilegiado para realizar la tarea. Pero también, como las instituciones, son causa de sufrimiento y empobrecimiento. Ello depende de la calidad personal y de la capacidad organizacional para la formulación madura de acuerdos y contratos.

La dinámica que se genera en el equipo de trabajo condiciona la oferta u ofertas asistenciales que éste hace a la población usuaria. Condiciona asimismo la eficacia de las acciones.

Un equipo que no pasa de lo multi a lo interdisciplinar corre el riesgo de poner en marcha acciones en relación con su objeto de trabajo mas que en función de las necesidades de éste, en función de las posibilidades, siempre parciales, de la propia disciplina.

Tan incuestionable es la necesidad del equipo interdisciplinar como difícil la articulación creativa de sus miembros. Tiene que ver, en gran medida, con el hecho de la coexistencia complicada de lenguajes y dialectos que es una maldición y a la vez una riqueza que se arrastra desde Babel. Dialectos no solo disciplinares sino también afectivos. Y por el hecho además de que la interdisciplina es una indisciplina; porque es mas que evidente que el campo del conocimiento no tiende a la unicidad sino a la fragmentación a pesar de los intentos seculares por evitarlo.

¿Que debe compartir el equipo interdisciplinar?

Los elementos suficientes para poder trabajar; Pichón R. lo llamó ECRO.

1. Una concepción de la tarea:

- 1.1 El reconocimiento de que el proceso de salud-enfermedad de naturaleza biopsico-social. (Olabbarría, Escudero)
- 1.2 El convencimiento de la necesidad interdisciplinar e interinstitucional.
- 1.3 Un acuerdo sobre la complementariedad de otros recursos de la misma y de otras redes.

2. Definir objetivos y priorizar entre ellos.

3. Establecer límites de acuerdo a criterios de pertinencia, posibilidades y medios disponibles.

4. Participar en el proceso de programación de tareas y ritmos a corto, medio y largo plazo.

³ En definición de Pichon-Riviere el grupo es un conjunto de personas unidas por constantes de tiempo y espacio; relacionados entre sí y por ello con intercambios afectivos, que se proponen llevar a cabo una tarea que es lo que da sentido al grupo, tarea que es imposible realizar individualmente, y que para realizarla distribuyen roles.

5. Establecer cauces de relación con otros equipos, grupos e instituciones.

6. Organizar los espacios del equipo: Coordinación, formación, supervisión.

A pesar de los esfuerzos a veces cristalizan en los equipos una serie de comportamientos que podemos llamar sintomáticos. Detallo algunos de ellos:

Riesgos en el funcionamiento del E.I.

1. Disociación de los saberes y quehaceres en departamentos estancos.

2. Exagerada defensa de la especificidad.

3. La interdisciplinariedad como pacto mutuo de no cuestionamiento.

4. Predominio de una pertenencia excluyente generada dentro del equipo o preexistente al mismo (las teorías).

5. Confusión del campo profesional, indiferenciación.

6. La defensa del campo profesional como propiedad privada. Rigidez en los roles.

7. Asimetría disfuncional de roles basada en estatus profesionales "históricos". Quiero llamar la atención sobre la, al parecer, cada vez mayor vigencia de este síntoma⁴.

La coordinación inter.equipos/instituciones

Hemos dicho antes que para atender las necesidades de algunos sujetos o grupos hace falta poner en común recursos existentes en distintas organizaciones.

A medida que avanzamos en el entramado cada vez mas extenso de vinculaciones nos vamos encontrando con nuevas dificultades. La coordinación entre grupos e instituciones tiene dificultades consecuentes, además, a la complejidad de la institución, de la que Ulloa dice: *"exageraría si pretendiese afirmar que toda institución es pre-psicótica. No dudo demasiado en afirmar que al menos es preacótica"*.

Sujetos y equipos están dentro de una institución a la vida de la cual contribuyen y por la cual son influidos.

De ella reciben trato, a veces maltrato y con frecuencia distrato

Si la vida grupal no es simple, la institucional es altamente complicada. (Leal) *La sociedad es un conjunto abierto de instituciones con funciones productivas y reproductivas. Pueden tender a perfeccionar la organización social o a mantener los defectos y arbitrariedades de cierto orden constituido. Las instituciones de salud, sus organizaciones, establecimientos y agentes, así como todas sus prácticas, participan de esa dualidad conflictiva de propósitos. Cuando en ellas se cristaliza lo instituido, acontecen diversas deformaciones tales como la burocratización, la arbitrariedad, la ineficacia, el aislamiento, la estereotipia, etc. León Felipe lo cantó en un verso: "...que nunca recemos como el sacristán los rezos ni como el cómico viejo digamos los versos..."*

Cuando en ellas resurgen las fuerzas instituyentes las repercusiones pueden ser desde administrativas hasta técnicas, posibilidad de crear, de pensar y de romper la inercia a la repetición, lo cual redundando en beneficio de clientes y profesionales.

Toda institución tiene la posibilidad de curar o de enfermar, de favorecer el crecimiento de los sujetos o de inhibirlo.

Todo proyecto institucional, se inicia como "Porvenir de una ilusión o como Ilusión con Porvenir" y más o menos rápidamente deviene el "Malestar en la Cultura" situación dialéctica que forma parte de su misma esencia.

No voy a tratar de dicho malestar cuyos mas altos niveles se expresan en el llamado "burnout" o síndrome del quemado. Pero sí decir que a su aparición contribuyen muy decisivamente, además de las características individuales, grupales y de la tarea, las condiciones institucionales y organizacionales.

Con cierta frecuencia las relaciones entre los equipos de instituciones diversas generan malestar.

No es exclusivo del campo de la salud mental la constatación de la complejidad de su tarea. Conozco muy bien distintos equipos e instituciones en el ámbito de las políticas del bienestar y en todo ellos encuentro el convencimiento de que para afrontar con éxito su tarea necesitan el concurso de otros equipos. Creo también conocer los enormes esfuerzos de muchos profesionales por llevar a cabo prácticas innovadoras y lo contrario. Y observo con preocupación la dificultad de los diferentes sistemas para establecer formas organizativas que superen las viejas estructuras de tipo vertical y burocrático.

⁴ "...el asiento progresivo de fórmulas mas o menos perversas de división del trabajo, cuyo patrón podría ser el siguiente: patologías "pesadas" sin cronificar, terapias biológicas y relaciones con el resto del sistema sanitario a cargo del psiquiatra; patologías "ligeras", psicoterapia y programas rehabilitadores para el psicólogo; funciones conectivas y complementarias, a mas de las relaciones con los demás sistemas, para el resto del equipo".(Inglot)

La necesaria modernización de la gestión queda, con frecuencia, reducida a una gestión económica y de control estadístico y descuida el mayor capital de la organización, que son los profesionales. El cada vez mas intenso control burocrático vuelve a las organizaciones mas rígidas.

Los cambios institucionales son lentos y cada cultura organizacional se resiste al intercambio y al necesario ajuste que implican sus contactos con los otras.

Hay un tipo de instituciones a las que por sus características podemos llamar cerradas o centradas en ellas mismas, que sienten el exterior amenazante y que se adaptan difícilmente a las características de sus clientes. Tienden mas bien a exigir una adaptación de los mismos a sus características. Funcionan, en el decir de Saraceno como "restaurantes con una muy limitada carta". Block dice que tienen un funcionamiento patriarcal (*J.Roma Nuevo Paradigma...*) y se sustentan en la creencia de que los superiores, para poder encaminar la organización hacia una finalidad común, se han de asegurar el control, la uniformidad y la predecibilidad. La atención excesiva puesta en estas cuestiones acababan olvidando la importancia del servicio a prestar. Esta tendencia implica que la responsabilidad descansa en los que mandan y que ellos han de tener cuidado de que se lleven a término las mejoras organizativas.

Hay otras instituciones que podemos llamar abiertas, con conciencia de que su función es prestar servicios a los otros, que está orientada al entorno y a la que le interesa mas lo que se hace que el control, la uniformidad y la predecibilidad. Donde organizarse está en función de la tarea y donde los "a priori" jerárquicos no son los criterios de su estructuración. Su forma de gestión se orienta a hacer posible la tarea de los que realizan el trabajo nuclear. Son instituciones mas modernas, de servicios, con conciencia de que operan en entornos cada vez más abiertos y con cambios vertiginosos. Entornos donde el número de grupos de interés, de demandantes de recursos y grupos con los que ha de colaborar se incrementa. Eso las hace complejas y menos predecibles tanto debido al incremento como a la calidad de la interacción entre los elementos significativos, dando lugar a una textura calificada de turbulenta (Emery y Trist) Pensemos en la cantidad de intercambios planteados hacia (a veces también desde) los servicios de salud mental (atención primaria de salud, de servicios sociales, sistema educativo, ámbito judicial, servicios especializa-

dos de atención a la infancia y adolescencia en riesgo, servicios de mujeres maltratadas, etc.) Dicha turbulencia es un riesgo que corre cualquier institución abierta y dispuesta a intercambios con el exterior. Dichos intercambios conllevan y exigen una modificación en las actitudes de las personas pero también en los sistemas de trabajo y una flexibilidad en las formas de relación. La rigidez de las mismas pretendía preservar a los sujetos de la ambigüedad y ansiedades resultantes. Embarcarse en dichas prácticas, las llamaré interinstitucionales o transversales, es un riesgo y un reto. Pero necesarios para una práctica innovadora, no repetitiva, instituyente. A mayor apertura de la institución mayor riesgo de ansiedades. Si éstas no son suficientemente contenidas su efecto se hace sentir sobre la calidad de la tarea y los niveles de satisfacción de las personas, dignos también de ser tenidos en cuenta.

Cuando los grupos no pueden canalizar su ansiedad, les resulta difícil mantener la cohesión del grupo y a la vez estar abiertos a los sucesos del exterior. De manera irracional los grupos pueden tender a cerrarse en sí mismo, a ignorar, demonizar, desvalorizar, descalificar los elementos externos y a devaluarlos en lugar de percibir las oportunidades para poder colaborar a través del trabajo. (Hirshorn) En esta dinámica los grupos se centrarán en la dinámica interna de la organización mientras que los requisitos actuales y, previsiblemente futuros, son de apertura y focalización en lo que es externo para adecuar lo interno⁵. Así lo creo convencido de que el sentido de la organización es solo ser instrumento para conseguir fines ampliamente consensuados; que los sistemas organizativos se configuran alrededor de las necesidades de los usuarios y que estas se afrontan mejor desde un sistema de redes que desde una estructura piramidal; que las características de la tarea son el criterio clave para establecer todas las otras dimensiones como lugar, rol, sistema retributivo, normas, configuraciones, etc. y no a la inversa, como consecuencia de consideraciones de poder, estatus, costumbres u otros.

Cuando las organizaciones y grupos toman conciencia de las necesidades del concurso de otros recursos fuera de su organización o unidad operativa tienen distintas formas de afrontarlo. Lo mas común viene siendo la utilización de las

⁵ Creo haber leído una frase de Bauleo que decía algo así: "no son las instituciones las que curan a sus pacientes sino que son éstos lo que hacen que aquellas devengan terapéuticas".

características del sistema burocrático: el reforzamiento de la centralización en la toma de decisiones y la imposición de estándares de actuación frente provocados por el miedo a la disgregación. Ello provoca un encorsetamiento de la práctica que es muy mal tolerado y decepcionante para los profesionales que operan en entornos abiertos y dinámicos.

Hay maneras mas adecuadas de entender el trabajo y de organizar los recursos profesionales inscritos en ámbitos administrativos diferentes. Llamamos transversalidad (Koldo E.) a un modo de entender la tarea y la coordinación horizontal entre unidades que operan en sistemas o temas complejos y expresa una preferencia por modos no burocráticos de coordinación en entornos complejos y dinámicos. Atraviesa las fronteras de la organización o las organizaciones por la base de la estructura para contribuir a la gestión conjunta de entornos compartidos.

Ello implica que los profesionales u organizaciones que participan desarrollan una tarea global, en parte compartida con otros y en otra parte específica del profesional, disciplina o equipo de referencia.

Puede aplicarse tanto en el interior de una organización, como entre diferentes organizaciones, atravesando sus fronteras por la base de la estructura para contribuir a la gestión conjunta de entornos compartidos.

En el desarrollo de tareas organizadas desde una concepción transversal hay que tener en cuenta dos niveles:

1. la organización formal
 - 1.1. La planificación de la tarea.
 - 1.1.1 Identificar necesidades
 - 1.1.2 Delimitar prioridades
 - 1.1.3 Marcar objetivos y definirlos lo mas claramente posible así como las metodologías a emplear.
 - 1.1.4 dotarse de una organización y recursos adecuados a las necesidades a atender
 - 1.1.5 Diseñar el sistema de evaluación.
2. Definir el tipo de articulación del proyecto con el resto de la organización.
3. establecimiento del equipo de trabajo con un responsable del mismo.
4. El proyecto y la estructura han de estar muy claros porque tanto uno como otro son continente de las relaciones personales.
5. disponer de un espacio-tiempo estructurado y

sistemático de encuentro de recursos y red.

6. conocimiento mutuo, información adecuada y suficiente de competencias, posibilidades, límites, dificultades de cada recurso y del modo particular en que cada uno lleva a cabo su trabajo.
7. diferenciar roles según la competencia y pertinencia del servicio y profesional.
8. establecer y respetar los canales de comunicación.
9. llegar a acuerdos y cumplirlos.
10. diseñar el seguimiento de cada situación⁶.

b. la vertiente informal de la transversalidad. Se basa en el reconocimiento de la importancia de los vínculos y las relaciones personales, confianza, cooperación, aceptación, etc.

Cada vez se da mas valor a este factor informal. Pero para que se produzca hace falta que los profesionales se sientan sostenidos por sus organizaciones y que en estas haya un clima lo suficientemente bueno como para generar en sus miembros ilusión y compromiso con tareas que requieren esfuerzos nuevos.

En resumen, podemos decir que para que funcione adecuadamente una tarea planteada de modo transversal hace falta:

1. Que exista un encargo y que éste sea transformado en objetivos: "ofrecer un tratamiento global e integrador que cubra todas las áreas o aspectos que interactúan y conforman al individuo y evitar los riesgos de parcelación."
2. Que sus componentes tengan actitudes favorables hacia la tarea compartida.
3. Que tenga recursos adecuados.
 - 3.1 composición pertinente a la tarea.
 - 3.2 formación de los profesionales en sus respectivas disciplinas.
 - 3.3 El espacio y tiempo grupal.

Para terminar he de decir que convendría cuidar espacios de formación compartida entre los profesionales que participan en los programas y una supervisión de la tarea como parte del apoyo a la misma.

Un déficit de cualquiera de dichas áreas supone una dificultad y se expresa a través de diversos síntomas

⁶ El proyecto ha de responder a necesidades, ser coherente, suficientemente explícito, compartido por todos los miembros comprometidos en él y adjudicados roles que impliquen una diferenciación de funciones y responsabilidades. Debe ser una tarea participada por todos los miembros de las organizaciones que hacen suyos los acuerdos. (Schlemenson).

Conclusiones

Espero haber podido transmitir mi convencimiento de la necesidad de plantearnos la coordinación en salud mental como la articulación de recursos. De recursos disciplinares dentro del equipo y de recursos institucionales adscritos administrativa u organizativamente a otros sistemas de cuidado o protección. De entre las definiciones que el diccionario Larousse hace del término articulación escojo: "unión móvil de dos partes o piezas de un instrumento. Acoplamiento cuyo elemento de unión lo constituye un eje que permite un desplazamiento angular de las piezas conectadas". En los equipos e instituciones hallamos articulaciones (Ulloa, 1977) geográficas - un pasillo que articula un lugar con otro-; temporales -el cambio de turno de un servicio que articula el equipo, ya en disposición de irse con el que ingresa, que aún no se ha puesto al tanto de la situación que asume-; de roles -el coordinador que articula el equipo con la dirección; el personal administrativo que articula usuarios y equipo asistencial; el profesional que articula institución y usuarios, etc.- Cuando las articulaciones funcionan mal se transforman en fracturas y su análisis es especialmente importante para el diagnóstico del grupo o institución y para la propuesta de resolución. Las fracturas se expresan con síntomas y tienden a transformar un problema dado, en un conflicto patológico.

1.- Hay dificultades, convertibles en fracturas, que podemos llamar extrínsecas. Son todas aquellas condiciones extrainstitucionales que operan desde afuera creando dificultades en el desarrollo institucional. Para un equipo de salud mental pueden ser las dificultades internas de los equipos o instituciones con los que interaccionan (atención primaria de salud, servicios sociales, etc.) y cuyas dinámicas sobredeterminarán las posibilidades de trabajo. También lo son las características de su propia organización cuya solución va mas allá de sus posibilidades. Conocerlas es importante para no construir en el aire. Yo le llamo el SAQA (Saber A Que Atenerse)

2.- Otras dificultades (intrínsecas) van a depender de las características del propio equipo y de sus miembros.

El desarrollo de la tarea en salud mental como campo interinstitucional, sujeto por ello a relaciones de interdependencia y cooperación, requiere un conjunto de disposiciones personales, grupales e institucionales.

Cuando ello es así se producen situaciones tan interesantes como la siguiente. La expone en una sesión de supervisión un equipo de atención a la infancia en riesgo (EAIA). La Sra. A, de 32 años, tiene dos hijos de su relación con un hombre hace años drogodependiente que vive en Madrid, al parecer curado de su adicción. Ella ha vivido siempre en Barcelona salvo las temporadas que pasó en Madrid, a donde se desplazaba huyendo de la mala relación familiar. Pasó, hasta recientemente, temporadas en la calle. Recientemente fue diagnosticada de esquizofrenia y comparte piso protegido con otra mujer de características similares. Hace un tiempo llevó a sus dos hijos, de 10 y 6 años, a la Dirección General de Atención a la Infancia pidiendo para ellos una familia de acogida y expresando su deseo de que no sean confiados a su madre, la abuela de los niños. Estos están en acogimiento familiar con un pareja en una ciudad a 100 Km. de Barcelona y todos mantienen un muy bien nivel de convivencia. Una vez al mes vienen a Barcelona y pasan el día con la madre y la abuela en casa de ésta cuya presencia es una imposición del EAIA para "garantizar" la seguridad de los niños. Los encuentros madre-abuela generan desequilibrios en aquella y el equipo de salud mental expone al EAIA tal situación y los riesgos de autolesiones graves de la madre si dichos desequilibrios conllevan la pérdida del encuentro con los hijos pero dejan la decisión en manos del equipo de infancia. Estos temen por los niños. Cada equipo tiene que cuidar de su usuario, pero ambos están interesados en compatibilizar los intereses y el bien de ambos. El EAIA ha decidido que la madre pueda estar con sus hijos en su casa el día de la visita reglada y han establecido criterios de relación con el equipo de salud mental para seguir el desarrollo de su propuestas. La decisión ha sido posible por la relación de confianza y complementariedad de los equipos. Ojalá las cosas vayan mas frecuentemente así.

Lo que importa es que seamos capaces de romper las inercias de las instituciones a convertirse en cerradas y totales. Que sepamos que, en el campo de la salud mental y en otros, los avances conseguidos no lo son para siempre; que lo instituido se recompone y que los sistemas organizativos en que nos movemos no son los mas adecuados para el desarrollo de prácticas innovadoras.

Tal vez tengamos que revisar nuestra propia tendencia a instituirnos y consecuente a dicha revisión

volver a re.ilusionar la práctica y volver a los proyectos compartidos ahuyentando así la tendencia a la descomposición de los espacios grupales y la tendencia al aislamiento que pueden verse en nuestros equipos.

(SARACENO) *Se trata de imaginar el servicio de salud mental como un espacio concreto y metafórico que esté caracterizado por ser accesible, flexible, permeable a saberes diferentes, preocupado por generar intercambios, relaciones, oportunidades para sus clientes. Un servicio de salud mental de alta calidad es un sistema de espacios físicos y de recursos humanos capaz de interactuar con el nivel primario de atención de salud, con otros sectores del sistema de salud, con otras agencias sociales y con la comunidad que lo rodea. El servicio tiene que estar constantemente atravesado y habitado por los usuarios y los profesionales de la salud mental. El servicio no puede ser proveedor de una oferta cerrada, o sea, definida de una vez por todas.*

Los usuarios tienen derecho a encontrar quien los escuche, apoyo psicológico, programas de rehabilitación, tratamientos farmacológicos adecuados, oportunidades de socialización, posibilidad de ser hospitalizados por períodos breves en ambientes adecuados.

La comunidad en sí es un recurso, los organismos públicos y privados son recursos, los usuarios y las familias son recursos.

Y ya para acabar, recordar que mientras mas difíciles son las tareas mas requieren de una apuesta personal, una implicación de los miembros que intervienen en ellas y una disposición a los cambios, y esfuerzo para vencer las resistencias que se oponen a los mismos. Y no dejar el esfuerzo en manos de los otros esperando que mágicamente se resuelvan las dificultades.

Nos queda mucho por hacer. Estamos en un momento de cambios asombrosos para los que aún no tenemos respuesta: los efectos sobre sujetos y grupos de la privación del medio afectivo y educativo de los niños, la violencia doméstica y social, la pobreza extrema, el desarraigo de los migrantes, de los desplazados y refugiados, la tendencia contradictoria al aislamiento, la aparición de grupos que caen en la marginalidad por su dificultad para asumir tantos cambios, la pobreza que amenaza a una gran parte de la población mientras otra se enriquece cada vez mas. En otro orden de cosas las nuevas formas de convivencia,

los problemas derivados de la globalización, etc. Todas esas situaciones tienen repercusiones sobre la salud mental de los sujetos y comunidades. Condiciones que a pesar de no ser "enfermedades mentales", incluidas en la clasificación internacional de las mismas, están relacionadas con una cierta pérdida de salud mental, con un sufrimiento psicosocial. Hay que cuidar de no psicologizar y menos psicopatologizar respuestas correspondientes a estados emocionales normales pero también cuidar de no hacer dejación de nuestra responsabilidad de atender a aquellos para quienes se hace mas difícil sobrellevar el "malestar en la cultura" o son mas vulnerables frente a las exigencias de la misma.

Toda práctica profesional tiene dos perspectivas: o reproduce el sistema de relaciones sociales o contribuye a transformarlas. Dicha transformación es una de las exigencias éticas en el campo de la salud mental. Si no lo hacemos no nos quedará mas remedio que conformarnos en una función reparatoria presenciando con mayor o menor dolor como nos está vedado intervenir sobre las causas que sabemos generan el sufrimiento psíquico que pretendemos curar. Yo creo que es uno de los mayores sufrimientos que podemos tener los profesionales comprometidos.

Hay que retomar las prácticas comunitarias y volver a cargar de contenidos y de acciones nuestra apuesta por una salud mental que englobe una asistencia psiquiátrica de calidad pero que no la reduzca a ello; que defienda la interdisciplinariedad, el equipo y la articulación complementaria entre recursos frente a los envites regresivos de los que venimos teniendo evidencias sobradas; que retome la prevención como una apuesta por un futuro como dice el poeta Claudio Rodríguez "tan seguro, tan llano como el que barbechó en enero y sabe que la tierra no falla, y un buen día se va tranquilo a recoger su grano".

Fué Winnicott quien dijo que todo lo que decimos ya lo han hecho los poetas. Quiero acabar con un poema de Martí i Pol. Se llama

EL FAR

No es gaire (nada) probable que el futur faci (haga) excepcions insolites i otorgui als que el viuran (viviran)l'honor de capgirar-ne (cambiar)

les constants que a hores d'ara (actualmente impe-ran)l'anuncien.

Cal preparar-se, doncs (pues), per viure un temps
amb problemes, carencies, injustícies
mes intensos pels menys afavorits,
com ha passat d'ençà (desde) que el mon es mon
i els humans que hi vivim ens n'hem fet amos.

El far es lluny (lejos), en un paratge agrest
d'una bellesa abrupta, colpidora (impresionante).
Resulta molt difícil arribar-hi;
pero compensa de l'esforç poder

contemplar el mar, inmens, acollidor,
i l'horitzó incitant, sempre assequible,
i escoltar el vent i l'aigua que compassen
sense malmetre'l gens (sin estropear nada), el gran
silenci.

Aquest poema es un espai pel somni.

Miquel Martí i Pol. "Llibre de les solituds"

PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA. LA POSICIÓN DE LA AEN

Estimada Sra.:

No es la primera vez en los últimos años que, como Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, me dirijo a los responsables de ese Ministerio, en relación a la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Hace una par de meses en una entrevista que mantuvimos parte de la Junta directiva de la Asociación y yo mismo con la actual Ministra Doña Celia Villalobos, también nos interesamos expresamente por este tema. Es esta ocasión deseo transmitirle, en nombre de nuestros asociados y estando además en la seguridad de que el conjunto de especialistas en Psiquiatría de este país mantienen las mismas opiniones y posturas, lo siguiente:

- Es absolutamente necesario y urgente regular la formación y desarrollo asistencial de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. En este sentido, como venimos manifestando desde hace tiempo, confluyamos plenamente con las iniciativas políticas y sociales dirigidas a tal fin y apoyamos, obviamente, que el Ministerio de Sanidad y consumo, conjuntamente con el de Educación y cultura, contemple esta tarea como objetivo.
- En la disposición adicional del "proyecto de R.D. por el que se establecen las Especialidades Médicas", en clara contradicción con la propia conceptualización de las Áreas de Capacitación Específica (ACE) expresadas en su artículo 1, se contempla el ACE de Psiquiatría Infantil como constituida en el ámbito de las especialidades médicas de Psiquiatría y Pediatría. Al respecto, le manifestamos nuestro absoluto rechazo a dicho planteamiento pues, en base a las razones y argumentos objetivos que a continuación referiremos, la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia es de

pertenencia unívoca al tronco de la especialidad de Psiquiatría.

- En la "realidad asistencial" de nuestro actual Sistema Nacional de Salud la atención a los trastornos psiquiátricos y de salud mental de los niños y adolescentes se viene prestando prácticamente al 100% en los Servicios de Psiquiatría.

De otra parte, el enorme y necesario desarrollo en los últimos años de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental comunitarios se viene acompañando de unidades y programas de atención infanto-juvenil que cubren la asistencia ambulatoria. No podemos ni debemos olvidar que la priorización de lo ambulatorio sobre lo hospitalario en las patologías infantiles, no sólo hoy es

posible técnicamente, sino deontológica y humanamente absolutamente necesaria. Los dispositivos específicos de hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes, y también los de hospitalización parcial – los "hospitales de día"- están desarrollándose más recientemente. Pues bien, la práctica totalidad de estos recursos asistenciales, pertenecientes los más a las administraciones sanitarias autonómicas, algunos con bastantes años de trabajo desarrollado y otros más recientes, pertenecen a las Redes Asistenciales de Psiquiatría y Salud Mental y son lógicamente especialistas en Psiquiatría, los facultativos responsables de la atención médica. A nivel estatal calculamos que no menos de trescientos psiquiatras se dedican, en los servicios sanitarios públicos, a la atención de niños y adolescentes. Los servicios de Pediatría con secciones de Psiquiatría Infantil en nuestro país son excepcionales y en ellos los más, de los muy pocos especialistas, son psiquiatras. De otra parte son exclusivamente de ámbito hospitalario.

ES ABSOLUTAMENTE NECESARIO Y URGENTE REGULAR LA FORMACIÓN Y DESARROLLO ASISTENCIAL DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA ES DE PERTENENCIA UNÍVOCA AL TRONCO DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

- La formación específica de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia se contempla desde el primer programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. En el actual programa se exige como rotación obligatoria durante 4 meses, aunque según una reciente encuesta realizada por la Comisión nacional de la Especialidad en casi el 80% de los servicios acreditados la rotación se alarga a 6 meses; a más el actual programa contempla la opción de ampliar la formación a 12 meses usando los 8 meses de rama/s optativa/s y, aún más, contando con los 4 meses de "rotación libre" y los 4 meses de libre disposición del tutor ...se puede llegar a un total de 20 meses. De echo, muchos de los psiquiatras (infantiles) incorporados en los últimos años a los dispositivos asistenciales específicos se han formado, con estos criterios, en los actuales Servicios de Psiquiatría acreditados. En el programa de formación especializada de Pediatría no se contemplan rotaciones específicas de Psiquiatría Infantil ni en sus Servicios ni en los de Psiquiatría.
- La "Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Unión Europea de Médicos Especialistas" (U.E.M.S) en informe a la comisión Europea, contempla esta disciplina como propia del tronco de la Psiquiatría.
- El resto de asociaciones profesionales de nuestro país, las de ámbito general (la S.E.P. presente, junto a nuestra Asociación, la comisión nacional de la Especialidad de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría biológica, la sociedad de Psiquiatría Legal) y las de ámbito específico (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes, Sociedad Española de Psiquiatría infanto-juvenil) participan absolutamente de nuestra postura.
- Entendemos y vemos necesario y positivo que la Pediatría, como en su momento hicieron con las especialidades la Medicina (Interna) y la Cirugía

**¿ACASO, LOS CIRUJANOS
INFANTILES SON PEDIATRAS
"EXPERTIZADOS A POSTERIORI"
EN CIRUJÍA O LOS
TRAUMATÓLOGOS
QUE ATIENDEN (Y OPERAN)
NIÑOS SON TAMBIÉN
PEDIATRAS?**

(General), propicie el desarrollo, ahora como ACE, de sus subespecialidades. Bien diferente es que pretendan y fuercen contra natura un híbrido entre dos troncales (la Psiquiatría y la Pediatría) ¿acaso, por hablar de otras dos troncales, los cirujanos infantiles – y esto si que es una especialidad – son pediatras "expertizados a posteriori" en Cirugía? ¿o los traumatólogos que atienden (y

operan) niños son también pediatras? No; solo cirujanos y traumatólogos especializados en los menores. No creemos que quepa consideración diferente alguna con el tronco de la Medicina que se dedica al aparato psíquico.

- Por ultimo, en lo referente al reconocimiento de la capacitación específica en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de los profesionales que vengán desarrollando esta actividad específica, estaríamos de acuerdo con lo planteado, hasta ahora, por la Comisión nacional de la Especialidad de Psiquiatría; aplicando con rigor los parámetros que se consideren oportunos tanto a los psiquiatras como a los (pocos) pediatras que vengán ejerciendo como psiquiatras infantiles tendrían igual acceso y oportunidad a la nueva titulación.

Rectificar en base a sólidos argumentos no es difícil. Iterar en planteamientos no razonables, siempre conduce a la crispación o a la defensiva e inoperante inacción.

En la confianza de que rectifiquen, reciba un atento saludo.

Madrid, 14 de mayo de 2001

Fdo.:

Dr. Mariano Hernández Monsalve

Presidente de la A.E.N.

Dr. José Fco. Montilla

*Secretario de la Comisión Nacional
de la Especialidad de Psiquiatría*

1.- Temas de Asociados

Hemos regularizado la colaboración de la **secretaría** a fin de contar con un soporte para la puesta en marcha de diversas actividades que actualmente se están llevando a cabo: Boletín, comisión de docencia y formación continuada, grupo de exclusión social, reuniones de la junta, comisión prosalud mental de Madrid, además de los contactos institucionales. No contamos con ninguna infraestructura propia (locales, ordenadores, etc.), funcionando de hecho con la sede de la AEN como domicilio de correo y con los ordenadores y direcciones de e-mail personales . Desde hace unos dos meses todos los miembros de la Junta, así como la secretaria contamos con e-mail y esto está facilitando mucho las comunicaciones internas.

A comienzos de año, y dados los compromisos económicos que habíamos contraído (Becas, Boletín, secretaría, y organización de jornadas y actos, fundamentalmente), y el retraso en la recepción de las cuotas, nos encontramos en una **situación económica** difícil. Una vez realizado un reajuste presupuestario, parece que estos problemas han desaparecido. Se mantienen las actividades previstas, pero

La página WEB de la asociación estará disponible a partir de mes de Abril. La elaboración de la misma la ha realizado un grupo de usuarios del CRL Nueva Vida, y creo que les ha quedado muy bien; ellos son también los que se ocuparán del mantenimiento. Pretendemos que sea un elemento central en la vida de la asociación, tanto para transmitir información, como para recibir las aportaciones de los socios. Sería importante que os suscribierais para recibir periódicamente la información. Aunque se puede pinchar desde la página de la AEN la dirección es: **sie.es/amsm**

2.- Temas de Formación

La Comisión de Docencia y Formación Continua se ha reunido este año en dos ocasiones. Está coordinada por Antonio Escudero y hasta el momento ha tratado sobre diversos temas: puesta en marcha de la **Escuela de Salud Mental de la AEN. Asociación Madrileña de Salud Mental**, programación de cursos y participación en la Comisión de Formación Continua de la s



Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid que se ha puesto en marcha recientemente.

En cuanto a la programación de cursos están en marcha (en fase de propuesta todos menos el primero):

- Formación en Factores comunes en psicoterapia, coordinado por Alberto Fernandez Liria y Beatriz Rodríguez Vega, que tendrá lugar los días 5 y 6 de Junio de 2001, en los días previos a las Jornadas anuales.

- Rehabilitación Psicosocial coordinado por Miguel Donas y Teo Sobrino

- Investigación cualitativa en Salud Mental Comunitaria coordinado por Violeta Suarez

- Actualidad del psicodiagnóstico en la clínica, coordinado por Pedro Perez

Se ha discutido en varias ocasiones temas del funcionamiento interno de la Escuela de Salud Mental de la AEN. Asociación Madrileña de Salud Mental, y estamos a la espera de la definición que se haga desde la AEN. Necesidad de logo, registro del nombre, una mínima estructura de cara a la acreditación...

En cuanto a la participación en la participación en la **Comisión de Formación Continuada de la s Profesionales Sanitarias de la Comunidad de Madrid** que se ha puesto en marcha recientemente. Hemos acudido a las reuniones de presentación convocadas desde la comunidad y también nos hemos reunido con las distintas sociedades científicas para elegir un representante (de SMMFyC) y consensuar nuestra posición en la misma.

3.- Temas institucionales

La Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica, rebautizada **Comisión Prosalud Mental de Madrid**, de la que formamos parte además de la AMSM, la AMRP, AESM y FEMASAM; seguimos reuniéndonos con regularidad y entre otras hemos solicitado una entrevista con el Presidente de la CM.

El grupo de Salud Mental Exclusión Social ha elaborado **una propuesta de acción coordinada de intervención en personas sin hogar con trastornos mentales**, cuyo resumen aparecerá en el próximo Boletín, y que estamos presentando a las distintas autoridades: Director general de sanidad, director general de servicios sociales y jefa del departamento de salud mental de la Comunidad de Madrid, director de servicios sociales del Ayto. de

Madrid y director territorial del Insalud. La acogida en principio es favorable y se han puesto en contacto con nosotros desde el equipo que está elaborando el Plan Regional de Lucha contra la Exclusión a nivel de salud, para poder incorporar nuestra propuesta al mismo. Este documento estará disponible en la página Web de la AMSM y de la AEN.

Con motivo de los baremos para las plazas de la comunidad y con las bolsas de empleo nos hemos reunido con los responsables de CCOO de sanidad de la CM.

Se han hecho gestiones y enviado cartas de apoyo (además de apoyar acciones judiciales individuales) en relación a la retirada del complemento de exclusividad a los compañeros de nueva incorporación. Difundiremos en el boletín la situación actual sobre el tema.

Salió el número del **Boletín de Invierno**, cuyo índice está disponible en la Web de la AMSM.

4.- Temas Congresuales

Estamos preparando un **Debate** sobre la repercusión de las Transferencias sanitarias en la salud mental en Madrid, pero nos está costando que el Consejero nos dé una fecha y probablemente tengamos que retrasarlo hasta Octubre.

Este año la organización de las **Jornadas** se está haciendo conjuntamente con la AEN. Se ha elaborado y enviado el preprograma y estamos realizando gestiones para lograr financiación. Además de la colaboración de la industria se solicitará subvención a la Comunidad de Madrid.

5.- Temas varios de interés

Estamos colaborando en la organización de diversos actos del **Día Mundial de la Salud** de la OMS, que este año es sobre Salud Mental, en Madrid.



PROMOVIDOS DESDE LA OMS, AEN, AMRP, FPSM y FEMASAM

Página web: www.diamundialsaludmental.endirecto.org

Rueda de prensa. *Jueves 5 de Abril a las 12 h*

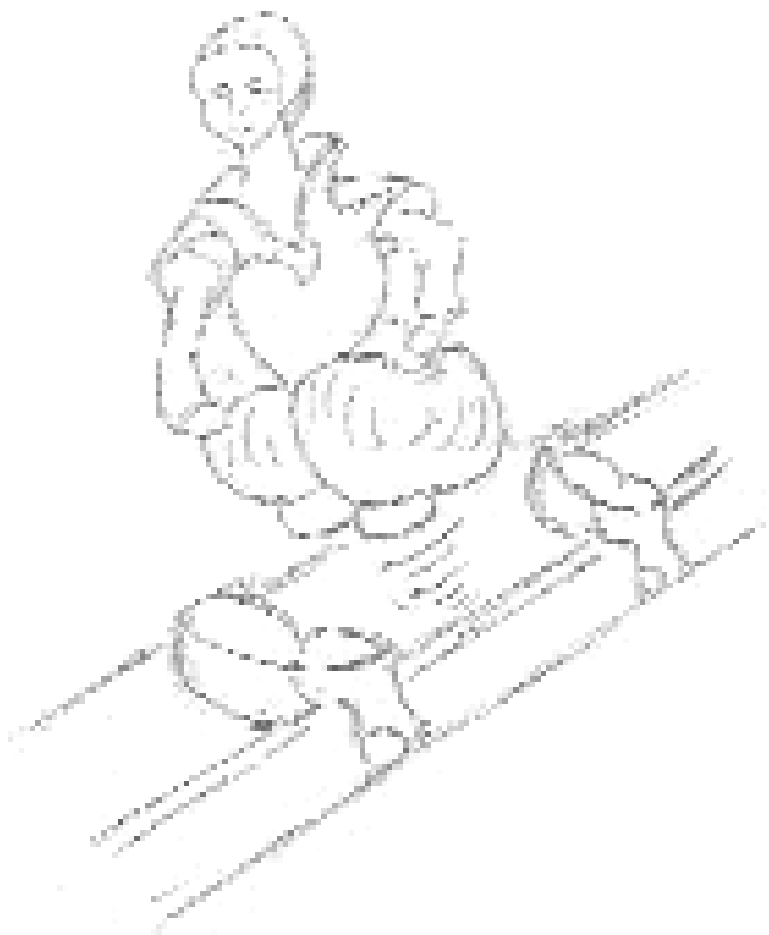
Música por la Salud Mental. SALA CLAMORES. *Jueves 5 de Abril a las 21,30*

ORGANIZADOS POR LA COMISIÓN PROSALUD MENTAL DE MADRID (FEMASAM, AMRP, AESM, AMSM)

Entrevista con el Presidente de la Comunidad de Madrid, D. Alberto Ruiz Gallardón.

Viernes de Abril (solicitada)

Concentración en la Puerta del Sol para reclamar una mejor atención a las personas con enfermedad mental en nuestra comunidad. *Viernes 6 de Abril 12 h.*



XII JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AEN): "DE LA PSICOPATOLOGÍA A LA CLÍNICA"

Jueves día 7 de junio

Mañana

- 9.00. Entrega de documentación
- 9.30. **1ª Mesa:** *"Vigencia de la psicopatología"*
- 11.30. Descanso. Café.
- 12.00. Acto Inaugural
- 13.00. Conferencia inaugural
- 14.00. Fin de sesión matinal

Tarde

- 16.30. **2ª Mesa:** *"Psiquiatría basada en la evidencia versus psiquiatría basada en narrativas"*
- 19.00. Asamblea de la asociación madrileña de salud mental (AEN)
- 20.30. Fin de las XII Jornadas de la asociación madrileña de Salud Mental



Curso prejornadas organizado por la escuela madrileña de salud mental de la AEN

Formación de formadores en habilidades de entrevista y utilización de factores comunes de psicoterapia

Docentes:

Alberto Fernández
Beatriz Rodríguez Vega

Duración: 5 y 6 de junio

Lugar: F. Medina UAM

Matrícula: 15.000 pts

Dirigido a: Tutores MIR y PIR y profesionales con responsabilidad en la formación de residentes

XVII REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA: "LA REFORMA PSIQUIÁTRICA HOY: REALIDADES Y DESAFÍOS"

Viernes día 8 de junio

28028 madrid
Tlf.: 91 361 33 63
Fax: 91 361 35 74

Mañana

9.30. **1ª Mesa:** *"La realidad de la reforma psiquiátrica hoy: puntos débiles y puntos fuertes"*

12.00. Descanso. Café

12.30. Comunicaciones libres

Tarde

16.30. **2ª Mesa:** *"Desafíos en lo técnico"*

19.00. Asamblea de la asociación española de neuropsiquiatría (profesionales de salud mental) (AEN)

21.30. Cena

Cuotas de inscripción:

Socios: 12.000 Pesetas

No socios: 25.000 Pesetas

Profesionales en formación socios: 6.000 Pesetas

Profesionales en formación no socios: 12.000 Pesetas

Forma de pago:

Comité científico y organizador:

Marifé Bravo, Pedro Cuadrado, Belén Díaz Mújica, Beatriz García, Pilar González, Fernando Mansilla, Fernando Márquez, Ivan de la mata, Alberto Ortiz, Blanca Penasa, Enrique Pérez, Pilar Ranero, Carlos Rejón

Sabado día 9 de junio

Mañana

9.30. **3ª Mesa:** *"Desafíos en lo social"*

12.00. Descanso. Café

12.30 Conferencia de clausura

12.30 Acto de clausura

Lugar:

Salón de actos del hospital de la Princesa

Días:

7, 8 y 9 de junio del 2001

Secretaría:

SSM Chamartín

C/ Marqués de Ahumada 11



EN MEMORIA DE ALFONSO CALUF

Como trabajadora social de la Salud Mental a lo largo de diferentes épocas, modas y realidades históricas, hay momentos críticos que invitan a reflexionar y a tratar de transmitir a otros, colegas de profesión o de ocupación, que merece la pena pararse y mirar hacia atrás, este es uno de esos momentos, con la desaparición de la vida, no psiquiátrica, de la que ya había desaparecido hace algún tiempo, de Alfonso Calvé, y aunque no es habitual para mí esta forma de expresión escrita quería de algún modo reconocer su aportación a nuestra historia psiquiátrica y nuestra realidad de la Salud mental en Madrid.

Mi recuerdo y agradecimiento no tiene que ver con la política sanitaria, ni los sistemas de funcionamiento de trabajo en la Comunidad de Madrid, sino a un recuerdo más sencillo desde lo personal como trabajadora social que tuvo el privilegio de participar en la construcción y desarrollo del nuevo modo de trabajar en la Asistencia Psiquiátrica de nuestra Comunidad de Madrid desde sus comienzos en el año 1982 y cuyo embrión fue el INSAM y su promotor o fundador Alfonso Calvé.

Mi relación con Alfonso Calvé fue anterior al INSAM, cuando era residente de psiquiatría en el Hospital Clínico en la Cátedra del Profesor López Ibor, y desde mi perspectiva de joven siempre me pareció más atrevido, rápido y ocurrente que muchos de sus compañeros y en cierta manera más rebelde que la mayoría de alumnos de la Escuela de Psiquiatría, en general con una actitud de alumnos más dócil.

Los que pertenecíamos al Servicio de Psiquiatría en ese momento, casi todos recordamos una anécdota de Calvé muy peculiar de una intervención en una sesión clínica con el Profesor López Ibor que creo que afectó en su relación posterior con él.

Mi experiencia profesional en los comienzos del INSAM, fue a través del Servicio de Intervención en Crisis, una experiencia piloto puesta en marcha por iniciativa de Calvé, que en lo personal supuso una manera de rescatarme de un trabajo rutinario (y en cierta manera secundario en la planta 8ª del Hospital Clínico,) y en lo profesional un reto de poner en marcha un servicio con un mini equipo de un psiquiatra y un trabajador social con la misma consi-

deración profesional el aspecto médico psiquiátrico que el social y con igual capacidad de decisión en ambos profesionales a la hora de decidir sobre la orientación a un paciente.

Este servicio de Intervención en crisis que estuvo en funcionamiento dos años, con actuaciones a domicilio de pacientes de toda la Comunidad de Madrid y que tenía problemas de continuidad terapéutica ya que el funcionamiento en todo el ámbito geográfico de Madrid era excesivo para el seguimiento de los casos y se notaba la falta de estructuras sociales y psiquiátricas donde poder derivar los problemas y que dieran continuidad a los tratamientos ambulatorios; pero es evidente que este servicio supuso el primer eslabón de un trabajo en la Comunidad y del cambio de la filosofía asistencial al enfermo mental al que se empieza a evaluar en su domicilio con una función terapéutica y no de control social como históricamente se había hecho hasta este momento.

El trabajo social en el Servicio de Intervención en Crisis hace realidad la dimensión social de la evaluación del medio, la familia, el barrio y una constatación a la psiquiatría que esta dimensión social del paciente tiene mucho que ver en el desarrollo o la presentación de los síntomas de la enfermedad, valorando la intervención del trabajador social en el análisis de situación no solo del recurso posterior a la situación de conflicto.

Por tanto es desde los comienzos del INSAM cuando empieza a plantear una asistencia psiquiátrica con un modelo psico-social real, y de hecho desde sus orígenes el Departamento de Planificación del INSAM cuenta con Trabajadores Sociales, con la misión de diseñar la asistencia psiquiátrica lo que supuso un reconocimiento importante para el Trabajo Social y una aportación de la dimensión de lo social a la Salud Mental de Madrid.

Esta reflexión también me lleva a pensar todos los años posteriores a los primeros impulsos de la Reforma y a preguntarme ¿dónde hemos dejado el trabajo Social en los movimientos posteriores docentes, o de investigación? y ¿dónde estamos? Los trabajadores sociales como colectivo cuando sabemos que a nivel profesional individual, en los equipos somos personas en general comprometidas

con nuevos proyectos, versátiles en el trabajo cotidiano y hasta podríamos decir que hacemos en múltiples ocasiones de comodín para acomodar nuestro trabajo al pensamiento o la tendencia de la dinámica del equipo o del coordinador.

He querido transmitir estas reflexiones a la AEN, porque coincide este momento personal con mi reincorporación a la Asociación en la que en algún momento de la historia participé con otros compañeros y después perdí el sentido colectivo de la participación del Trabajo Social. Recientemente ante el nuevo proyecto de la AEN de constituir la Escuela de Salud Mental, algunos compañeros nos dimos cuenta de nuestra ausencia, y si de alguna manera que-

remos recuperar la importancia de lo comunitario en el trabajo psiquiátrico, es imprescindible contar con la dimensión del trabajo social no solo como promotor de nuevos recursos sociales sino como un proceso de desarrollo individual del sujeto del grupo o de la colectividad, de nuestros enfermos mentales.

Quiero terminar de nuevo con mi reflexión dando las gracias a Alfonso Calve por ser atrevido en sus planteamientos de trabajo, por apostar tanto por la Salud Mental y por situar en un lugar diferente al Trabajo Social psiquiátrico.

Cristina Alonso

Trabajadora Social de Hortaleza

GRUPO DE TRABAJO: COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES LEGALES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL. SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Este grupo se puso en marcha en septiembre de 2000, con el objetivo de recoger datos cualitativos y cuantitativos en torno al desarrollo de las actividades asistenciales. Del análisis de los datos pretendemos extraer una reflexión sobre asuntos importantes de la práctica diaria, como el diagnóstico clínico, la psicoterapia, responsabilidad sobre los pacientes, gestión de bajas y altas, emisión de informes etc.

En una segunda etapa nos planteamos revisar la legislación y normativa institucional vigente que nos ilustre sobre el grado de competencia y responsabilidad legal de los facultativos en las tareas que desarrollan.

El grupo está formado coordinado por Luz Ibáñez, a quien os podeis dirigir si estais interesados.

M. Luz Ibáñez



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD. 7 DE ABRIL DE 2001 SALUD MENTAL

Actos en los que participa la AMSM

Promovidos desde la OMS, AEN, AMRP, FPSM y FEMASAM

Página web: www.diamundialsaludmental.endirecto.org

Rueda de prensa. Jueves 5 de Abril a las 12 h
Música por la Salud Mental. SALA CLAMORES.
Jueves 5 de Abril a las 21,30

Organización por la comisión prosalud de Madrid (FEMASAM, AMRP, AESM, AMSM)

Entrevista con el Presidente de la Comunidad de Madrid, D. Alberto Ruiz Gallardón. Miércoles 4 de Abril (solicitada)

Concentración en la Puerta del Sol para reclamar una mejor atención a las personas con enfermedad mental en nuestra comunidad. Viernes 6 de Abril 12 h.



INTERNET MENTAL HEALTH. UN ESPACIO DE ORIGEN CANADIENSE CON PROYECCIÓN MUNDIAL.

<http://www.mentalhealth.com/p.html>

Parte de una premisa, que sintetiza su filosofía: “el conocimiento debe ser compartido”, y se define como una enciclopedia libre de información de salud mental.

Surgida de un encuentro entre psiquiatras canadienses y japoneses, donde constataron las profundas diferencias entre los sistemas de ambos países, se decidió crear este lugar con el objetivo de compartir libremente informaciones desde cualquier parte del mundo. Por ello quizás, existe la posibilidad al final de la página principal de traducir la mayoría de los contenidos a distintos idiomas, incluido el castellano, a través de la ingeniería de altavista. No obstante, el ideal encuentra parte de su limitación, en el hecho de que todos los vínculos pertenecen a espacios publicados en inglés.

Su calidad esta avalada por numerosos premios, como el espacio WEB de la conocida Encyclopædia Britannica.

Hay algo nuevo en esta página, que sin embargo lleva ya una larga trayectoria en la “red”: desde 1998 rechaza cualquier patrocinio farmacéutico. Al final de la misma existe un botón con el nombre de “no corporate sponsors” donde se accede a la explicación razonada de Phillip W. Long, editor del

espacio WEB. Destamos ésto pues es indicativo de la filosofía del espacio y permite enlazar con aspectos, ya abordamos en el número anterior donde analizamos una página que sí contaba con la esponsorización de una de las industrias psicofarmacéuticas más potentes.

La distribución de los contenidos sigue una estructuración por apartados, que podríamos decir, que es la habitual en estos espacios generales sobre salud mental: tratamientos e indicaciones, diagnósticos, aspectos de cada uno de los trastornos mentales, investigación o los habituales vínculos. Todos los apartados tienen una buena documentación.

La sección de vínculos es uno de los elementos imprescindibles de cualquier espacio WEB, dado que es el principal impulso para la “navegación”. Podemos decir que el apartado de vínculos en Internet Mental Health es uno de los más importantes que podemos encontrar. Hasta el punto que lo podríamos considerar casi una especie de buscador; no lo llega a hacer pues está limitado a sus vínculos, pero son éstos tan extensos con una organización muy eficaz, que nos merece la pena marcarlo dentro de la carpeta de “favoritos”.

A. Escudero

[HTTP://WWW.MENTALHEALTH.COM
/P.HTML](http://www.mentalhealth.com/p.html)

PÁGINA WEB DE LA AMSM

Ya está disponible la página Web de la asociación. La elaboración de la misma la ha realizado el Grupo Web del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" (Ventas) de Madrid y creemos que les ha quedado muy bien. También son ellos, miembros del Taller Múltiple en proceso de rehabilitación laboral, los que se encargarán del mantenimiento. Pretendemos que llegue a ser un elemento central en la vida de la asociación,

tanto para transmitir información relevante como para recibir las aportaciones de los socios, a través del correo electrónico. Es posible subscribirse de forma gratuita para recibir información sobre sucesivas actualizaciones de la página. La dirección es: sie.es/amsm. También puede accederse desde la página de la AEN. Esperamos vuestra visita.

**LA DIRECCIÓN ES:
SIE.ES/AMSM.
TAMBIÉN PUEDE ACCEDERSE
DESDE LA PÁGINA
DE LA AEN**

Carmen Carrascosa

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

El importe de la cuota anual es de: 11.000 pts.

Profesionales en formación: 5.500 pts.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma:

Enviar solicitud a: AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. C/ Villanueva, 11, 3º pta. 28001 Madrid

