

EDITORIAL
PÁG. 2

PANÓPTICO
PÁG. 3

COLABORACIONES
PÁG. 10

**Enrolamiento clínico,
desenrolamiento social**
Eva Muñiz

**Rehabilitación psicosocial
de nuevas poblaciones
con necesidades especiales**
Francisco del Olmo

**La hospitalización prolongada
como parte de la red integrada.
Perfiles, necesidades y garantías
de futuro**
Agustina Crespo Valencia

**Alcance de los programas
de continuidad de cuidados
en la Comunidad de Madrid**
María Alonso, *et al.*

**El modelo de atención
en rehabilitación psicosocial
en la Comunidad de Madrid**
José M Cañamares

CARTAS A LA AMSM
PÁG. 49

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

o t o ñ o

**BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL**

**JUNTA DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL
AMSM**

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTES

Iván de la Mata Ruiz
Laura Hernangómez Criado

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERA

Ana Hospital Moreno

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alberto Ortiz Lobo

VOCALES

Luis Javier Sanz Rodríguez
Raquel Morales Andueza

BOLETÍN

Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz

EDITORIAL

La continuidad de cuidados es el punto de encuentro entre los distintos profesionales que atendemos a las personas con trastornos mentales severos. Trabajemos en un tipo de recurso u otro, para una u otra Consejería, en una u otra empresa, cada uno participamos proporcionando unos cuidados complementarios, a veces sucesivos, a veces simultáneos, que nos obligan a coordinarnos para conseguir que haya continuidad entre nuestras intervenciones. Que los distintos cuidados, intervenciones, tratamientos, que la persona con trastorno mental va a recibir respondan a un plan de cuidados común requiere un esfuerzo enorme por parte de todos los implicados, así como unos programas estructurados y dotados de los recursos adecuados.

La continuidad de cuidados es el tema en torno al que la Asociación Madrileña de Salud Mental y la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial han unido sus esfuerzos para celebrar este año sus XVI y VI Jornadas respectivamente bajo el lema “La Rehabilitación Psicosocial en la Continuidad de Cuidados”.

Estas jornadas se celebran en un momento crucial para la reflexión en torno a cuál es el estado de la continuidad de cuidados en Madrid. Al Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 (Consejería de Sanidad) le queda poco más de un año para tratar de alcanzar sus objetivos, entre los que se planteaba la potenciación de los Programas de Continuidad de Cuidados y durante las jornadas tendremos la oportunidad de reflexionar acerca de qué se ha hecho hasta el momento. Además el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) llega este año a su fin y se abre un periodo de evaluación de sus resultados y de reflexión en torno a las necesidades de las personas con trastorno mental grave y el modo en el que en el futuro estas deben abordarse.

Las colaboraciones que se recogen en este boletín son algunos ejemplos de los trabajos que se presentarán en dichas jornadas, y un ejemplo de las preocupaciones de los profesionales de Madrid en torno al estado de la continuidad de cuidados. Algunas de las reflexiones que nos ocupan están más relacionadas con cuestiones más clínicas o técnicas: por ejemplo, acerca de cómo algunas de nuestras intervenciones más habituales pueden producir “enrolamiento clínico, desenrolamiento social” o acerca de cómo abordar la rehabilitación de nuevas poblaciones con necesidades especiales (personas con trastornos graves de personalidad, personas con trastorno mental grave y abuso o dependencia de sustancias, y personas con retraso mental y trastornos mentales graves). Otras reflexiones están más relacionadas con una preocupación por los recursos de que disponemos. Por ejemplo, qué modelos o modelos de atención existen en Madrid y si el crecimiento de dispositivos específicos en los últimos años potencia o estrangula dicho modelo; otros ejemplos son la reflexión en torno a cuáles son las necesidades de hospitalización prolongada, o el análisis de los recursos específicos que se han desarrollado para potenciar los Programas de Continuidad de Cuidados.

María Alonso Suárez

PANÓPTICO

Tensiones en la red

1. LOS PELIGROS DE LA CONCERTACIÓN. LA ATENCIÓN EN EL CENTRO DE MENORES “LA JAROSA”

En Mayo de este año, recibimos una carta de un educador que había trabajado una temporada en el Centro de Menores “La Jarosa”. En ella se exponían las condiciones de tratamiento y denunciaba una serie de hechos que, de ser ciertos, suponían una dejación grave de sus funciones. La Jarosa es un centro concertado que pertenece a la Fundación internacional O’Belen que tiene concertados otros centros como el Centro Terapéutico “Casa Joven” de Azuqueca de Henares, del que hay también cartas de usuarios y de profesionales señalando maneras de funcionamiento como los denunciados en la Jarosa. Indagamos acerca de los mismos y entendimos que había base suficiente para poner en conocimiento de los responsables de la supervisión del funcionamiento del Centro el Instituto del Menor y la Familia (IMEFE), de la Fiscalía del Menor y del Defensor del Menor. A todos ellos les remitimos la siguiente Carta:

Estimado Señor:

Quiero comunicarle que ha llegado a nuestra asociación información muy preocupante respecto al funcionamiento del Centro de Menores “La Jarosa”, ubicado en C/ Pinos Bajos 88 y dependiente del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), que de ser cierta supone una vulneración de los derechos de los menores allí internados y una dejación grave de su función de guarda y cuidado de los mismos. Los hechos denunciados quedan resumidos en:

- Se mantiene a menores de edad en celdas de aislamiento, medicados contra su voluntad y sin supervisión facultativa durante periodos de hasta 48 horas, puede que en ocasiones superiores. Siempre según informe de educadores del centro, estas celdas de aislamiento no constan de cristales, siendo éstos sustituidos por mantas de lana, y los objetivos de la medida se distorsionan hasta cumplir un objetivo contrario al original. En caso de emplearse, los cuartos de separación del grupo deberían constituir una medida excepcional ante conductas agresivas de carácter grave y con un tiempo limitado claro. El uso amenazante, indiscriminado, por tiempo excesivo y/o indeterminado de esta medida la desviste totalmente de su carácter contenedor y protector del menor, promoviendo lo contrario: el daño físico y/o psicológico.
- Los menores que permanecen en el centro no tienen acceso a ningún espacio al aire libre (sea el patio o la calle) durante periodos que pueden ir desde 24 horas a varias semanas. Esta medida se emplea para evitar posibles fugas, que podrían ser evitadas con medidas alternativas como suficiente dotación de personal.
- La sobreutilización de estrategias punitivas hace que se llegue a situaciones absolutamente ineficaces, además de dudosamente éticas, como la prohibición indefinida de elementos de ocio, actividades deportivas o lúdicas (jugar, cantar, bailar), uso de violencia verbal y empleo de castigos vejatorios (p.e.: hacer flexiones desnudos). Ello favorece la percepción de los castigos por parte de los menores como aleatorios, injustos y emocionales, elevando la tensión entre menores y personal del centro y dando lugar a una dinámica interpersonal absolutamente iatrogénica. Además, la prohibición de actividad física puede contribuir a aumentar aun más los niveles de ansiedad de los menores. Ha sido repetidamente demostrado desde hace décadas que el uso del castigo produce efectos indeseados cuando constituye la única estrategia educativa. Los educadores de los centros deberían contar con un suficiente apoyo y supervisión para poder realizar adecuadamente la aplicación de estrategias educativas terapéuticas.
- El personal de seguridad no tiene formación suficiente para reducir a los menores sin dolor, y de hecho son frecuentes las agresiones.
- Los menores no están escolarizados, o acuden de forma muy irregular a centros educativos. Los pocos talleres que se programan no son impartidos por personal capacitado para ello.
- Los menores no tienen ningún espacio de intimidad, pues los cuartos donde duermen o no tienen puerta o ésta está rota. Tampoco pueden hablar entre ellos sin la presencia de un educador.
- Está prohibido abrir las ventanas impidiendo unas mínimas condiciones higiénicas de ventilación.

- El personal del centro sufre una elevadísima inestabilidad. Debido a las lamentables condiciones del centro y el insuficiente apoyo prestado a los educadores, hay gran número de bajas psicológicas y ninguno de los educadores en activo lleva más de 6 meses en la institución, pues los altos niveles de estrés les llevan a solicitar la baja voluntaria pasado un breve periodo de tiempo. Esto priva a los menores de adultos de referencia.
- Las condiciones físicas del centro con puertas rotas, ventanas que no se pueden abrir, mobiliario y decoración inapropiada para la edad de sus ocupantes no contribuye a crear el clima apropiado para la función para la que estos centros están destinados.

Los hechos denunciados se refieren al mes de Marzo de este año y hemos tenido conocimiento de ellos recientemente. Desconocemos cuales son las condiciones de funcionamiento del centro en la actualidad pero queremos trasladarle nuestra preocupación por estos hechos y SOLICITAMOS que se abra una investigación, si no se ha hecho ya, que permita aclarar los mismos y tomar las medidas necesarias para corregirlos, así como plantearse si este tipo de dispositivos, con las características actuales, son los adecuados para el manejo de los menores.

A mediados de Julio se pusieron en contacto con nosotros desde el Defensor del Menor informándonos que se había abierto un expediente de control al Centro y que habían echo una visita y mantenido una entrevista con el nuevo director. Su impresión era que las cosas que se habían relatado habían ocurrido y que iban a hacer un seguimiento estrecho del funcionamiento del centro y emitirían un informe que nos harían llegar. Mientras que, por parte de la responsable de centros del IMEFE, con fecha 16 de Julio, se nos contestó con la siguiente carta:

Estimado señor:

Recibido su escrito el 10/07/07, referente al Centro de Menores “La Jarosa” dependiente del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), le informamos de lo siguiente:

Este Centro, al igual que todos los Centros de la Red de Protección, está supervisado por técnicos de esta institución, además de estar dotado de personal cualificado para el proyecto que se desarrolla: director, psiquiatra, psicólogo, educadores..., en el ratio estipulado en el contrato de gestión que se adjudicó en su día a la entidad contratada.

No obstante, le comunicamos que este Centro está cerrado actualmente debido a problemas de infraestructura.

Le agradecemos a usted en nombre de su institución la preocupación de nuestros menores, aspecto objeto de nuestro trabajo.

2. LOS GERENTES INDEPENDIENTES Y SUS IDEAS: EL EJEMPLO DE LEGANÉS

El Instituto Psiquiátrico José Germain-Servicios de Salud Mental de Leganés (IPJG) es un caso paradigmático de un mal muy extendido en sanidad pública: el recambio continuo de gerentes sin atender a criterios técnicos. La rotación de gerentes en los últimos ha alcanzado en el IPJG cotas insospechadas, estando siempre esta plaza invitada en todos los bailes gerenciales. De estos gerentes rotantes existen dos tipologías. Unos caracterizados por asumir su situación transitoria y que pasan sin pena ni gloria y otros que sin ninguna prudencia deciden introducir cambios que casi siempre tienen como diana la integración de las estructuras asistenciales y como efectos colaterales reavivar todos los conflictos que inevitablemente existen en todos los servicios sanitarios. Conflictos que pasan a amplificarse, con dinámicas paranoicas cíclicas de conmigo o contra mí. Se generan fracturas que luego tardan en cerrarse cuando el gerente de turno se ha marchado. Por eso la llegada del último gerente al IPJG en Mayo de 2006, que pertenece a la segunda tipología de los gerentes con ideas, tiene algo de *deja vu*. No es malo tener ideas, no es malo que exista una figura de gerente independiente de la Dirección Médica (que entre gerente y gerente se ha hecho cargo en los últimos años de ambas cuestiones). Lo malo son las malas ideas tomadas desde el desconocimiento, la precipitación y el ninguneo a los cargos técnicos de responsabilidad del IPJG, no solo a la Dirección Médica.

El Instituto afronta el reto de las reformas necesarias que permitan su integración en la Gerencia de atención Especializada ubicada en el Hospital Severo Ochoa, una integración que se venía dando a nivel funcional y que debería culminar con la desaparición de la Gerencia del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Las ideas del nuevo Gerente son otras: se trata de potenciar las estructuras e independencia del Instituto en detrimento de la integración y del funcionamiento de Área, asumir papeles y funciones que estaban ubicadas

en estructuras de Área y plantearse objetivos al margen de estas estructuras. Es decir su intención es perpetuar unas estructuras de gestión llamadas a su reestructuración desde el momento en que la Consejería y el Plan de Salud Mental defienden la integración en la Atención especializada. Este cambio de sentido, en dirección opuesta, se lleva a cabo en un área sanitaria donde los servicios de salud mental han alcanzado un alto nivel de integración. Así al poco tiempo de su llegada tomó la decisión de desvincular completamente las unidades de hospitalización breve, hasta ahora, en gestión compartida entre las tres gerencias del Área (Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada y el propio Instituto) creando una situación de inseguridad en los equipos de profesionales que, pertenecientes a la plantilla del Instituto, trabajan en los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada y amenazando el funcionamiento de la red.

Los objetivos de la nueva gerencia no son fáciles de entender desde un punto de vista técnico y quizás tengan más una lectura personal o política. Su gestión se ha venido caracterizando por la falta de respeto a la organización previa del Instituto y su organigrama, sin contar con la opinión de jefes de dispositivos y dirección médica en el asesoramiento técnico, con continuas incursiones, pretextando cuestiones sobre la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes o la falta de reglamentación de las estructuras de funcionamiento existentes. Todo ello desde el desconocimiento de lo que significa una red de servicios de salud mental cambiando unas dinámicas de poder por otras sin un proyecto asistencial claro y con vocación de futuro. El intento de control de la comisiones técnicas de Área, la creación de la Junta Técnico-asistencial del Instituto (de apariencia democratizadora), la destitución no justificada de la Coordinadora de Calidad, interrumpiendo el proceso de instauración de métodos de gestión de calidad iniciado desde 2004 en el Instituto, las amenazas más o menos veladas de expedientes por el funcionamiento de las guardias son ejemplos del estilo de funcionamiento puesto en marcha. Todo ello ha terminado creando un cisma entre los profesionales y dispositivos con una perspectiva incierta, de no cambiar la situación, en el proyecto asistencial de los Servicios de Salud Mental del Área 9. Un Área donde existe un hastío por el continuo cambio de gerentes y por las guerras de poder.

El último episodio ha sido la convocatoria, en Mayo de este año, de una plaza de jefe de sección por parte de la Gerencia del Hospital Severo Ochoa, en la que se concitan todos los elementos presentes en decisiones anteriores. Se trata de una plaza asistencial que la Oficina Regional de Salud Mental destinaba a los Servicios de Salud Mental de Leganés. El perfil para presentarse a esta plaza era tan restrictivo, ser psiquiatra y estatutario fijo, que la mayoría de los responsables de los dispositivos y programas del Área 9 y sobre todo del resto de la Comunidad no se podían presentar a la misma. La convocatoria fue impugnada porque no parecía de recibo que personas que están desempeñando, sin cobrar, cargos equivalentes a la categoría de la plaza convocada, entre los que hay psiquiatras y psicólogos, estatutarios fijos e interinos, laborales y funcionarios no pudieran presentarse a la plaza. Esa primera impugnación fue parcialmente aceptada y se dio un nuevo plazo, pudiendo presentarse en esta ocasión “tanto el personal estatutario, como aquel que ostente la condición de funcionario de carrera o de personal laboral fijo siempre que reúna el resto de requisitos contemplados en la referida convocatoria”. Como nuevamente dejaba sin la posibilidad de presentarse a los psicólogos, se volvió a recurrir la convocatoria sin que se haya dado ninguna respuesta a este recurso. El 31 de Agosto se publicó el tribunal en el que, sorprendentemente, no figura como miembro el Coordinador de Área, que además actúa como Jefe de Servicio en el Hospital Severo Ochoa

3. LOS GERENTES INDEPENDIENTES Y SUS IDEAS: EL GREGORIO MARAÑÓN

En la convocatoria de Abril de 2003, para cubrir la plaza de Jefe de Servicio II de Psiquiatría tras la jubilación de su anterior titular, está el origen de la situación que está viviendo en la actualidad el hospital Gregorio Marañón, aunque ésta se asemeja mucho a situaciones vividas con anterioridad tanto en el servicio de psiquiatría como en otros servicios del hospital, donde las disputas por las plazas finalizaban con la duplicación de los servicios. El hospital Gregorio Marañón ha estado siempre fuera de las maneras de funcionar del resto de los hospitales de Madrid. Procedente de la antigua Diputación de Madrid, pasó al Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid y luego al SERMAS, funcionado como ente autónomo hasta la actualidad.

La convocatoria de la plaza se hizo con una gerencia y un equipo de dirección que tenía por objetivo cambiar determinados hábitos del hospital, abrirse al área y prepararse para la reorganización que vendría con la apertura de

los nuevos hospitales y la nueva zonificación. La resolución de la convocatoria generó importantes tensiones dentro del hospital; pero terminó resolviéndose a favor de uno de los candidatos que se incorporó en Octubre de 2003. Se presentaron varias impugnaciones por parte de otro de los candidatos y el candidato elegido tiene que abandonar su puesto en Marzo de 2004, reincorporándose de una manera definitiva meses más tarde.

A mediados del 2006 hay un cambio de Gerente, que trae nuevas ideas: hay que hacer grande al hospital pero sin olvidar lo que ha sido y sin dejar de ser lo que es. En psiquiatría eso se traduce en recuperar la figura de Jefe de Departamento, que no existe en el organigrama del IMSALUD, que es ocupada por uno de los tres candidatos que optaban a la plaza de Jefe de Servicio II, crear una nueva plaza de Jefe de Servicio, que es ocupada por el anterior Director de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y que también optaba a la Jefatura de Servicio II y potenciar la Unidad de Hospitalización de Adolescentes, sacando una Jefatura de Sección para la misma y creando varias plazas de psiquiatra para poder compaginar el mantenimiento del equipo actual en ese dispositivo con un concurso de traslados en marcha que afectaba a este personal. Todo ello unido a los dos Servicios de Psiquiatría ya existentes, el I y el II. Demasiados grupos de profesionales disputándose un espacio pequeño lo que no augura una convivencia fácil y una prestación de servicios homogénea. Además, todas estas decisiones las ha tomado la gerencia sin tener en cuenta las necesidades asistenciales del Área y sin que los objetivos de integración y coordinación de recursos hayan estado presentes en algún momento.

Últimas noticias

LA COMUNIDAD OFERTA 5.341 PLAZAS PARA DOTAR DE PROFESIONALES SANITARIOS A LOS NUEVOS HOSPITALES.

El pasado 19 de Septiembre la Comunidad de Madrid abrió el plazo de convocatoria de plazas para dotar de profesionales sanitarios a los nuevos hospitales de San Sebastián de

Los Reyes, Arganda, Parla, Coslada, Aranjuez y Vallecas, hospitales que a excepción del último se gestionaran a través de empresas públicas. En total se ofertan 39 plazas de psiquiatras, 16 de psicólogos y 6 plazas de Jefe de Sección a las que por supuesto solo pueden acceder psiquiatras. Los hospitales más grandes (Vallecas y San Sebastián de los Reyes) tendrán 10 psiquiatras y 4 psicólogos además del Jefe. El resto tendrán una plantilla de 6 psiquiatras, 2 psicólogos y un Jefe de Sección, excepto el Hospital del Tajo (Aranjuez) que contará con 2 psicólogos, 1 psiquiatra y un Jefe de Sección. Más adelante vendrán las plazas del experimento empresarial del Hospital de Valdemoro.

Las sospechas que teníamos desde la AMSM respecto a la amenaza sobre integración de la red de salud mental que suponían las nuevas formas de gestión de los hospitales públicos madrileños promovidas por los actuales responsables políticos parecen confirmarse. Las plazas convocadas, aunque sean estatutarias, son plazas de facultativos especialistas adscritas en exclusiva al hospital de nueva creación. Esto es, su actividad está ligada a los objetivos de la empresa pública correspondiente y no a las estructuras de salud mental de área. No son facultativos especialistas de área y no está claro como va a ser su integración con el resto de los recursos. Ignoramos si la planificación del tamaño (magnífico) de las plantillas ha seguido alguna directriz diferente al tamaño del hospital (por ejemplo si se ha pensado en abrir consultas externas específicas, hospitales de día o lo que sea) y si se ha contado con los coordinadores, jefes de distrito o comisiones de asistencia en la planificación de su actividad. Mucho nos tememos que no, por lo que de nuevo la integración, la coordinación y la planificación en red dependerá del voluntarismo o de la capacidad del Jefe de Área de colocar a uno de los suyos al frente del nuevo servicio. Nada nuevo.

Una de las novedades de los nuevos hospitales es la contratación de psicólogos clínicos. Pero de nuevo se les impone optar la jefatura de sección, que además se llama de Psiquiatría y no de Salud Mental lo que atenta también contra la multidisciplinariedad que defiende esta asociación.

Falta un año para que finalice el Plan de Salud Mental, un plan que tenía como objetivo la integración de los servicios de salud mental y que pensamos que era el objetivo de la Oficina de Coordinación de Salud Mental y de su

máximo responsable que recientemente ha dejado el cargo. La política de la Consejería y las dificultades de autoridad han torpeado este objetivo. Estos nuevos hospitales pueden suponer un nuevo elemento regresivo que potencien modelos hospitalocéntricos (un hospital al margen de la red) que nunca terminan de superarse.

Estrenos DVD: como ser Ferrowitz

Título original: Being Fran Ferrowitz. **Dirección:** Fran Ferrowitz. **Producción:** Fran Ferrowitz.

Guión: Fran Ferrowitz **Reparto:** Fran Ferrowitz y otros. **Nacionalidad:** España, 2007

Tras un fugaz paso por la pantalla grande llega ahora para consumo doméstico la trabajada obra autobiográfica de Fran Ferrowitz, uno de nuestros más afamados creadores de imagen de la escena psiquiátrica. La carrera audiovisual de este personal autor arranca con sus primeros cortos *De Toledo al cielo (de Madrid)* y *Gerente por accidente*, logrando su salto al fama con su hasta ahora único largo *Bienvenido MrPlan* (Producciones Echaniz, 2002) y la posterior secuela televisiva *Plan de salud mental: psicodrama por entregas* (Lamela TV Productions 2003), ya reseñadas en otros boletines. La nueva obra de Fran Ferrowitz presenta los mismos ingredientes autobiográficos y el fino sentido del humor autorreferencial que han caracterizado sus producciones anteriores. Se puede afirmar que es su trabajo más personal, más elaborado y en el que la huella del esfuerzo realizado en los últimos años para culminarlo está omnipresente desde el primer minuto.

El guión escrito por el propio Ferrowitz es una adaptación de la película *Como ser John Malkowitz (Being John Malkowitz)* a la dura realidad de cómo salir de una Oficina ignota de Salud Mental. El protagonista, el propio Fran Ferrowitz haciendo de si mismo, es el Jefe de Negociado de una Oficina situada en el piso ocho y medio de un edificio de la Consejería de Sanidad cuya existencia es ignorada por el resto de los departamentos. Los empleados para acceder a su Oficina tienen que parar el ascensor entre la planta octava y la novena, abrir la puerta con sus propias manos y salir de él en cuclillas. Una vez dentro se accede a una decimonónica planta en miniatura donde se acumulan proyectos devueltos. Ferrowitz, personaje de gran estatura, de la Oficina, sufre una tortícolis pues el tamaño de los despachos le obliga a moverse agachado. Escribe instancias a los pisos superiores reclamando un destino acorde a su altura, pero también le son devueltas. Inesperadamente un día encuentra una salida de este espacio constreñido. Dentro de un armario de su despacho existe un túnel por el que se accede al cuerpo de un Jefe de Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. Penetra en él y descubre desde dentro de este nuevo cuerpo como mira la realidad un verdadero Jefe y esto le produce un éxtasis poderoso. Sin embargo la experiencia dura poco y es expulsado del nuevo cuerpo y devuelto a su Oficina. No se rinde. Entra de nuevo en varias ocasiones, pero siempre sucede lo mismo: es expulsado. Decide cambiar de estrategia y el mismo diseña un cuerpo-destino forrado de velcro por dentro, el cuerpo de Fran Ferrowitz-Jefe de Servicio. Penetra en el túnel y esta vez sí que llega a su destino, llega a si mismo. La hazaña es criticada por la prensa hostil, aunque la afrenta es en realidad una pequeña victoria pues en el titular se le considera por fin un alto cargo. La tortícolis cede, pero le aparece una alergia al velcro. Insuperable.

I Certamen sobre optimización del espacio en centros de salud mental

FALLO DEL JURADO

Reunido en Madrid el Tribunal del Certamen, tras desestimarse las impugnaciones por parte de los sindicatos sobre el baremo y composición del mismo, resuelve:

1. Conceder el primer premio del certamen al equipo del CSM de Leganés por su proyecto “el cuarto de baño del personal de la primera planta como espacio de consulta”. El jurado ha valorado la oportunidad y originalidad del proyecto y su coste- efectividad. Viendo como en la practica el cuarto de baño era ya de por si una sala multiusos, donde uno acudía no solo a trabajar corporalmente sino a relajarse, reunirse informalmente con el grupo de compañeros o prepararse para dejar el tabaco, el equipo del CSM pensó que por qué no poner una mesa de despacho delante del retrete y pasar consulta cómodamente sentado. La principal ventaja es que no lleva obra. En su opinión el más indicado para utilizar este despacho es obviamente el Jefe del Servicio, pero en caso de negativa proponen otros posibles usos, entre los que cabe mencionar: despacho de alta resolución para evacuar altas; consulta rápida para agendas con diarrea de pacientes; utilización de la cadena para llamar al siguiente paciente previo entrenamiento de la población; consulta limpia de niño encopréptico; templo psicoanalítico para interpretaciones Kleinianas; sala de lectura de protocolos con doble objetivo de alivio corporal y reciclaje de papel.
2. Accésit a los residentes del Área 9 por la formulación de la ecuación que calcula el riesgo (R) de quedarse un día sin despacho o tener que pasar consulta el cuarto de baño del personal de la primera planta cuando se ponga en marcha:

$$R = \Sigma p(C) + p(AHE) + p(ILTSS) - p(URG) / N - Rr$$

donde p(C) es la probabilidad de que haya algún tipo de congreso, p(AHE) la probabilidad de que algún adjunto tenga un hijo enfermo, p(ILTSS) la probabilidad de que haya alguna baja sin sustitución y p (URG) de que tenga que atender una urgencia, N el número de despachos que no sean de enfermería y Rr el número de residente rotando.

3. Accésit al equipo de infantil de Leganés por la solución al problema de cómo hacer hueco en un despacho para meter una mesa para el ordenador cuando no caben. La respuesta más aceptada fue la de sacar al paciente, pero también se valoró la posibilidad de que se saliera el terapeuta.

Espacio para la memoria: ¿qué fue de...?

¿Qué fue de... **la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental**? Padece un trastorno múltiple de personalidad y no recibe tratamiento en la actualidad.

¿Qué fue de... **la integración en atención especializada**? Aunque se comentaba que el problema era de él que tenía los espermatozoides vagos lo más probable es que se trate de un caso de rechazo del huevo por parte de la mucosa endometrial. Les han recomendado que acuda la clínica de fertilidad de Valencia donde dicen atienden a la familia real para ver si fecunda.

¿Qué fue de... **el Área Psiquiátrica dentro de las Áreas de especialidad**? El problema se lo encargaron a Euler Venn, matemático que hizo sufrir a los niños de los años setenta con sus teorías de conjuntos. El problema era si era un conjunto disjunto con propiedad biyectiva compuesto por la áreas médicas, quirúrgica y obstetricia en la que la psiquiatría sería un elemento más de tipo friki o se debía aplicar la propiedad asociativa entre elementos de distintos conjuntos. Euler Venn se retiró a Marrakech y tiene como libro de cabecera *El cielo protector* de Paul Bowles.

¿Qué fue de... **las 12 camas por cien mil habitantes**? Los alquimistas y seguidores de la cábala nunca dudaron de su existencia pero nunca admitieron que su naturaleza fuera corpórea, sino que la consideraban una presencia espiritual que rondaban en las malas guardias para dar fuerza a la voluntad. Los Nestorianos que suponen la división de la unidad de Jesucristo en dos personas, separando en él la naturaleza divina de la humana, y negando al mismo tiempo que el Espíritu Santo procediese del Verbo, creen sin embargo en su materialización carnal. No obstante opinan que no es fácil de encontrar en Madrid y dicen haberlas visto en un concierto de Los Van Van coreando eso de “no hay cama pa’ tanta gente.

¿Qué fue de... **las unidades de larga estancia cerca del entorno del paciente**? Sr. Don Vidal Galicia Jaramillo, alcalde de Arévalo nos dice en la pagina web del ayuntamiento lo siguiente: Queridos amigos cibernautas, es para mí un

placer daros la bienvenida a la página web del **Ayuntamiento de Arévalo** que os permitirá navegar por esta “hermosa y bella ciudad”, que ahora puede recorrerse de forma virtual.

¿Qué fue de... **los Sistemas de Información Clínica de la Red**? Es una vergüenza que Uri Heller, el famoso mentalista que en los setenta doblaba cucharas, ponía en marcha electrodomésticos estropeados y nos liberaba de los estrechos límites de la racionalidad de los conjuntos de Euler Venn no haya sido todavía consultado sobre la posibilidad de crear un sistema de información mental que no precise soporte informático y que sea compatible entre cerebros de predominio hospitalario y cerebros de predominio ambulatorio. Exigimos que sea llamado.

¿Qué fue de... **la telefonista de la coordinadora de camas a la que nunca le daban camas**? Enloqueció, se hizo yonqui, pertenecía a un área sanitaria con 5,6 camas por cien mil habitantes. Acudió a urgencias, no había camas. No le dieron cama en otro hospital. Permaneció en contención mecánica en urgencias. Hizo un Síndrome Neuroléptico Maligno. No había camas en la UCI. Sobrevivió. Vive en Arévalo. Tiene un delirio parafrénico en el que dice que Euler Venn a través de la propiedad inyectiva le ha inoculado los poderes mentalistas de Uri Heller y que ahora sería capaz de saber el número de camas libres si le dejaran acudir a la clínica de fertilidad de Valencia para ser inseminada por un nestoriano, pero que el señor D. Vidal Galicia Jaramillo, alcalde de Arévalo, y los Van Van se lo impiden.

COLABORACIONES

Enrolamiento clínico, desenrolamiento social

Cuando en la vida de una persona irrumpe un problema de salud mental grave, lo primero que busca es una explicación que le permita entender lo que le pasa, ponerle remedio y continuar con sus metas. Estos son de un modo sintético los objetivos de la rehabilitación: ayudar a comprender la experiencia, evitar las recaídas, restituir las capacidades afectadas y ayudar a la persona a aceptar las pérdidas, reconstruyendo su vida.

Sin embargo, explicar es una tarea difícil, por un lado, el ser humano es una unidad compleja y desconocida que puede ser abordada desde distintos niveles de análisis interdependientes (genético, bioquímico, psicológico o social), ninguno de ellos suficiente por sí mismo para proporcionar una explicación válida de la más simple de sus acciones intencionales; por otro, “es imposible tener un conocimiento definitivo y final de la realidad” (Guidano, 2001), la explicación que podemos ofrecer a la persona de lo que le pasa es parcial y mediada por el sistema de constructos a través del cual el profesional entiende el mundo. Hacer afirmaciones rotundas, generales y desvinculadas de la biografía del individuo acerca de los mecanismos que subyacen a su sintomatología, es arriesgado y, como veremos más adelante, iatrogénico.

Entender e integrar la experiencia supone establecer nexos entre la vivencia inmediata y la sucesión ordenada de acontecimientos, desde el pasado hacia el futuro, permitiendo al individuo reconocerse “sin padecer grandes discrepancias entre los niveles de procesamiento autorreferencial, ya que mientras mayor sea el grado de indecodificabilidad de la discrepancia yo-mí, más intensa será la experiencia de división detectada entre los propios pensamientos y emociones” (Quiñones, 1998). Mejorar el conocimiento personal manteniendo la coherencia del relato biográfico permite al individuo proyectarse en el futuro y establecer las guías que conduzcan su acción hacia la consecución de su propio proyecto vital.

Este artículo pretende reflexionar sobre aquellos aspectos de la intervención que reorganizan la experiencia de

las personas con problemas de salud mental fomentando el enrolamiento clínico y produciendo un efecto paradójico respecto a la re-habilitación de su rol social.

EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN ENFERMO MENTAL CRÓNICO GRAVE. ENROLAMIENTO CLÍNICO

1. La construcción de la identidad

En el seno de las relaciones de apego el niño aprende quién es, qué le pasa, cómo es el otro, qué tiene que hacer para conseguir qué cosas y cómo regular las experiencias corporales que en el futuro tendrán nombre de necesidades, deseos y emociones. En definitiva, el niño construye, en la relación con el otro, los significados que darán sentido a su experiencia y a través de los cuales entenderá el mundo, a los otros y a sí mismo. Este sistema de constructos, organizado jerárquicamente, le permitirá construir réplicas de los acontecimientos para poder anticiparse a ellos en función de la experiencia anterior. Con cada nueva situación el individuo se ve obligado a hacer modificaciones, revisar las antiguas teorías y elaborar unas nuevas que le permitan dar cuenta de la complejidad de la experiencia (Sánchez y Feixas, 2001). Sin embargo, se resistirá a realizar este proceso de revisión y elaboración si la nueva experiencia amenaza con invalidar aquellos constructos que son nucleares y de los cuales dependen otros muchos que le permiten entender el mundo y definirse a sí mismo. Si lo hace se quedará sin referentes y experimentará un vacío difícilmente tolerable.

El self es el mecanismo regulador que permite mantener esta percepción de continuidad en el sí mismo. Los cambios en las experiencias producen activaciones emocionales que avisan de que algo está alterando la consistencia interna del yo y permiten poner en marcha mecanismos de revisión y reorganización del pasado en relación con la experiencia inmediata, modulando las tonalidades emotivas, actualizando las representaciones internas y

modificando la proyección en el futuro. Las representaciones son integradas y procesadas en el córtex, que es “la superficie de contacto entre el self y el otro”, (Crittenden, 2007), por tanto, las alteraciones de las funciones cerebrales influirán este proceso.

Como se ha mencionado, cuando la persona logra integrar la experiencia emocional en su visión de sí mismo desarrollando una explicación multidimensional rica en matices, se encuentra en disposición de utilizar mecanismos de autorregulación que permiten el ajuste a un rol social.

2. El profesional como vehículo para la redefinición de la experiencia subjetiva y reconstrucción de la identidad

Las etapas de crisis son vivencias fundamentalmente emocionales que irrumpen en la experiencia inmediata sin que el individuo pueda integrarlos, ni darlos un orden en el continuo espacio temporal, produciendo un caos que bloquea la coordinación de la acción. Esta experiencia es traumática, tanto por el significado que tienen algunos síntomas (Valiente et al., 2006) como por las consecuencias que tiene el hecho de estar enfermo en la identidad, las relaciones familiares y en el desarrollo del proyecto vital que el individuo había ideado para sí hasta ese momento. El trauma cuestiona de manera masiva el modelo a través del cual la persona da significado a los acontecimientos, los esquemas que antes le servían para comprender y predecir el mundo ahora resultan inútiles. Su historia se encuentra fragmentada y necesita nuevos esquemas que le ayuden a integrar la nueva experiencia (Pérez, 2006).

El profesional, como las primeras figuras de apego, tiene un papel fundamental en que el individuo pueda nombrar lo que le está pasando sin que le resulte ajeno, lo integre, regule su acción y redefina sus expectativas vitales. La labor no puede ser demolición-construcción, sino restauración, es decir, un trabajo delicado y minucioso de reparación de lo fragmentado conservando lo que la persona considera la esencia de sí mismo.

1. La evaluación

El individuo no es el resultado de nuestra evaluación, en ella solo se refleja la parcela de su persona que encaja con cómo nosotros le vemos. Lo que encontramos depende de lo que preguntamos y esto del modelo que tenemos para explicarnos el ser humano y el mundo. Nos delatamos en nuestras entrevistas, en los instrumentos estandarizados y validados que seleccionamos y en las

áreas que obviamos; ninguna pregunta es neutra o inocua, en general, dicen más del entrevistador que del entrevistado. Con preguntas en torno a déficits obtendremos relatos de discapacidad, si nos centramos en lo que es anormal aparecerán historias de exclusión y las preguntas que se centran en la presencia o ausencia de síntomas nos darán narraciones de locura.

Es una experiencia común entre los profesionales ver que aquello que nos parecía un retrato casi exacto empieza a moverse, difuminarse y matizarse cuando hablamos con otros profesionales, la familia, compañeros o vemos a la persona en distintos contextos.

La evaluación requiere de tiempo, nunca es definitiva, y está al servicio de la reconstrucción de la narrativa. Cada dato que extraemos ha de ser cotejado con la experiencia de quien evaluamos, no tanto para averiguar el grado en que se ajusta a la realidad (a la que como hemos dicho no se puede acceder) como para asegurarnos de que el individuo se reconoce en la nueva perspectiva que le ofrecemos. Cuantos más detalles obtengamos que permitan al individuo dar significado y continuidad a su experiencia más herramientas tendrá para autorregularse y más atinado será el proceso de intervención.

2. El diagnóstico

Diagnosticar es reducir una experiencia compleja, intrincada, llena de matices y excepciones a una categoría. Se trata de una simplificación de la realidad que permite homogeneizar lo heterogéneo y facilita la comunicación y la toma de decisiones rápida.

En el caso de las enfermedades mentales graves, el diagnóstico va unido a una explicación en términos bioquímicos que en palabras de Archiero (2005) “autoriza a tratar el trastorno mental en términos de acontecimiento neutral, quizás determinado genéticamente, que tiene lugar en mi cerebro. A partir de estas premisas no puede sino derivarse una epistemología impersonal, la cual rige la identificación de los trastornos psicopatológicos sobre la base de las manifestaciones clínicas (causalmente conexas a modificaciones bioquímicas), eliminando la existencia diferenciada de la persona”.

Con el diagnóstico se dicta una sentencia. Se habla de cronicidad, curso y gravedad, con rotundidad, desde el primer episodio, antes de conocer los recursos personales, los apoyos familiares y las oportunidades sociales. Olvidando que la gravedad y cronicidad de las enfermedades está directamente relacionada con la eficacia de las intervenciones y los contextos sociopolíticos (Warner, 94).

Esto tiene claras repercusiones para la eficacia de la intervención. Por un lado, el grado en que se considera viable un objetivo marca el tipo de intervención que se realiza, los recursos que se dedican y el tiempo que se insiste en esa intervención. Por otro lado, la adherencia al tratamiento, el seguimiento de los programas rehabilitadores o la iniciación de actividades productivas en contexto comunitario depende, entre otros factores, del grado en que el individuo experimente una pérdida de su integridad participando del tratamiento y de las expectativas de lograr una mejoría, que el profesional y el individuo definen de modo distinto.

3. La explicación: el modelo de vulnerabilidad

El modelo de vulnerabilidad se ha utilizado como un marco explicativo normalizador, aplicable a todo tipo de patologías. Como primer acercamiento permite poner algo de orden en una experiencia que carece de referencias cotidianas. Sin embargo, son unas notas burdas, superficiales que carecen de especificidad y vuelven a homogeneizar experiencias muy diversas. Las referencias al pasado se remontan a la carga genética y la estructura biológica (el concepto de vulnerabilidad) para dar un salto al momento previo al brote en donde se detectan los pródromos, factores de riesgo, precipitantes y protectores. De alguna manera se obvia la historia del individuo hasta que aparecen los primeros signos de anormalidad, los relatos suelen ser del tipo “era un niño normal hasta que empezó a aislarse”, no aparecen referencias acerca de los patrones de apego, las dinámicas relacionales familiares, las experiencias con otros significativos, el desarrollo sexual, las primeras relaciones de pareja, los procesos de diferenciación, etc. que forman parte del individuo y que están integrados en la experiencia de enfermedad como lo están todas las experiencias del ser humano.

Como señala Quiñones (1998) las explicaciones tienen distintos efectos en la realidad social del individuo. Cuando las explicaciones vivenciales son restrictivas, se centran solo en algunos aspectos, utilizan pocos elementos para dar cuenta de la realidad, haciendo que el individuo las perciba como ajenas, mientras que cuando una explicación introduce “suficientes ingredientes” el individuo puede articular la información discrepante, hacerla coherente consigo mismo y utilizarla a su servicio

4. La intervención

Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento

El primer objetivo de los programas de rehabilitación es asegurarse que la persona es consciente de lo que le pa-

sa, lo acepta, sigue las pautas de tratamiento y trata de prevenir futuras recaídas a través de la detección de los síntomas prodrómicos y de la evitación de conductas de riesgo. Se parte de la idea de que aceptar que se tiene una enfermedad mental garantiza el seguimiento del tratamiento farmacológico y por tanto, una estabilidad sintomatológica sin la que es difícil abordar otros objetivos de integración social.

Tener conciencia de enfermedad es un proceso fundamentalmente interaccional. El profesional de la salud mental, en el momento en que da nombre a una experiencia está creando una realidad intersubjetiva, hace que exista algo en términos sociales, que antes, por no tener nombre, no existía. Como experto se le atribuye objetividad tanto en el diagnóstico como en el pronóstico y socialmente se le legitima para que adopte las medidas de intervención que sean pertinentes. En este marco, tener conciencia de enfermedad es aceptar la perspectiva del profesional, asumir las indicaciones terapéuticas y reubicarse en una nueva existencia social.

Sin embargo, la definición de enfermedad mental tiene asociados un conjunto diferente de constructos dependiendo del modelo teórico del profesional y del contexto sociopolítico en el que se produzca. Ha ido evolucionando en función de las mejoras en la calidad de los servicios y de los cambios en los significados culturalmente asociados a determinadas conductas. Estos cambios han ido parejos a cambios en cómo la persona con problemas de integración social se ha percibido y las metas que ha considerado viables. Cuanta más benevolencia en el veredicto social mejor pronóstico.

Teniendo en cuenta esto se podría decir que no es tan relevante favorecer que la persona tenga conciencia de enfermedad, en tanto aceptar que tiene una enfermedad con nombre y apellidos, como facilitar al individuo una explicación satisfactoria para lo que le pasa (vertebrada en su historia personal), que le permita llevar a cabo las conductas de salud que le habilitan para tener un rol social, independientemente de cómo llame a eso que le pasa. Es más, como veremos en el siguiente punto, tener una gran conciencia de enfermedad, en algunos casos dificulta la integración plena en la sociedad.

El desarrollo de las habilidades sociales y la integración comunitaria

Existen varios déficits metacognitivos que pueden estar implicados en los problemas de relación social (Semerari, 2002). En los programas de intervención tanto grupales como individuales se pretende dotar al indi-

viduo, por un lado, del repertorio conductual mínimo para establecer una relación social, y manejarse en ella a pesar de los conflictos y las discrepancias, y por otro, de la capacidad para entender mejor la mente del otro, entender las claves de la interacción social que no dependen del nivel gestual o verbal y las raíces del propio comportamiento en las interacciones sociales.

Generalmente mejora la relación entre los usuarios de los recursos, produciéndose cambios en el nivel de participación en las conversaciones, la defensa del propio criterio, etc. Sin embargo, nos encontramos con serias dificultades para que la persona, especialmente la que tiene una “gran conciencia de enfermedad” participe en conversaciones con otros no diagnosticados. Por un lado, el usuario hace una demanda clara de ampliar la red fuera del ámbito de los recursos terapéuticos y normalizar paralelamente su identidad, pero por otro, evita la participación en actividades normalizadas por temor al rechazo. Las quejas habituales tienen que ver con miedo a que “se les note algo” que creen que va a ser reconocido como un problema psiquiátrico, no saber como contar el rumbo que ha tomado su vida (inactividad laboral, dependencia económica, convivencia con los padres, ausencia de pareja) y no saber explicar lo que les pasa si se encuentran mal. Aparece un temor paralizante a las preguntas.

Desde el diagnóstico hasta la integración plena en los recursos de rehabilitación se han ido gestando las bases para que se produzcan las dificultades anteriores:

- Una identidad centrada en la diferencia respecto a los no-diagnosticados.
- Una dificultad para explicarse a sí mismo su propia experiencia en términos no psiquiátricos y relacionados con su historia personal. Ausencia de una narrativa que permita integrar de forma coherente todos los aspectos de su trayectoria vital.
- Una restricción de la experiencia que impide ir optimizando la capacidad del sistema de constructos para predecir lo que va a ocurrir
- Creencia de que se tiene que dar información veraz y completa acerca de los propios problemas. La persona con enfermedad mental ha perdido la intimidad a lo largo de su trayectoria terapéutica, ha aprendido que no dar información puede ser entendido como falta de colaboración, ocultamiento de síntomas o como un síntoma en sí mismo y ha introyectado un eficaz mecanismo de control social en el que si el otro tiene información “puede autoprotgerse y protegerme de mi mismo”.

Cuando se trata de paliar estos déficits aportando narrativas alternativas, socialmente aceptables, pero artificiales y ajenas al individuo, este sigue sin identificarse con esta versión de sí mismo resultándole imposible hacerlas suyas y añadiéndose el dilema ético de no proporcionar una visión sincera de sí mismo.

Mientras que la persona no encuentre los nexos de unión entre la más extravagante de sus experiencias y las experiencias del resto de los humanos (incluido él antes de la enfermedad), le será inviable sentirse perteneciente a ellos y por tanto, aventurarse a iniciar una interacción. El objetivo de la plena integración comunitaria, es decir, la sensación de pertenencia y de compartición, no será posible.

Retomar la trayectoria formativa-laboral

Este es uno de los aspectos en los que sigue habiendo mayor discrepancia entre los distintos profesionales, ya que aún hoy se sostiene que determinados diagnósticos psiquiátricos llevan implícita la imposibilidad de completar estudios universitarios, realizar trabajos de alto nivel de cualificación o asumir labores de coordinación de equipo. Algunos procesos de orientación profesional están más guiados por estos supuestos que por una valoración minuciosa de las competencias de la persona en cuestión, lo que indudablemente favorece que se trunque un itinerario laboral muchas veces posible.

Parece que el hecho de tener determinados diagnósticos, como el de esquizofrenia, conlleva irremediamente déficits cognitivos y baja tolerancia al estrés. Efectivamente, en muchos problemas de salud mental se produce una disminución de las capacidades cognitivas premórbidas, a veces son consecuencia del trastorno a veces del tratamiento farmacológico, sin embargo, el concepto de disminución es relativo, es decir, se refiere a la comparación con un nivel previo, esto no implica que en la actualidad la persona no cuente con las capacidades necesarias para estudiar o desempeñar un trabajo cualificado, sólo significa que antes tenía más.

Los déficits intelectuales o cognitivos tienen una repercusión importante en la valoración que hace el individuo de sí mismo y de sus posibilidades de desarrollo personal ya que llevan asociados déficits en todas las áreas del desempeño, puesto que hacen referencia a capacidades básicas de procesamiento de la información. Las personas que perciben esa diferencia con cómo eran antes tampoco juzgan si las competencias que tienen ahora son suficientes, su valoración es de todo-nada. Si determinados diagnósticos tienen la connotación de invali-

dantes cognitivamente (independiente de si se ha hecho o no una evaluación neuropsicológica) y esto supone tener dificultades en el desempeño en todas las áreas de la vida, entonces es fácil que se produzca una invalidación masiva del self del que las personas en muchas ocasiones se defienden, bien evitando tomar fármacos que disminuyen las capacidades cognitivas, huyendo de toda experiencia que pueda aportar evidencia de esos supuestos déficits cognitivos o apostando por itinerarios formativos y laborales de alta cualificación, con el único objetivo de demostrar que carecen de problemas de esta índole.

El estrés es la pieza clave de los modelos que explican las recaídas (también el gran argumento para no exponerse), el “enemigo” de la persona con enfermedad mental y su control el reto de los profesionales. Definir el estrés es sumamente complicado si se hace en abstracto y en términos absolutos. El estrés está implícito en cada reto que se afronta y en cada proceso de cambio, es la activación del organismo para dar respuesta a una nueva demanda y, por tanto, es necesario.

El estrés es una experiencia subjetiva, que está íntimamente ligada a los recursos de cada persona. Estos están en continua evolución y salen a la luz cuando son necesarios, si ha habido un “tutelaje” en la mayoría de las experiencias de afrontamiento la persona no hará uso de sus recursos, lo que no significa que carezca de ellos.

Lo que sobrecarga a cada persona depende claramente de su historia personal, porque es aquello para lo que no cuenta con recursos, bien porque nunca los tuvo, no los desarrolló o se han mermado; puede estar relacionado con vínculos afectivos, procesos de diferenciación, identidad, demandas cognitivas, aspectos psicomotores y toda la amplia gama de áreas de desempeño humano. A priori no se puede establecer qué o como afecta a cada persona cada situación, tenga el diagnóstico que tenga, siempre hay que hacer una valoración del grado de ajuste entre las competencias de la persona y las demandas de la actividad que va a realizar. Si no lo hacemos así estaremos prefabricando un futuro basado en estereotipos.

5. Las familias

Las familias son evaluadas, diagnosticadas e intervenidas muchas veces sin contar con la suficiente información acerca del funcionamiento del sistema. El profesional forma una serie de hipótesis acerca de cómo los familiares están contribuyendo al mantenimiento de determinadas conductas patológicas y les orientan para que modifiquen su comportamiento, pero, ¿cuanto tiempo

hemos dedicado a la evaluación? ¿qué explicación les hemos proporcionado acerca de lo que le pasa a su hijo? ¿sabemos lo que ha supuesto la enfermedad para ellos? ¿hemos valorado emociones como la culpa, la vergüenza, la desesperanza? ¿qué sabemos de la historia familiar? ¿conocemos lo que significan estas conductas para cada miembro? ¿hemos evaluado la compleja trama de interacciones que subyacen a este “patrón inadecuado”? ¿hasta que punto vamos a estar disponibles para darles el apoyo que necesiten durante todo el proceso de cambio?.

Como se ha mencionado en otro punto, no hay preguntas neutras, porque el mero hecho de preguntar implica un afán por conocer algo que nos resulta relevante y una desestimación de otras áreas. A veces las entrevistas con las familias sirven simplemente al objetivo de contrastar la información proporcionada por el paciente-usuario y volvemos a citarlos cuando vemos que están siendo una influencia negativa en el proceso de rehabilitación (generalmente cuando contradicen nuestras pautas). En este momento pretendemos que entiendan y acepten los cambios que les proponemos e incluso que toleren la invasión de su hogar con la justificación de trasladar la intervención al entorno comunitario.

Quizás hace falta explorar la experiencia vivida por cada miembro de la familia antes, durante y después de que la persona enfermó y cómo esto afectó al conjunto, de este modo es probable que obtengamos pistas sobre las raíces de algunas de sus conductas (p.e. esas que denominamos “sobreimplicación”, “críticismo” “hostilidad”) y los significados asociados a ellas. Podremos aportarles otra perspectiva que si está bien articulada les ayudará a entenderse y si perciben la necesidad de cambiar lo harán por una vía coherente con su manera de entender su labor como padres y hermanos.

6. Antes del desenrolamiento social definitivo

Hay un espacio entre el enrolamiento clínico y el desenrolamiento social en el que la persona, una vez ha salido del episodio de crisis, lucha por seguir siendo quien era a pesar de la opinión de las instituciones. Aún percibe lo que le diferencia de la idea socialmente construida de enfermedad mental y reivindica esta diferencia. En este espacio intersubjetivo, el individuo cuenta lo que le ocurre haciendo énfasis en su parte sana, en sus experiencias como ser humano, todavía conserva la capacidad para hacer una traducción normalizadora de una experiencia nueva y traumática. En esta “negación de la enfermedad” la persona está huyendo del pronóstico “cró-

nico” y del juicio “grave” que aún no le pertenecen porque su experiencia acaba de empezar. Paradójicamente, esta lucha se redefine desde los profesionales y la sociedad como el dato incontestable de la presencia de enfermedad. Se ponen en marcha los mecanismos para que el individuo solo perciba lo que le excluye del grupo normal, y, como los niños perdidos de Peter Pan, se olvida el camino de vuelta a casa.

DESENROLAMIENTO SOCIAL

En el transcurso de su contacto con los dispositivos atencionales el individuo aprende un lenguaje nuevo, el lenguaje del síntoma que se convierte en el único medio de comunicación válido. Algunas necesidades fundamentales en el ser humano, si no se formulan en el lenguaje correcto, no se atienden y pasan a considerarse males menores; la pérdida de la capacidad para tener hijos, el cambio corporal producto de la medicación y la ruptura con el proyecto vital no son objeto de atención en las personas con enfermedad mental. Para que se entienda la tristeza ha de traducirse a depresión, la desgana a síndrome amotivacional o síntoma negativo, la exaltación a hipomanía, la falta de ilusión en el futuro a aplanamiento afectivo y las crisis vitales han de definirse como crisis psicóticas.

La traducción sistemática a términos de enfermedad va modificando progresivamente la identidad del individuo. Según Miró (2005) “la narración es el instrumento con el que ordenamos lo que nos pasa e integramos la experiencia” que nunca es completa ni objetiva. Con el lenguaje de la enfermedad el individuo adquiere cohe-

rencia a través del síntoma e incrementa su capacidad para predecir lo que va a ocurrir. Se obvian los elementos saludables de la experiencia inmediata o se traducen al lenguaje de la enfermedad con el objetivo de mantener la continuidad del self ya que ahora no es la experiencia psicopatológica la que se percibe como incoherente, sino la experiencia de salud.

La red social o familiar se sustituye por el apoyo profesional, porque toda la experiencia personal entra dentro del campo de la patología. La familia ha sido incapacitada, las dinámicas relacionales etiquetadas, han perdido los puntos de referencia, sus antiguos mapas no sirven y esperan la pauta del profesional para actuar.

No hay territorio compartido con las personas no diagnosticadas puesto que la salud se ha invadido, la Integración social es precaria, solo se consigue el vínculo con las personas que comparten el mismo lenguaje.

La independencia del núcleo familiar solo se entiende en las Miniresidencias y Pisos Supervisados, la ocupación del tiempo en los Centros de Día o los recursos ocupacionales y la adquisición de ingresos a través de las pensiones y las ayudas de rehabilitación.

Formamos parte del proceso de desenrolamiento social. Es nuestra responsabilidad que la persona y su familia integren la nueva experiencia sin perderse en el proceso, desde la atención temprana. Nuestro lenguaje ha de humanizarse desde el principio para que el suyo siga siendo humano. Los recursos han de ser lugares de tránsito hacia el mundo. Los profesionales no pueden convertirse en los directores de las vidas. La mejor medida de prevención es que la persona preserve la continuidad con su proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Arciero, G.(2005). Estudios y diálogos sobre la identidad personal. Reflexiones sobre la experiencia humana. Edit Amorrortu. Buenos Aires
- Bowlby, J. (2003): Vínculos afectivos: Formación desarrollo y pérdida. Edit. Morata. Madrid
- Crittenden, P. M. (2007). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. Revista de Psicoterapia 1, vol. XI, 41 (67-82). Versión electrónica editada por G.I.P. www33.brinkster.com/gipsicoterapia.
- Guidano, V.F. y Quiñones, A. (2001). El modelo cognitivo-postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica. Edit. Desclee de Brower. Bilbao.
- Irrarazaval, L. (2005). Un marco narrativo-histórico para la terapia post-racionalista: actualización de los principios psicoterapéuticos. Revista de psicoterapia, vol. 63-64.
- Miro, M. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. Monografías de psiquiatría, nº 3, año XVII, pp. 8-18

- Pérez, P. (2006) “Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora”. Bilbao, Edit. Desclee de Brouwer
- Quiñones, A.T. (1998). Significado Social y Viabilidad Narrativa. Versión electrónica editada por G.I.P. [www33.brinkster.com/gipsicoterapia]
- Rengel, D. (2005). La construcción social del otro: estigma, prejuicio e identidad en drogodependencias y enfermos de SIDA. Gaceta de antropología, nº 21.
- Sánchez, V. y Feixas, G. (2001). “La resistencia en la psicología de los constructos personales”. Revista de Psicoterapia, vol.XII, (46/47), 133-162.
- Semerari, A. (2002). Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica. Edit. Desclee de Brouwer.
- Valdés, N. Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. Obtenido el 10 de agosto de 2007 (<http://www.psicocentro.com>)
- Valiente, C, Villavicencio, P. Y Cantero-Martínez, Mª D. (2006). “Fenomenología de la comorbilidad entre trauma y psicosis”. Apuntes de psicología, vol 24, nº 1-3, (114-116)
- Velasco, M.A. La adolescencia en el proceso del desarrollo humano; perspectiva constructivista. Obtenido en agosto de 2007 (<http://www.ciudadredonda.org/caminos/laicos.htm>)

Eva Mª Muñiz Giner
Psicóloga CRL Vázquez de Mella

Rehabilitación psicosocial de nuevas poblaciones con necesidades especiales

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de rehabilitación psicosocial se basa en los derechos del enfermo mental a la ciudadanía, integración en la comunidad, autonomía, normalización e individualización. De acuerdo con una de las definiciones más influyentes, la “rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con discapacidades psiquiátricas a largo plazo a incrementar su funcionamiento, de tal manera que tengan éxito y estén satisfechas en el ambiente de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional posible” (Anthony y cols, 1990, citado en Fernandez Aguirre, 1997).

El destinatario de la rehabilitación psicosocial es el enfermo mental crónico, definido por tener: 1) un diagnóstico psiquiátrico; 2) evolución crónica; y 3) deterioro, discapacidad y minusvalía asociadas. El paradigma de enfermo mental crónico es la persona afectada por una psicosis esquizofrénica, por lo que la rehabilitación psicosocial ha ido conformando su estilo a esta patología, creando modelos de enfermedad, como el de vulnerabili-

dad-estrés. Sin embargo, la definición de enfermo mental crónico no está condicionada por el diagnóstico, sino por la discapacidad y cronicidad, que se convierten en los objetivos principales de la población, lo que implica el que sea una población altamente heterogénea clínicamente.

En los últimos años están emergiendo nuevas poblaciones de personas con distintos diagnósticos o con una suma de ellos que plantean retos a la red de atención y rehabilitación en salud mental por la complejidad de sus necesidades y la necesidad de hacer modificaciones al modelo de atención. En el presente trabajo me propongo describir tres poblaciones con características especiales por su complejidad, dificultad de manejo y consumo de servicios, y cuyas necesidades pueden no estar debidamente atendidas de acuerdo con el modelo actual. Dichas poblaciones son: 1) personas con trastornos graves de personalidad; 2) personas con trastornos mentales graves (generalmente psicosis crónicas), que coexisten con abuso o dependencia de sustancias (“diagnóstico dual”), y 3) personas con retraso mental y enfermedades psiquiátricas graves (“doble diagnóstico”)

Para cada una de estas poblaciones clínicas, se intentará en primer lugar cuantificar el problema, por medio de un análisis de la prevalencia y la afectación funcional; segundo, aplicando el paradigma de la rehabilitación y atención comunitaria, se revisarán distintos modelos y componentes de la atención con un análisis de su efectividad contenido en la literatura más importante, tratando de sugerir direcciones de desarrollo o interrogantes para el debate. Por último, se describirá la situación en nuestro medio, y las tendencias de cambio.

2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES

2.1. Prevalencia e importancia clínica de las personas con Trastornos Graves de Personalidad

Previamente a exponer cualquier consideración acerca de la rehabilitación psicosocial de las personas con Trastornos de Personalidad (TP) es necesario hacer una consideración obvia pero necesaria, esto es, que los TP son Trastornos Mentales. Estos se definen, en la CIE-10, como “un grupo específico de síntomas psicológicos y conductas asociado con malestar significativo e interferencia con el funcionamiento social”. Más específicamente, el criterio C del diagnóstico de TP en la DSM-IV señala como condición necesaria que “producen angustia clínicamente significativa o deterioro a nivel social, laboral u de otras áreas importantes de funcionamiento”. Este posicionamiento implica dos cosas, más allá de cualquier consideración en torno a la etiología y modelo de los TP, más o menos médico o psicosocial. En primer lugar, la inclusión como trastornos mentales, nos obliga a hablar de “tratamiento” de los síntomas psicológicos y de las conductas de los TP, lo que ha producido una avalancha de literatura en los últimos años, sobre todo en relación a tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. En segundo lugar, y esto es más novedoso, el deterioro en el funcionamiento social de las personas con TP da todo el sentido a hablar de rehabilitación psicosocial, o de estrategias que vayan dirigidas a mejorar dicho deterioro.

De hecho, estamos hablando de trastornos que provocan una gran carga socio-sanitaria. La tasa de prevalencia de los TP varía según estudios entre el 6,7% y el 14,8% de la población general. Estudios recientes muestran que las personas con TP tienen de manera general, más deterioro funcional que aquellas que sufren depresión. Más específicamente, las personas con TP

de tipo Esquizotípico o Límite funcionan socialmente peor que aquellas diagnosticadas de TP Evitativo, y éstas peor a su vez, que personas con depresión o TP obsesivo-compulsivo. (Skodol y cols, 2002).

Dentro de los TP, el tipo Límite es tal vez el más representativo cuando hablamos en términos clínicos: su prevalencia en la comunidad es de un 1,6%, y son grandes consumidores de servicios clínicos, constituyendo un 10% de los pacientes atendidos en los CSM y un 20% de los ingresados. Además, un 50% de ellos sufre algún trastorno mental del Eje I, y entre un 3%-8% terminan suicidándose. (Pérez Urdaniz, 2004). Esta gravedad, su omnipresencia clínica, el deterioro de funcionamiento, y la dificultad de tratamiento hacen, de hecho, que cuando hablemos de tratamiento y rehabilitación de TP, estemos pensando, casi siempre, en este subgrupo.

A pesar de dichas dificultades respecto al TP límite, que lo han convertido en la “estrella” de los TP, en los últimos años, dos evidencias esperanzadoras van consolidándose: en primer lugar, que el pronóstico a largo plazo es mejor de lo que se creía, con importantes tasas de “remisión diagnóstica” a lo largo del tiempo; y en segundo lugar, que buena parte de esa remisión puede ser debida a la aplicación cada vez más frecuente y sistemática de modalidades de tratamiento efectivas (Fonagy, 2006).

2.2. Principios generales de tratamiento y rehabilitación de personas con TP

Podemos exponer un número de facetas generales del manejo de personas con TP que merecen consideración previamente a cualquier plan rehabilitador (Bateman y Tyrer, 2004):

- **Evaluación.** La evaluación de la personalidad debe formar parte rutinaria de todo proceso diagnóstico psiquiátrico, por medio de la evaluación rutinaria de cuatro dominios: síntomas, experiencia subjetiva, función interpersonal y función social. La evaluación del funcionamiento social es minimizada con frecuencia en el diagnóstico de personas con TP, aunque es imprescindible si se quiere diseñar un plan de rehabilitación, y debe incluir las áreas habituales de habilidades sociales, funcionamiento en roles domésticos y habilidades instrumentales, funcionamiento académico y laboral y apoyos sociales, económicos y residenciales. Además, deben valorarse los probables trastornos psiquiátricos asociados (incluyendo hábitos tóxicos y alimentarios) y los posibles riesgos (antecedentes y pensamientos

de auto y heteroagresividad). Dicha valoración personal, de manera habitual, debe complementarse con una entrevista con un informante. Toda la valoración debe servir, en primer lugar, para formar una formulación del caso que sea comprehensiva y comprensible para el paciente y el evaluador.

- **Alianza contractual.** la alianza de trabajo entre el paciente y el equipo tratante es la clave de un tratamiento exitoso, y aunque es un proceso fluctuante y a mantener durante todo el tratamiento, durante la fase de planificación depende de varios factores. En primer lugar, de la adopción de objetivos concretos y a corto plazo, incluidos dentro de un plan general de tratamiento, que defina claramente aspectos como el programa a usar, el encuadre, papeles de profesionales, conducta a seguir ante crisis, etc, utilizando si es posible, reglas escritas. En segundo lugar, son importantes para el cumplimiento, como en otras personas con trastornos mentales graves, el asegurar tanto un suficiente apoyo social (por ejemplo, residencial o económico) como la accesibilidad de los servicios.
- **Consistencia y constancia.** La conocida capacidad de los pacientes con TP de dividir equipos puede minimizarse con la coordinación entre el personal, la claridad de los papeles, y la intervención de un número reducido de personas y con pocos cambios.
- **Entrenamiento y supervisión.** Las características personales de los terapeutas son tan importantes, que se puede afirmar que no todo el mundo vale para tratar personas con TP. Estilos con excesivo control o implicación, por ejemplo, pueden ser contraproducentes, y las demandas interpersonales de los pacientes, extenuantes o provocadoras de reacciones contratransferenciales, lo que hace imprescindibles el entrenamiento y la supervisión de los terapeutas.
- **Manejo de crisis y riesgos: uso de la hospitalización breve.** Aunque está muy extendida la idea de que la hospitalización es inefectiva, puede ser contraproducente y debe mantenerse tan infrecuente y breve como sea posible, los expertos en el tema insisten en que su uso indicado y juicioso puede ser beneficioso (Fagin, 2004). En primer lugar, parte de los problemas de manejo en la hospitalización pueden deberse a la mala adaptación de los servicios actuales a las personas con TP, al descuidar aspectos como el ambiente terapéutico de la unidad. En segundo lugar, existen indicaciones para la hospitalización breve como las intervenciones en crisis por riesgo hacia sí mismo o a otros, el tratamiento

para trastornos comórbidos, estabilización de medicación o revisión diagnóstica o del plan de tratamiento. En tercer lugar, los ingresos deben ser breves, de tiempo limitado y con objetivos concretos. En último lugar, algunos estudios sugieren que una política excesivamente restrictiva con la hospitalización puede ser perjudicial para el funcionamiento de pacientes y aspectos relacionados con conductas peligrosas (Tyrer y cols 1994)

2.3. Modelos, niveles y modalidades del tratamiento y rehabilitación de personas con TP

Los **modelos de tratamiento** dependen del número y especialización de los terapeutas. El modelo de único terapeuta, encargado de la gestión del caso y de los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico, sólo sería suficiente, de manera general, para los TP leves, de tipo C habitualmente (o con funcionamiento de tipo “neurótico”). Para los TP graves, es aconsejable utilizar la división de funciones con coordinación entre profesionales (o en terminología de Gunderson, el “principio de tratamiento escindido”). Una forma simple de esta división consistiría en un especialista responsable, gestor de caso y generalmente prescriptor, que se coordina, bien con un terapeuta o con una serie de éstos o de servicios tratantes, dependiendo de las necesidades del paciente. Un subtipo más avanzado es el equipo interdisciplinar, especializado en TP, encargado de proveer de todos los servicios. (Bateman y Tyrer, 2004).

En cuanto a los **niveles de atención**, cada vez está más claro, que la organización del tratamiento y la rehabilitación de las personas con TP graves, debe constituirse en un tratamiento en red, multicomponente y con continuidad de cuidados, organizado en niveles de atención que configuran una secuencia lineal de más restrictivo (hospitalización) a menos (ambulatorio), cada uno de tiempo variable, dependiendo de las necesidades del paciente y la disponibilidad de servicios en el territorio, y cada uno orientado a diferentes problemas jerárquicamente dispuestos: conductas, síntomas, funcionamiento y afectos. El modelo de este tipo más conocido es el de Gunderson (2002), que incluye cuatro niveles consecutivos, que engloban diferentes **modalidades de tratamiento**:

- Nivel IV: Hospitalización.
- Nivel III: Tratamiento residencial (Comunidad Terapéutica) u Hospital de Día.
- Nivel II: Servicios Ambulatorios Intensivos: que engloban la Terapia Conductual-Dialéctica, y el Tratamiento Asertivo comunitario.

- Nivel I: Tratamiento Ambulatorio: psicoterapia individual, grupal y psicoeducación.

2.4. Modalidades de tratamiento socioterapéutico o rehabilitadoras

Las dos modalidades de tratamiento más frecuentemente usadas en la clínica para los TP, la psicoterapia individual de corte dinámico y la psicofarmacología, dirigen su atención preferentemente, hacia los síntomas subjetivos y conductuales, y a las bases psicológicas y biológicas que los sustentan. Sin embargo, estas modalidades, aunque importantes, pasan por alto la significativa contribución que pueden hacer las modalidades más rehabilitadoras, que van dirigidas de forma más directa al deterioro social y a los problemas de adaptación social, cuestiones que requieren de un modelo de rehabilitación psiquiátrica (Links, 1993). Como modalidades de tratamiento con un fuerte componente rehabilitador, encontramos: la comunidad terapéutica, el hospital de día, el tratamiento asertivo comunitario y las socioterapias ambulatorias guiadas por manuales y diseñadas específicamente para el TP límite, esto es, la terapia conductual dialéctica, la terapia familiar psicoeducativa, y la terapia de grupo interpersonal.

Una definición general de **Comunidad Terapéutica** es la de un “programa o ambiente social diseñado expresamente en el que los procesos sociales y grupales son manejados de forma terapéutica, siendo la comunidad el principal instrumento terapéutico. Generalmente el término describe comunidades pequeñas y altamente cohesivas donde los pacientes tienen una participación significativa en la toma de decisiones y en las tareas cotidianas de la unidad, estando estructuradas de tal manera que fomentan la responsabilidad personal y evitan la dependencia de profesionales” (Campling, 2001). Estos programas oscilan entre servicios residenciales especializados (generalmente llamadas comunidades terapéuticas en sentido estricto), y otros más hospitalarios que, además del ambiente terapéutico, utilizan programas clínicos y abordajes rehabilitadores.

Existe cierta controversia con el coste y los riesgos de institucionalismo de las comunidades terapéuticas, aunque que un estudio reciente (Proyecto Cassel de Trastornos de Personalidad: Chiesa y cols, 2004), arroja cierta luz sobre su uso y su papel en la red de servicios. Se compararon tres programas: comunidad terapéutica durante 12 meses; comunidad terapéutica durante 6 meses, seguida de tratamiento ambulatorio mo-

deradamente intensivo (grupo y supervisión semanal); y un tratamiento ambulatorio general (supervisiones mensuales). El primer grupo mostró una mejoría moderada en síntomas y función global y social, sin cambio en la tasa de reingresos e intentos suicidas. El segundo grupo mostró una mejoría en todas las variables, siendo el más efectivo. Por último, el grupo ambulatorio estándar sólo mostró una ligera mejoría en reingresos e intentos. Estos resultados muestran que la comunidad terapéutica de larga estancia y aislada de la red, puede mejorar síntomas a expensas de provocar cierta dependencia del hospital, mientras que la de tiempo intermedio, siempre que esté integrada en un programa de continuidad de cuidados suficientemente intensivo, puede ser muy efectiva.

El *Hospital de Día* es considerado por muchos clínicos expertos como uno de los servicios centrales y específicos en el tratamiento y rehabilitación para las personas con TP. Esto ha venido confirmándose por diferentes autores, aunque hay que señalar, por influyente, el estudio de Bateman y Fonagy (2001), en el que comparaban pacientes tratados en un Hospital de Día, de orientación dinámica aunque con componentes rehabilitadores, y tratamiento ambulatorio estándar. El primer grupo conseguía una mejoría en variables sintomáticas, sociales (medidas por la SAS), reingresos, autoagresiones y de utilización de servicios, que se mantenía y ampliaba en el seguimiento de 18 meses, y era de la suficiente magnitud para producir un ahorro de 12.000 dólares al año.

El **Tratamiento Asertivo Comunitario** es un programa de intervenciones dirigidas a mantener en la comunidad y mejorar el funcionamiento de personas con trastorno mental severo. Suele consistir en un grupo interdisciplinar, con alto ratio de personal, que provee de tratamiento, rehabilitación y apoyo prolongados, intensivos e in situ, y que ha demostrado gran efectividad en personas con psicosis crónicas. Aunque no hay estudios específicos para personas con TP, el reanálisis de estudios generales sugiere que puede ser también efectivo en cuanto a rehospitalizaciones, algo menos en funcionamiento social, y menos en autoagresiones y conducta impulsiva, lo que puede aconsejar modificaciones en la provisión del tratamiento que aborden específicamente la regulación de impulsos. (Links, 1998).

La **Terapia Conductual Dialéctica (TCD)** puede considerarse como un tratamiento ambulatorio intensivo, puesto que en su aplicación estándar consiste en una sesión de una hora semanal de terapia individual, un grupo

semanal de habilidades de unas 2,5 horas de duración, junto a coordinación entre profesionales y acceso a llamadas urgentes. La efectividad de esta intervención ha sido de las más estudiadas, lo que, junto al carisma de sus proponentes, la ha convertido en una de las más conocidas. La literatura parece indicar que la fortaleza de la TCD estriba sobre todo en la importante reducción de las conductas suicidas y las hospitalizaciones, sobre todo en aquellos más afectados en dichas áreas (Verheul, 2003). La efectividad es menor en cuanto a la función global y menor en cuanto a los síntomas subjetivos emocionales, lo que puede hacer pensar en su utilidad como preparador necesario previo a intervenciones rehabilitadoras o dinámicas, respectivamente.

En los últimos años se están proponiendo intervenciones familiares, que, de manera similar a las utilizadas con enfermos esquizofrénicos, utilizan terapias familiares psicoeducativas, con un modelo cuasi-médico y de déficit de la patología, y con un abordaje de resolución de problemas. Aunque no hay datos al respecto, es de esperar que estos abordajes complementen otras intervenciones asegurando la colaboración familiar y la adaptación del paciente a su familia. (Gunderson, 2002).

Otra intervención que intenta abordar de manera específica la adaptación social es la terapia de grupo, especialmente aquella con abordaje interpersonal. Aunque todavía con poco apoyo empírico, la intuición clínica y algunos datos sugieren que podría tener un papel socializador importante a nivel ambulatorio, y que constituiría una secuela o alternativa a los grupos de habilidades sociales de la TCD. En este sentido, en caso de conducta disruptiva previa, se aconseja utilizar previamente los niveles de tratamiento III o IV, o bien la TCD, más efectivos para esto, pero que harían difícil de manejar la terapia de grupo. (Marziali y Munroe-Blum, 1994).

2.5. Situación del tratamiento y rehabilitación en nuestro medio de personas con trastorno de personalidad graves

Tradicionalmente, las personas con TP son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental y rehabilitación, aunque de manera descoordinada, y con falta de formación y recursos por parte de los profesionales, lo que provoca un gran consumo de recursos inadecuados, causando sufrimiento, ineffectividad y cansancio profesional. De manera general, tal vez sea en los Hospitales de Día donde se lleva a cabo el tratamiento más integral de estas patologías, aunque no todos están preparados para ello, ni generalmente existe una conti-

nuidad de cuidados a través de la red general.

En los últimos años se están empezando a proponer algunas iniciativas aisladas como estrategias de coordinación y continuidad de cuidados, programas específicos dentro de dispositivos de tratamiento y rehabilitación (como en el CRPS de Arganda) o unidades específicas que engloban tratamiento ambulatorio y hospitalización, como la Unidad de Trastornos de Personalidad de Zaragoza (Rubio, 2004).

En la Comunidad de Madrid, el Plan de Salud Mental 2003-2008 contempla la creación de tres unidades suprasectoriales llamadas Comunidad Terapéutica Hospitalaria, una de ellas actualmente funcionando en régimen de concierto en la Clínica de San Miguel, y dos en proyecto en el Instituto Jose Germain y en el Hospital Rodríguez Lafora, respectivamente. Estas unidades proveen atención especializada hospitalaria de media duración (6 meses), voluntaria, con tratamiento integral e intensivo, con un enfoque psicoterapéutico. De manera complementaria, un grupo de trabajo está diseñando un programa de continuidad de cuidados específico, aplicable a cada área, que integrará los diferentes servicios en la provisión de tratamiento y rehabilitación a esta población.

3. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS Y ABUSO DE DROGAS

3.1. Introducción: prevalencia, hipótesis explicativas y consecuencias de la patología dual

La incorporación de las personas con enfermedad mental grave a la comunidad ha incrementado el número de consumidores de sustancias en esta población, al menos de igual manera a como lo ha hecho en la población general. Los estudios epidemiológicos (p. ej., el ECA) estiman que en los pacientes con esquizofrenia, el riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias a lo largo de la vida es 4,6 veces el de la población general, siendo las sustancias más consumidas, tras la nicotina, el alcohol (3,6 veces mayor) y el cannabis (5 veces). (San, 2004)

Desde un punto de vista principalmente neurobiológico, las hipótesis que explicarían esta asociación son dos: en primer lugar, la hipótesis de la automedicación, por la que los usuarios consumen drogas para tratar de mitigar síntomas desagradables, sobre todo los síntomas negativos, la disforia y los efectos secundarios de

la medicación, lo que explicaría, por ejemplo el mayor abuso relativo de cocaína (13 veces) en personas con esquizofrenia. La segunda teoría postula que la sustancia es la causa, o mejor, el factor predisponente de la psicosis, especialmente en población vulnerable (San, 2004).

Sin embargo, algunos hechos contradicen estas teorías, y justifican una visión más psicosocial de la relación entre ambos trastornos. En primer lugar, los estudios epidemiológicos no son consistentes, encontrándose gran variedad de cifras dependiendo de la metodología y del entorno local (variabilidad que también se da en la población general). Algunos estudios hallan cifras parecidas de uso de sustancias a la de la población general (ya de por sí altas en nuestro entorno), y existe consenso de que los factores de riesgo son similares: adultos jóvenes, sexo masculino, desempleo, bajo nivel educativo, historia de personalidad antisocial, trastornos de conducta y problemas familiares. Además, no parece haber asociaciones epidemiológicas entre trastornos o síntomas y drogas específicas, lo que parece indicar que “la respuesta a una droga es heterogénea entre los diferentes individuos y no todas las drogas tienen efectos patológicos sobre síntomas específicos” (Dixon, 1991, citado en Fernandez, 2002, pag 600). Por último, se constata que a menudo, los pacientes con uso concomitante de sustancias muestran igual o mejor ajuste premórbido y un mayor número de contactos sociales que aquellas personas con esquizofrenia no usuarias de sustancias, y que el riesgo de uso aumenta un tanto tras el contacto con dispositivos de rehabilitación y la subsiguiente mejoría del funcionamiento (Drake, 1998).

Estos últimos factores, por tanto, complejizan las hipótesis anteriores con otros modelos etiológicos complementarios: En primer lugar, parece que las personas jóvenes con psicosis consumen sustancias por los mismos motivos inespecíficos que el resto de la juventud. En segundo lugar, los factores sociales pueden explicar que algunas personas con esquizofrenia contactan más con subculturas más marginales con consumo habitual de drogas, que facilitan una identidad más aceptable que la de enfermo mental, y proveen más oportunidades para la interacción social. En último lugar, factores individuales explicarían que el consumo de sustancias sea mayor en aquellas personas con mejor ajuste (pre mórbido, o mejorado tras un proceso de rehabilitación), más sociables y por tanto con más oportunidades para la adquisición de drogas, usadas posteriormente como medio de afrontamiento del estrés. (Fernandez, 2002).

Haya o no diferencias de prevalencia de uso con la población general, en lo que sí están de acuerdo todos los estudios es en que el uso de drogas tiene consecuencias mucho más graves en la población con trastornos psiquiátricos crónicos. Estos presentan mayor número de conductas violentas, problemas legales y suicidios, menor tasa de remisión, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor inestabilidad laboral y de vivienda, más enfermedades médicas, mayor utilización de servicios de urgencias, mayor sobrecarga familiar y peor adherencia y cumplimiento terapéutico, constituyendo un perfil superponible al que se ha llamado “paciente crónico adulto joven” (Fernandez, 1997).

Teniendo en cuenta lo anterior, podría afirmarse que las personas con esquizofrenia que abusan de las drogas pueden representar un subgrupo con mejor pronóstico y funcionamiento a priori, pero en los que el abuso de drogas terminaría afectando adversamente al resultado global (Fernandez, 2002), lo que hace que su reconocimiento y abordaje terapéutico sean tan importantes.

3.2. Rehabilitación de personas con patología dual: introducción.

El abordaje terapéutico de los trastornos psicóticos asociados a abuso de drogas presenta dificultades añadidas a las supuestas al tratamiento de cada uno de ellos por separado, debidas principalmente a las interferencias entre medicación, drogas y síntomas, por lo que no hay una línea divisoria clara entre ambos trastornos, sino más bien una interacción con consecuencias mayores que la suma. Las personas con ambos diagnósticos no constituyen una categoría clínica homogénea, y no existe un programa de tratamiento claramente eficaz. Esto, unido a la tradicional separación de los servicios para toxicomanías de los servicios de salud mental, ha provocado un gran debate sobre la dificultad de establecer descripciones de tratamientos ideales.

Los tratamientos por separado de ambos trastornos se caracterizan por ser a largo plazo, con énfasis en las recaídas, motivación y adherencia, provistos por múltiples instancias coordinadas en una continuidad de cuidados, con intervenciones a varios niveles y multidisciplinariedad. Históricamente, tanto los dispositivos que atienden a personas dependientes de sustancias como los que atienden a población con trastornos mentales graves, han trabajado con el modelo de rehabilitación. Por tanto, conceptualmente, parece lógico que ambas

intervenciones estén integradas en el concepto más amplio de rehabilitación psicosocial, teniendo como objetivo la intervención sobre las discapacidades y las minusvalías.

3.3. Estrategias de intervención en patología dual

En un primer nivel de análisis de la intervención, es importante distinguir entre estrategias preventivas, programas libres de drogas y programas de reducción de daño. (Fernandez, 1997, 2002).

El **enfoque preventivo**, integrado en todas las intervenciones de los agentes rehabilitadores, es importante puesto que, como hemos dicho, las personas con enfermedad mental grave tienen similares factores de riesgo que la población general, y además las estrategias rehabilitadoras pueden aumentar el riesgo de uso de sustancias al mejorar la socialización, empeorando posteriormente el pronóstico. En este sentido, la evaluación de todos los usuarios de los dispositivos rehabilitadores debe incluir de manera exhaustiva, tanto el consumo de drogas como los factores de riesgo para ello, y la “promoción de la salud” debe abordarse de manera transversal como un componente fundamental de los programas de rehabilitación.

Los **programas libres de drogas** son el objetivo deseable en el tratamiento de la patología dual. Se articulan en torno al abandono del consumo y el fin de la dependencia, partiendo del compromiso del paciente. Precisan para su aplicación dos condiciones: por un lado una motivación inequívoca del paciente para lograr la abstinencia (junto a condiciones como un entorno favorable, actitud ante el tratamiento, “haber tocado fondo”, etc). Por otro lado, precisan para su aplicación la existencia de dispositivos específicos o al menos con capacidad técnica de abordar los dos problemas, bien de forma integrada (en un servicio) o paralela (entre dos servicios).

Los **programas de reducción de daños** no tienen la abstinencia como objetivo, sino el aminorar las consecuencias del consumo. Se utilizan cuando no se cumplen alguna de las condiciones anteriores, bien por falta de motivación del paciente o de preparación técnica del servicio. Es decir, estos programas pueden y suelen ser aplicados por servicios no especializados, generalistas de salud mental. Estos programas no deberían ser una alternativa a los programas libres de drogas, sino que se plantean idealmente como una etapa transitoria para poder pasar después a una etapa donde el objetivo sea la abstinencia.

3.4. Modelos de intervención en patología dual

En un segundo nivel de análisis, y de acuerdo a la relación temporal y funcional entre el tratamiento de la psicosis y del abuso de drogas, se pueden distinguir tres tipos de modelos (Arias, 2002, Fernandez 1997, 2002; Guardia, 2003):

- a) **Secuencial:** el paciente inicia un segundo programa de tratamiento tras haber completado el primero. Este modelo puede ser eficaz cuando la intervención para el segundo trastorno puede esperar temporalmente y no se espera que el paciente presente complicaciones debido a la interacción entre ambos trastornos, y no existen demasiadas complicaciones psicosociales. Estas condiciones rara vez se dan en la patología dual con trastornos psicóticos crónicos o enfermedades mentales graves, por lo que este modelo no se considera indicado útil en esta población.
- b) **Paralelo:** en este caso el paciente inicia dos programas diferentes para tratar por separado ambas patologías. En nuestro medio es el más utilizado debido a la separación entre las dos redes de atención, de adicciones (CAD), y de Salud Mental (SSM). Sus limitaciones vienen del hecho de que la naturaleza interconectada de ambos problemas dificulta el discernimiento del clínico para tratar uno sin abordar el otro y de que la separación puede inducir a los pacientes a reconocer sólo uno de los trastornos como problema, al estar en diferentes estadios de aceptación de ambos trastornos o por recibir mensajes contradictorios de los diferentes equipos. La aplicación de este modelo por tanto implica implantar un fuerte mecanismo de coordinación entre las dos redes.
 - Integrado: dicho modelo consiste en que ambos trastornos son evaluados y tratados simultáneamente, “bajo un mismo techo” y por un mismo equipo asistencial. Debido a las limitaciones anteriores de los modelos secuencial y paralelo, el abordaje integrado se considera el modelo de elección para el abordaje de la patología dual en pacientes con psicosis crónicas. Desde la década de los 90, diversos estudios experimentales, especialmente en el medio estadounidense, han mostrado resultados espacialmente en la reducción de hospitalizaciones y consumo de drogas (Arias, 2002).

3.5. Características de los programas integrados

Los programas de tratamiento integrado para patología dual abordan de manera integrada tanto los problemas

psiquiátricos como de adicción, y son provistos por un equipo multidisciplinar experto en ambos campos. Estos programas se caracterizan por ser altamente estructurados, con intervención en fases, llevados a cabo en un entorno de apoyo, libre de drogas, con estilo motivacional no confrontativo, con combinación de terapia individual y grupal, incorporando diversas intervenciones de tratamiento y rehabilitadoras (habilidades sociales, resolución de problemas, psicoeducación), así como apoyo sociosanitario, a lo largo de una continuidad de cuidados que siga al paciente a lo largo de distintos niveles de atención, con variedad de servicios.

A continuación, describiremos algunas de las características o componentes (ver Arias, 2002; Fernandez 1997, 2002; Guardia, 2002; Fernandez Marcote, 2007; Negrete, 2007):

- **Integración de las intervenciones:** consiste en la integración conceptual y práctica de los principios del tratamiento de abuso de sustancias y de salud mental en un dispositivo asistencial y por todo el equipo. A nivel conceptual esto implica la aceptación de ambos paradigmas por un equipo multidisciplinar, con una visión de los problemas como mutuamente interaccionados, sin dar prioridad a uno sobre el otro. A nivel práctico, esto implica una multidireccionalidad de las intervenciones hacia ambos problemas por todos los profesionales y en todos los programas.
- **Estilo motivacional:** la motivación es un componente fundamental en la intervención, y tiene como objetivo lograr la responsabilización del paciente en ambos problemas, tanto en la abstinencia de las sustancias como la adherencia al tratamiento psiquiátrico. El estilo general deberá ser de apoyo, no confrontativo, educativo y con objetivos consensuados. Como estrategias de motivación más importantes están:
 - **La entrevista motivacional,** técnica muy utilizada en el campo de las toxicomanías y que se basa en la ambivalencia del individuo, se ha mostrado eficaz en esta población aplicando algunos cambios técnicos (Guardia, 2003)
 - **La intervención en etapas** basadas en los modelos transteóricos de cambio. En el abordaje de la patología dual se reconocen cuatro etapas sucesivas que guían la aplicación de las diferentes intervenciones: a) reclutamiento y retención, b) labor persuasiva o motivacional, c) fase activa de tratamiento sobre ambos trastornos y d) mantenimiento del cambio y manejo de recaídas.
- **Otras estrategias motivacionales:** oferta de servicios de apoyo (residenciales, laborales, etc), estrategias coactivas (apoyo en familia, en sistema judicial, etc), control del dinero, psicoeducación, etc
- **Entorno libre de drogas:** en principio, este concepto es distinto de la elección de estrategia con “reducción del daño” o de “abstinencia” puesto que la estrategia estará condicionada por el estadio de cambio del paciente. El diseño de dispositivos como “libres de drogas” o “seguros” implica, p ej, la realización de análisis toxicológicos y el no permitir consumos en el centro o la permanencia de una persona con signos de intoxicación. En caso de infracciones reiteradas, se pueden plantear expulsiones temporales, pero nunca completas, manteniendo algún tipo de contacto durante la expulsión.
- **Continuidad de cuidados:** por medio del manejo o gestor de casos, miembro del equipo que se constituye en el referente y pretende adecuar los diferentes recursos a las necesidades y problemas específicos del paciente. En este sentido, satisfacer las necesidades sociales (alojamiento, dinero, etc) puede ser decisivo para comprometer al paciente en el tratamiento.
- **Niveles de intensidad,** que son usados según necesidad a lo largo del proceso rehabilitador, y que incluyen:
 - **Hospitalización completa,** que puede ser necesaria con cierta frecuencia, para la estabilización psiquiátrica, desintoxicación o clarificación diagnóstica. Dada la complejidad de los casos, se han propuesto unidades de hospitalización específicas con mayor tiempo de ingreso, especialmente para personas politoxicómanas y/o en tratamiento con metadona.
 - Tratamiento intensivo ambulatorio, con un mínimo de 9 horas de tratamiento semanal. Incluye la hospitalización parcial (Hospital de Día) o dispositivos de rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día).
 - Tratamiento ambulatorio convencional, para algunos autores insuficiente en esta población debido a su gravedad.
 - Nivel residencial, tipo comunidad terapéutica, especialmente indicado para aquellos con bajo apoyo social.
- **Intervenciones rehabilitadoras:** Las intervenciones que deben formar parte del programa son, obligatoriamente, la psicoeducación (sobre el consumo

de drogas, síntomas y fármacos psiquiátricos, donde el diagnóstico primario es poco relevante, considerándose que ambos trastornos son mutuamente reforzados), técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, incentivos y contingencias conductuales al no consumo), técnicas de prevención de recaídas y psicoeducación familiar. El formato grupal es un componente fundamental, con una actitud no confrontativa (pues los pacientes con psicosis son altamente vulnerables a la confrontación), un estilo de apoyo y educativo. Los grupos deberían ser homogéneos para poblaciones duales y de tamaño más pequeño que en toxicomanías.

- **Rehabilitación y apoyo residencial y laboral:** se consideran indispensables, tanto para la motivación como para la reinserción social.
- **Grupos de autoayuda:** aunque recomendados por algunos autores para estos pacientes, se consideran que plantean dificultades específicas, como la dificultad interpersonal, el rechazo en los grupos, actitudes confrontativas o influencias contraproducentes, como la negación de la enfermedad mental o el rechazo de la medicación de algunos miembros del grupo. Debido a esto, se han propuesto grupos de autoayuda específicos, llamados “de doble trastorno”.
- **Tratamiento psicofarmacológico.** En esta población el cumplimiento farmacológico y la prevención de recaídas son fundamentales, por lo que se deben dirigir grandes esfuerzos para mantener la adherencia. Aunque no es el objetivo de esta revisión, es importante señalar que los tratamientos psicofarmacológicos tienen que adaptarse a las características de los pacientes, lo que precisa un buen nivel de conocimiento: p.ej. uso de neurolépticos atípicos, uso de metadona, precaución con el disulfiram y las benzodiacepinas, uso de estabilizadores gabaérgicos, etc (ver San 2004).

3.6. Alternativas al modelo integrado adaptadas al sistema sanitario español

Los programas integrados puros han sido desarrollados y han demostrado su efectividad en EEUU, pero no existen estudios sobre ellos en Europa. Los servicios especializados y centralizados norteamericanos podrían tener más dificultades para la integración con los servicios generalistas de salud mental o de adicciones, los equipos de atención primaria y los servicios sociales que

los servicios sectorizados europeos, con riesgo de romper la continuidad terapéutica y de seleccionar pacientes menos problemáticos, siendo además más caros.

En nuestro medio, el modelo predominante de atención a personas con diagnóstico dual es el de tratamiento paralelo entre los Servicios de Salud Mental y los Centros de Atención al Drogodependiente. Dicho modelo obliga a una coordinación modélica que precisa de:

- Acuerdos de colaboración entre instituciones.
- Mecanismos de coordinación, como participación conjunta en reuniones como las Comisiones de Rehabilitación de Área.
- Formación suficiente de los profesionales de salud mental en adicciones y de toxicomanías en salud mental, al menos para no enviar mensajes contradictorios y utilizar un mismo lenguaje, siendo el paradigma de la rehabilitación el punto de encuentro fundamental.
- Protocolización de la atención y del sistema de derivación.

Sin embargo, salvo experiencias aisladas, el modelo actual no parece satisfactorio. Existe una gran dificultad de coordinación entre dos redes históricamente independientes, con servicios y equipos propios y áreas sanitarias no coincidentes, lo que produce frecuentemente un “rebote” de los pacientes entre los dos servicios, lo que implica paradójicamente la desatención de pacientes que por su gravedad deberían ser prioritarios.

En este sentido, se han avanzado algunas propuestas de adaptación del modelo integrado a nuestro medio (sin ignorar la necesidad de coordinación entre las dos redes), que fueran fácilmente replicables y generalizables al sistema, aunque esta solución no está exenta de debate. La primera cuestión es donde se centralizaría la atención a pacientes con patología dual, lo que da cuatro posibles respuestas, no necesariamente excluyentes:

- Servicios específicos independientes para patología dual (Comunidad de Madrid, 2003).
- Programas incluidos en los Centros de Atención al Drogodependiente, CAD (Fernandez Marcote, 2007).
- Programas incluidos en los Servicios de Salud Mental, SSM (Arias, 2002).
- Programas incluidos en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la red de Salud Mental (Fernández, 1997, 2002).

La segunda cuestión es como se llevaría a cabo la implementación de estos programas integrados en los servicios, apuntándose diversas alternativas:

- Creación de un servicio independiente y específico, que puede ser dependiente administrativamente de una o de las dos redes de atención, aunque funcionalmente debería estar sectorizado, aplicando, tanto tratamiento y rehabilitación directos como apoyo a los servicios generalistas del área
- Añadir un profesional especializado y proveniente de la red de adicciones al equipo de salud mental, o bien un profesional de salud mental al servicio de adicciones.
- Entrenar intensivamente en adicciones o en psiquiatría a todo el equipo, respectivamente, del CAD o del SSM, aunque esto es difícil debido a la presión asistencial
- Designar a un especialista (psiquiatra) del equipo (del CAD o del SSM) para que se haga cargo de los trastornos duales, con formación y supervisión intensiva y contactos con otros especialistas similares, para evitar el burn out.
- Designación de un equipo multidisciplinar para diagnóstico dual dentro del servicio correspondiente para implementar un programa de tratamiento integrado. Dicho equipo podría o no dedicarse exclusivamente a los trastornos duales. Una alternativa, por ejemplo, sería que el que un equipo multidisciplinar encargado del seguimiento y rehabilitación de trastornos mentales graves (preferentemente usando el modelo de tratamiento asertivo) dentro del Servicio de Salud Mental, se pudiera encargar (tras formación y dotación de medios técnicos) del tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves y dependencia de sustancias.

En la Comunidad de Madrid, el Plan de Salud Mental 2003- 2008 (CAM, 2003, pag 95, 125 y 160) propone:

- La creación de un grupo de trabajo para establecer mecanismos de coordinación, protocolos de actuación y estrategias de formación e investigación.
- La creación de unidades ambulatorias específicas, llamadas Consultas Ambulatorias de Patología Dual, para el abordaje de pacientes graves. Según el Plan estas consultas se establecerían a nivel de área, sitas bien en un hospital general o en un CAD. Estarían compuestas por un equipo multidisciplinar (psiquiatra a tiempo total, y enfermero, psicólogo y trabajador social a tiempo parcial) de distinto origen administrativo (Salud Mental, Agencia Antidroga y Ayuntamiento) pero con dependencia funcional de la Gerencia de Atención Especializada del área sanitaria.

- El Plan de Salud Mental también contempla la creación de una unidad hospitalaria de patología dual, en colaboración con la Agencia Antidroga, situada en el Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora.

Por otro lado, el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid ha creado una Unidad de Patología Dual, que, a diferencia de los dispositivos anteriores, sí está funcionando actualmente. Se trata de una unidad de hospitalización completa, voluntaria, con 23 camas, estancia entre 1 y 3 meses, con un programa estructurado y equipo multidisciplinar. Está dirigida a pacientes con trastornos psicopatológicos y adictivos que precisan hospitalización. Por último, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid también dispone de recursos residenciales (dos pisos supervisados con 7 plazas cada uno) para pacientes con patología dual.

En el momento de escribir este trabajo, no existen estudios epidemiológicos sobre patología dual en la Comunidad de Madrid, aunque está en curso un estudio auspiciado por la Asociación de Patología Dual.. En este momento, no está en funcionamiento ninguna consulta de patología dual. Respecto a la unidad específica y los pisos de reinserción, si están en funcionamiento e integrados en la red de atención a drogodependientes (que agrupa al Instituto de Adicciones y a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid). El problema es que la derivación a estos recursos se realiza desde los CAD, lo que hace necesaria la implantación de mecanismos regulares de coordinación y protocolos de derivación entre la red de salud mental y de adicciones.

4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

4.1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental

Las personas con retraso mental exhiben todo el rango de trastornos psiquiátricos descritos en la población general. Los estudios epidemiológicos señalan tasas de prevalencia superiores, de 30 a 50%, frente al 30% de la población general, aunque la magnitud de dicha diferencia no está clara: la prevalencia varía según el tipo de población (ambulatoria o institucionalizada), y no existen instrumentos que comparen directamente la morbilidad en población general y con retraso mental. De todas formas, y globalmente, podemos observar una mayor tasa de trastornos por abuso de sustancias, trastornos afecti-

vos y neurosis en la población general, y una mayor tasa de psicosis, autismo y problemas de conducta en la población con retraso mental. (Simpson, 2006)

Se han propuesto muchas explicaciones posibles para la elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en sujetos con retraso mental, aunque no existe ninguna razón por la que esperar que tengan una etiología diferente. En general, se señala que los factores biológicos (disfunción cerebral) interactúan con factores psicológicos (déficit de inteligencia, dificultades en comunicación, déficit de capacidad de afrontamiento, fallo en adquisición de habilidades sociales y baja autoestima) y factores ambientales (problemas con los padres y cuidadores, rechazo y etiquetado y escaso acceso a los recursos sociosanitarios) (Salvador, 1995)

Los trastornos psiquiátricos y de conducta tienen un alto impacto en los sujetos con retraso mental, provocando una reducción en la capacidad de funcionamiento, limitación del proceso de integración y una necesidad de atención más intensa, debido a más hospitalizaciones y más costes de la atención.

4.2. Evaluación y diagnóstico de trastornos psiquiátricos en retraso mental

Un aspecto importante es la gran dificultad para la evaluación y diagnóstico del estado de la salud mental en personas con retraso mental, lo que limita la detección, evaluación, y la planificación del tratamiento, cuidados y rehabilitación. Esta dificultad viene determinada por cuatro tipos de problemas (Salvador, 1999):

- **Problemas atribuibles al sujeto o informador:** por distorsión intelectual (dificultad para observar y describir la propia conducta y el estado), enmascaramiento psicossocial (presentación particular de los síntomas psiquiátricos) y desintegración cognitiva (dificultades en el procesamiento de la información que pueden reflejarse como conductas extravagantes y síntomas psicóticos). Además, aparecen otras dificultades como tendencia a la aquiescencia, baja atención, sentimiento de fracaso y problemas lingüísticos y fonológicos.
- **Atribuibles al entrevistador:** por desconocimiento de los profesionales (por falta de formación o prejuicios) o ensombrecimiento diagnóstico (tendencia a atribuir al retraso mental los síntomas psiquiátricos).
- **Atribuibles al método de evaluación,** por que hasta fecha reciente no se disponía de suficientes instrumentos estandarizados (ver Salvador, 1999, para una revisión)

- **Atribuibles al sistema diagnóstico:** Existe discusión sobre la falta de validez de la aplicación de los sistemas diagnósticos habituales (CIE-10 o DSM) a las personas con retraso mental, lo que ha llevado a la construcción de criterios específicos.

4.3. Tratamiento y rehabilitación de personas con doble diagnóstico

Como hemos visto, los trastornos psiquiátricos son más prevalentes en personas con retraso mental, y empeoran la discapacidad ya de por sí disminuida. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos frecuentemente no son detectados ni tratados en esta población, debido a la dificultad de evaluación y la falta de accesibilidad a los servicios de salud mental.

En las últimas décadas, bajo la influencia de los conceptos de normalización y cohesión social, ha habido un gran desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social y laboral con enfoque comunitario, para personas con retraso mental, generalmente a cargo de Servicios Sociales.

De acuerdo con el mismo concepto de normalización, las personas con retraso mental son enviados a los servicios de salud mental cuando tienen trastornos psiquiátricos. Sin embargo, es probable que dichos servicios no estén preparados para atender a las complejas necesidades de esta población.

Con los programas de desinstitucionalización psiquiátrica, las necesidades de salud mental en la subpoblación comunitaria aumentaron, pero esto no llevó al incremento de recursos de salud mental comunitarios para esta población, lo que en la práctica lleva al riesgo de una nueva institucionalización. (Bouras, 2004)

Se han propuesto diferentes modelos de atención para las personas con doble diagnóstico (Bouras, 2004; Chaplin, 2004):

- **Servicios generales de salud mental:** ha sido hasta ahora el modelo predominante en la mayoría de los países, siguiendo un modelo de normalización anti-estigma, aunque recientemente hay cierta tendencia a la especialización. Es posible que este modelo pueda ser útil para personas con retraso mental ligero siempre que se aumente la formación de los profesionales y la accesibilidad de los servicios. De hecho, algunos programas como el Tratamiento Asertivo Comunitario han demostrado efectividad con esta población. Sin embargo, los servicios generales de salud mental no son capaces de abordar las necesidades complejas de la población más discapacitada.

- **Servicios especializados:** Cada vez más utilizados, son equipos multidisciplinares, de nivel terciario, dependientes de Salud Mental o de Servicios Sociales. Ofrecen evaluación, tratamiento y rehabilitación de forma directa, y/o apoyo a las redes generales de Salud Mental o de Servicios Sociales. Estos servicios parecen más efectivos en personas con retraso mental más grave (CI menor de 70) o con necesidades especiales como autismo.

4.4. Situación en España de la atención en Salud Mental a personas con retraso mental (Rodríguez C, 1998)

Los servicios actualmente disponibles a nivel nacional para la atención a pacientes con retraso mental y/o enfermedad psiquiátrica son los siguientes:

- **Hospitales psiquiátricos:** según algunos estudios, como el del Defensor del Pueblo (1992), la proporción de personas con retraso mental internada en hospitales psiquiátricos es del 24% o más de 3000 personas, aunque estos datos no incluyen hospitales penitenciarios, centros dependientes de administraciones autonómicas o instituciones privadas, lo que hace que el número esté muy lejos de la realidad. Extrapolando de otros estudios, la mayoría de ellos sufriría de algún diagnóstico psiquiátrico: 22% trastornos psicóticos, 5,5% demencia, 5,5% trastornos neuróticos y 32,5 algún trastorno adicional. Se ha señalado que la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización han ignorado a las personas con doble diagnóstico de retraso mental y trastorno psiquiátrico. El informe de 1985 de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica ni los planes de Salud Mental de las Comunidades autónomas no mencionan este grupo de población. Con el programa de desinstitucionalización, los pacientes psiquiátricos graves se realojaron en estructuras dependientes del sistema autonómico de salud, mientras que las personas con retraso mental en centros dependientes de servicios sociales, sin tener en cuenta a los sujetos con doble diagnóstico en ninguno de los dos casos.
- **Red de Salud Mental:** La tendencia general en la atención a personas con doble diagnóstico es la integración en el circuito sanitario general de salud mental, con el resto de población, al igual que la asistencia sanitaria general. Sin embargo, los servicios de salud mental no cubren por entero las necesidades asistenciales de la población con retraso mental. De hecho, la existencia de retraso suele ser

un criterio de exclusión para la admisión de pacientes a unidades de hospitalización psiquiátricas y dispositivos de rehabilitación. Salvo excepciones, los servicios de salud mental no han desarrollado programas específicos para la atención a esta población. En la Comunidad de Madrid, el Plan de Salud Mental 2003-2008 no menciona a las personas con retraso mental.

- **Programas sociales comunitarios dependientes de Servicios Sociales:** en casi todas las comunidades autónomas son los Servicios Sociales los que se ocupan de la atención, rehabilitación e integración sociolaboral de las personas con discapacidad intelectual, alcanzando un gran desarrollo de los servicios en los últimos años, por medio de los Centros Base, centros de día, centros ocupacionales, talleres protegidos y viviendas tuteladas. Sin embargo, dichos recursos no se encuentran preparados para atender a la población con doble diagnóstico, siendo derivados al circuito de salud mental, con la consecuencia de desatención y rechazo, como hemos dicho. Sin embargo, dada esta situación, existen algunas iniciativas y programas específicos. En la Comunidad de Madrid, el Plan de Acción para personas con Discapacidad 2005-2008 (pag 207) contempla la creación de un equipo móvil ambulatorio para el diagnóstico y apoyo al tratamiento de personas con doble diagnóstico.
- **Programas residenciales dependientes de Servicios Sociales:** como se ha señalado, con la Reforma psiquiátrica, la atención residencial de personas con retraso mental pasó a depender de los Servicios Sociales autonómicos, aunque sin tener en cuenta las necesidades de salud mental, por lo que en la práctica los trastornos psiquiátricos y problemas de conducta graves que impiden la convivencia se convierten en criterios de exclusión. En los últimos años, algunas comunidades autónomas han desarrollado residencias sociosanitarias que atienden a perfiles de este tipo. En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha concertado recientemente la gestión de cuatro Residencias-Centros de Día para personas gravemente afectadas con trastornos de conducta y psiquiátricos asociados, dos de ellas para personas con retraso mental límite. En ellas se plantean estancias temporales de dos años de duración. Sin embargo, el concepto de “plaza” con que se trabaja en Servicios Sociales, así como la falta de recursos específicos ambulatorios, dificulta la rotación y la continuidad asistencial, y puede tener dificulta-

des para evitar la institucionalización de personas que podrían haber sido atendidas más eficientemente con servicios comunitarios.

Teniendo en cuenta esta situación, el informe Biomed/ALDAPT (Rodríguez 1998) señala los siguientes problemas en la atención en España de Salud Mental para personas con retraso mental:

1. Falta de instrumentos estandarizados de evaluación y diagnóstico de problemas psiquiátricos en el retraso mental y de descripción, clasificación y comparación de servicios de atención a este grupo de personas.
2. Gran variedad de modelos de atención y falta de definición de la filosofía, objetivos y los distintos módulos de atención que componen los servicios.
3. Falta de clarificación conceptual (ej.. centros de día).
4. Desasistencia del grupo de personas con RM y problemas de Salud Mental: resistencia por parte de los gestores de centros a aceptar a este tipo de pacientes, listas de espera para acceder a los centros especializados, falta de asistencia y conocimiento sobre el tema por parte de los profesionales de Salud Mental (fenómeno de “puerta giratoria” y “ensombrecimiento diagnóstico”), falta de control de la medicación (alta prescripción de antipsicóticos).
5. Necesidad de formación del personal asistencial y de los profesionales de Salud Mental y Servicios Sociales.
6. Falta de datos actualizados sobre personas con RM y problemas psiquiátricos.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias F y cols (2002). Introducción al tratamiento integrado de la patología dual: aspectos asistenciales y terapéuticos. En Rubio G et al (eds) : “Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias” pages 259-272. Ed Panamericana, 2002.
- Bateman AW y Tyrer P (2004). Services for Personality disorders: organization for inclusion. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 10: 425-433.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36 -42.
- Bouras N y Holt G (2004) Mental Health services for adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 184, 291-292.
- Chaplin R (2004) General psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *J of Intellectual disability Research*, vol 48, part 1, pages 1-10, January 2004.
- Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C (2004) Residential versus community treatment of personality disorders. A comparative study of three treatment programs. *American Journal of Psychiatry*; 161: 1463-1470.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2005) Plan de Acción para personas con Discapacidad 2005- 2008.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2003) Plan de Salud Mental 2003-2008.
- Drake RE et al (1998): Substance use disorders and social functioning in schizophrenia. En Mueser and Tarrier: “Handbook of social functioning in schizophrenia. Pages 280-289. Allyn and Bacon, 1998.
- Fagin L (2004) Management of Personality Disorders in Acute in-patient settings. Part 1: Borderline Personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 10: 93-99.
- Fernández Aguirre y cols (1997) El campo de la rehabilitación psicosocial. En Roriguez : “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”, Pirámide, 1997.
- Fernández JA (1997). Rehabilitación de personas con necesidades especiales: las personas con trastornos psiquiátricos crónicos y abuso de drogas. En Rodríguez A (ed) : “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos” Madrid, Pirámide 1997, pages 389-412.
- Fernández JA y cols (2002). Intervenciones psicológicas en los trastornos por abuso de sustancias en personas con trastorno psicótico. En Rubio G et al: “Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias” pages 599-630. Ed Panamericana, 2002.
- Fernandez R, Henche AI (2007). Tratamientos psicosociales en esquizofrenia dual. En Szerman, Vara y Casas (eds): “Patología dual y esquizofrenia”. Pages 187-2002. Ed Glosa, 2004.

- Fonagy P (2006): Progress in the treatment of borderline personality disorders . The British Journal of Psychiatry (2006) 188: 1-3.
- Guardia J y cols (2003) Manejo del paciente con patología dual. En Sociedad Española de Toxicomanías: “Manual SET de alcoholismo”. Ed. Panamericana, 2003.
- Gunderson J (2002) Trastorno límite de personalidad: guía clínica. Ars Médica.
- Links PS (1993). Psychiatric Rehabilitation model for borderline personality disorders. Canadian Journal of Psychiatry 38 (suppl 1): 35-38.
- Links PS (1998) Developing effective services for patients with personality disorders. Canadian J Psychiatry; 43: 251-259.
- Marziali E y Munroe- Blum (1994) Interpersonal group psychotherapy for borderline personality disorders. New York, Basic Books.
- Negrete JC (2007): Introducción. En Szerman, Vara y Casas (eds): “Patología dual y esquizofrenia”. Pags 19-24. Ed Glosa, 2004.
- Pérez Urdániz M(2004). Epidemiología de los Trastornos de Personalidad. En: Roca Bennasar M (ed): Trastornos de Personalidad. Masson.
- Rodríguez-Blázquez, C.; Salvador-Carulla, L.; Romero, C.; Atienza, C.(1998) : necesidades de atención a personas con retraso mental y trastornos psiquiátricos en España: el informe Biomed/ALDAPT. www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp2.pdf.
- Rubio V (2004) Programas específicos para Trastornos de personalidad. En Roca Bennasar M (ed): Trastornos de Personalidad. Masson.
- Salvador L (1995): “Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios”. Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1995.
- Salvador L (1999) Trastornos psiquiátricos en retraso mental: evaluación y diagnóstico. Psiquiatria.com vol 3, nº 4, Diciembre 1999.
- San, L (coord). (2004) Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Patología Dual. Ars Médica, 2004.
- Simpson N (2006) Psychiatric rehabilitation for people with learning disability. En Roberts G y cols (eds): “Enabling recovery: the principles and practice of rehabilitation psychiatry” London, Gaskell 2006.
- Skodol AE, et al (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorders. American Journal of Psychiatry; 159: 276-283.
- Tyrer P, y cols (1994). The effect of personality disorder on clinical outcome, social network, and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. Psychological Medicine; 24: 731-40.
- Verheul R y cols (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry; 182: 135-140.

Dr. Francisco del Olmo Romero-Nieva

Psiquiatra. Director Médico Clínica San Miguel. Madrid.
05dmedico@hscmadrid.org

La hospitalización prolongada como parte de la red integrada. Perfiles necesidades y garantías de futuro

En los últimos veinte años se han producido cambios en la hospitalización prolongada, se ha pasado del “**de-seo**” de llevar a cabo una desinstitucionalización; a la necesidad, en los últimos años, de aumentar las camas de media y larga estancia, por las largas listas de espera.

En la Comunidad de Madrid, es evidente la insuficiencia de camas para atender necesidades de los pacientes incluidos en los Programas de Continuidad de Cuidados que por diferentes circunstancias no obtenemos resultados rehabilitadores adecuados en el medio comunitario y necesitan de una asistencia hospitalaria más prolongada que la ofrecida en las UHB.

Desde que se inicia la Reforma Psiquiátrica en España, a través de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril 1985) y reconocida a través de la Ley de Sanidad de 1986 (Art 20), se han producidos cambios en cuanto a la forma de concepcionar la hospitalización prolongada media y larga. En ambos documentos, el modelo intervención propuesto es la creación de una **red única** para tratar los temas de salud mental y donde la atención integral y continuada favorezca el proceso de desinstitucionalización, proponiendo como uno de los principios básicos evitar la institucionalización de los nuevos enfermos mentales graves y crónicos. La red de salud mental deberá tener un carácter público, universalidad de la asistencia, mantener la equidad y accesibilidad, asistencia integral y una atención territorializada integrada en la comunidad.

Un nuevo documento legislativo, LOSCAM (Art.16) contempla la propuesta de potenciar un sistema de hospitalización que tenga en cuenta el territorio, la estabilización de síntomas, la contención conductual, la rehabilitación de los déficit del funcionamiento psicosocial y un soporte residencial. También introduce cambios en la denominación de las unidades de hospitalización pasando a denominarse UHTR (Unidad de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación) y la UCPP (Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados).

La LOSCAM plantea unos requisitos de gestión y recursos para la atención en la Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que implica a nivel autonómico

diferentes planes, que elaboraran las Consejerías de Servicios Sociales y Sanidad (Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003/2007) y Plan de Salud Mental (2003-2008). Esta ley, señala en su Art. 68 que “se proveerá de servicios según las necesidades de la población (demográficas, sociales, epidemiológicas y de utilización de servicios)”.

En 2005, la Conferencia Interministerial Europea convocada por la OMS y vinculante para España concluye con una Declaración de Principios en Materia de Salud Mental y un Plan de Acciones. Como consecuencia de ese acuerdo se crea en España, un Comité Nacional que elaborara las “Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” y un Observatorio para la supervisión de las mismas.

El 2005, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, crea un grupo de trabajo para la elaboración de los criterios de acceso a las UHTR y UCPP, estableciendo un modelo de gestión y adjudicación de plazas más consensuado, transparente y con una propuesta de distribución de camas por Áreas Sanitarias.

Con esta nueva gestión, puede que el recorrido del paciente hasta llegar a la adjudicación de la cama sea más lento pero nos permite ser más equitativos, más transparentes y permitirá ajustar y precisar criterios más adecuados en el futuro.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta la nueva propuesta de gestión de casos para las camas de larga y media estancia, y transcurridos dos años se pretende hacer un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes presentados en el Área Sanitaria nº 1 de Madrid.

Poder hacer una propuesta de perfil de paciente para cada Unidad y una evaluación de necesidades que tienen los pacientes que acceden a estas unidades hospitalarias.

1. Población Diana

- Pacientes crónicos propuestos y/o ingresados entre julio 2005 y junio 2007 en ambas unidades hospita-

larias(UHTR y UCPP) pertenecientes el Área Sanitaria nº 1 de Madrid; que comprende a los distritos de Arganda-Rivas, Retiro, Moratalaz-Vicalvaro, Villa Vallecas y Puente Vallecas.

- Han sido en total 31 propuestas para UHTR y 30 pacientes para UCPP.

2. Los instrumentos de apoyo:

(Documentos incluidos en los expedientes-propuestas).

- Ficha carpeta.
- Cuestionario de evaluaciones.
- Informe medico.
- Informe social.

3. Módulos de los datos recogidos: (49 variables)

- Sociodemográficos.
- Clínicos.
- Conductas disruptivas.
- Conocimiento de enfermedad.
- Familiares
- Evaluación de necesidades.
- Recursos utilizados en el recorrido asistencial.
- Síntomas en las crisis.
- Áreas de intervención para la rehabilitación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio es únicamente descriptivo, lo consideramos un punto de partida para seguir con el análisis de los casos y ajustar perfiles para cada unidad hospitalaria. Como limitaciones globales están la falta rigurosidad de la recogida de datos en el plan de continuidad de cuidados, solo hay anotaciones muy limitadas, sin tiempos en cuenta a los recursos ni a circunstancias de las salidas de los mismos. Muchos de los expedientes revisados no transmiten que los planes de continuidad de cuidados hayan tenido un recorrido en el tiempo ni que tipo de intervención se han realizado con el paciente.

El trabajo está limitado a Área Sanitaria nº 1, con peculiaridades propias, en principio no son comparables con otras áreas, pero si representativa de un Programa de Rehabilitación que ha perdurado y mantenido en el tiempo las estructuras organizativas y de gestión planteadas por la C. Madrid desde 1991, donde los distritos han estado representados de forma constante y continuada en las Comisiones del Programa.

En definitiva, nos será de utilidad para el Área, servirá como punto de partida para ir afianzando perfiles, pro-

fundizar en las necesidades, para poder realizar una propuesta de creación de recursos más ajustada a la realidad del Área.

PERFIL DE LA UHTR

El análisis de los datos nos permite marcar un perfil para la UHTR:

- Varón entre 27 y 46.
- Soltero
- Que viven con la familia de origen, padres mayores.
- Nivel de estudios primarios.
- Trabajos no cualificados, contratos cortos y con frecuencia han abandonado.
- Sus ingresos económicos son de 312 e./mes.
- Reciben sus ingresos de Prestaciones por Hijo a Cargo.
- Diagnostico 295.3.
- Antecedentes de consumo tóxicos.
- Con minusvalía del 65 %.
- Tienen una media de 15,7 años de evolución de enfermedad. No conoce la enfermedad. Ni es autónomo para el tratamiento.
- Con conductas agresivas dentro de su entorno familiar.
- Su familia dice conocer la enfermedad, pero sus comportamientos hacia la enfermedad no son óptimos, son hostiles y críticos.
- Como recurso rehabilitador más utilizado seria el CPRS.
- El promedio de las puntuaciones del cuestionario de necesidades según áreas y módulos estarían entre 30 y 43 puntos.

PERFIL DE LA UCPP

El análisis de los datos nos permiten marcar un perfil para las U.C.P.P:

- Varón entre 36 y 55 años.
- Soltero.
- Convive con su familia de origen, padres mayores con grandes limitaciones propias por sus patologías.
- Nivel de estudios entre primarios y bachiller.
- Trabajos: relacionados con gremios de oficios diversos (carpinteros, electricistas....).
- Ingresos económicos: hay como dos grupos, unos por debajo del salario mínimo interprofesional (cobran principalmente Prestación por Hijo a Cargo) y otros que han conseguido la Invalided Absoluta,

- perciben +1000 e).
- Diagnósticos de 295.3
- Tienen escasos antecedentes de consumos tóxicos.
- Tienen una media de 24,5 años de enfermedad psiquiátrica. No conocen su enfermedad, son dependientes para la administración de su tratamiento y lo desconocen.
- La familia conoce la enfermedad y sus conductas hacia los pacientes son de sobreprotección.
- Conductas agresivas dentro del entorno familiar, con problemas a nivel de comunidad de vecinos.
- El promedio de puntuaciones de los cuestionarios de las áreas y módulos de necesidades son + de 40 puntos.

NECESIDADES DETECTADAS

La reforma psiquiátrica no creo de inmediato los recursos comunitarios de servicios intermedios y de apoyo necesarios para trabajar desde la comunidad aspectos básicos de promoción, prevención y apoyo a las familias y a los pacientes para que pudieran afrontar la enfermedad y disminuir el proceso de deterioro que conlleva, ni tampoco se crearon las estructuras de los servicios institucionales (sanitarios y sociales) para el desarrollo de Programas de Rehabilitación.

Las garantías de equidad, proporcionalidad de los servicios públicos y accesibilidad a los mismos, también influyen en las necesidades de la población que son diferentes según las características demográficas, sociales, epidemiológicas...

La población en Madrid esta aumentando de forma continua y hay nuevos colectivos de población que demandan el acceso a los programas de crónicos con problemas de manejo específicos, que aún no sabemos el alcance que tendrán.

Este colectivo, tan vulnerable por su enfermedad, por los problemas psicosociales y ambientales, necesita de una intervención integral y continuada que conlleve un ajuste social donde se rehabiliten los elementos cognitivos, los conductuales y las funciones ejecutivas necesarias para una adecuada calidad de vida e integración en la comunidad a la que se pertenece. El no abordaje de estos elementos produce en el paciente un proceso de deterioro personal y crónico que necesita de intervenciones de contención más restrictivas (hospitalizaciones prolongadas e involuntarias).

Los síntomas negativos de la enfermedad provocan en el individuo un deterioro de su capacidad y de su compe-

tencia, produciendo discapacidades que necesitan de una atención integral y procesal del caso. Es necesario, seguir profundizando en el estudio de las necesidades para poder detener el deterioro y perfilar criterios de permiten adecuar los recursos a las necesidades.

En términos generales, la necesidad de plazas en UHTR y UCPP, se hace evidente por las listas de espera. A la hora de gestionarlas, tenemos como profesionales, que profundizar en los criterios de acceso y tener en cuenta que la utilización de este recurso es una parte de la intervención. Es un escalón más de la red única de la salud mental en la Comunidad de Madrid y de un modelo de intervención que trabaja para favorecer la permanencia del enfermo en la comunidad.

En el cuestionario de necesidades propuesto por la Comisión Regional de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados incluido en los expedientes de los Programas de Rehabilitación de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica podemos estimar que en la muestra que tiene por objeto este estudio, se aprecia una visión estática de las necesidades del momento en el que se presenta el expediente; no están especificada las necesidades detectadas a lo largo del proceso de intervención, ni el resultado de los recursos utilizados.

Si tenemos en cuenta las anotaciones sobre las necesidades de los pacientes expresadas en los cuestionarios de evaluación de la discapacidad y las necesidades podemos concretar que serían, según la unidad de hospitalización, las siguientes:

1. UHTR: Se detectan necesidades:

1. Necesidades relacionadas con su Psicopatología:
 - Los pacientes carecen de conciencia de enfermedad, lo que dificulta la adherencia al tratamiento.
 - Necesitan de apoyos (cuidadores) para la administración continuada del tratamiento.
 - Necesitan de supervisión familiar cuando hay conductas disruptivas.
 - No saben identificar sus síntomas de riesgo (pródromos).
 - Los consumos de tóxicos agravan su cuadro clínico y producen problemas de manejo en el ámbito familiar.

2. Autocuidados:

- Supervisión para mantener ritmos de vida saludable en cuanto a comidas, sueño, ejercicio, consumos de refrescos, café, agua, etc.

- Necesidad de ajustar su higiene, aseo personal y la vestimenta.
 - Control de enfermedades físicas.
3. Vivienda:
- No disponen de viviendas propias, pertenecen a sus padres.
 - Suelen tener problemas de hacinamiento, el paciente con frecuencia no dispone de espacio propio. Los espacios que tienen lo usan de forma desorganizada.
 - No asumen, ni muchas veces saben como cubrir las necesidades del mantenimiento de la vivienda.
 - Los que viven solos carecen de enseres básicos para manejarse y desenvolverse en ella.
 - Pueden tener problemas de habitabilidad, los medios económicos no permiten mantenerlas y acomodarlas en buen estado.
4. Relaciones personales:
- Su socialización esta limitada al ámbito familiar.
 - Sus capacidades personales para las relaciones son escasas por falta de habilidades sociales.
 - Pueden frecuentar ambientes marginales y de riesgo social.
5. Relaciones familiares:
- Su socialización se limita al círculo de su familia nuclear.
 - No participan en actividades de la familia extensa.
 - Simbiosis con alguno de los padres (madre)
 - Conflictividad de pareja entre los padres.
 - Deficientes relaciones en el ámbito familiar.
 - Dificultad de los padres para ajustar el cumplimiento de normas y límites en el medio familiar.
6. Laborales:
- No han desarrollado un aprendizaje profesional adecuado, sus trabajos son no cualificados.
 - Los contratos son escasos y durante periodos de tiempo cortos, no suelen mantener el trabajo, hay una tendencia a abandonar.
 - No han podido alcanzar una rehabilitación laboral adecuada.
 - Los índices de desempleo son altos. No hay trabajos adaptados.
7. Económica:

- Ingresos económicos por debajo del IPREM.
- No pueden cubrir necesidades económicas básicas de forma autónoma, dependen de sus familias y/o de las escasas ayudas institucionales.
- Manejo del dinero inadecuado: administración y distribución de gastos.

8. Ocio y tiempo libre:

- No tienen ocio ni necesidad de tenerlo.
- No tienen aficiones. Les cuesta desarrollarlas.
- Tienden a abandonar lo que emprenden.

9. Educativas:

- Su nivel de estudios alcanzados son muy básicos.
- Con problemas cognitivos, de alteración de la atención, de la memoria que alteran las funciones ejecutivas para realizar un aprendizaje.

2. UCPP.

Este grupo de pacientes tienen un grado de dependencia superior del cuidador primario, con mayor dificultad de acceso a los servicios sociales y sanitarios básicos, y con conductas disruptivas en el ámbito familiar y comunitario que generan dificultades para el mantenimiento del paciente en la comunidad, para tratamientos ambulatorios. Teniendo en cuenta las anotaciones de los cuestionarios se puede concretar que las necesidades y discapacidades son:

1. Psicopatología:

- Falta de adherencia al tratamiento.
- Desconocimiento de sus propios síntomas y de la enfermedad.
- Dificultades para salir del medio familiar, que dificulta el acceso a los recursos.
- Conductas extravagantes.
- Episodios de agitación psicomotriz reiteradas en el medio familiar y dificultades de contención.
- Conducta de riesgo para el paciente y para la familia.
- Necesidad de un cuidador y supervisor de su tratamiento de forma constante.
- Muchos años de enfermedad que han producido importante deterioro cognitivo.

2. Autocuidados:

- No se proporcionan de forma autónoma cuidados personales y hábitos saludables.
- Conductas obsesivas en sus autocuidados.

- Necesitan de un cuidador para poder proporcionarles cuidados de comida, aseo y ropas.

3. Vivienda:

- Uso inadecuado de la vivienda, enseres...
- Almacenaje de utensilios y enseres.
- Falta de condiciones de habitabilidad producidas por enfermedad.
- No tienen habilidades ejecutivas para el manejo de la vivienda y el mantenimiento de la misma.
- No disponen de vivienda propia y suele tener dificultades económicas para mantenerlas de forma autónoma.
- No tienen vivienda propia.

4. Relaciones Personales:

- Su situación personal les produce un alto nivel de ansiedad en la relación con los demás.
- No hay un deseo ni una motivación para la relación y la comunicación con los demás.
- No quieren ampliar sus relaciones sociales.
- Solo mantienen contacto con profesionales.

5. Familia.

- Sobrecarga familiar e incapacidad de la familia para contenerlo y cuidarlo en el domicilio.
- Necesidad de implicar a la familia en los cuidados desde el conocimiento de la enfermedad.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Control de conductas heteroagresivas.
- Conflictividad de las relaciones familiares.
- Control opositorista: dificultades para los límites y las normas.
- Padres cuidadores, mayores, con enfermedades propias que necesitan a su vez de un cuidador.
- Relaciones simbióticas con la madres pero centradas en conductas de críticas y sobreprotección.
- Cambios sociológicos en la estructura familiar que afectan a este tipo de pacientes

6. Laboral:

- Su situación psicopatológica de larga evolución les ha llevado a una desventaja social producida por su deterioro psicosocial que ha influido en el desempleo y por consiguiente en su economía.
- Tienen un déficit de habilidades relacionales y ejecutivas para poder desarrollar un empleo.

7. Economía:

- Necesitan de apoyo para la administración del dinero nos tienen la capacidad de administrarlo y manejarlo adecuadamente.
- En muchas ocasiones no pueden cubrir con sus ingresos las necesidades primarias para de desarrollo de una calidad de vida adecuada.

8. Ocio y tiempo libre:

- Su aislamiento no les permite tener ni el deseo, interés y motivación para iniciar ninguna actividad.
- Tampoco utilizan su tiempo de estar en casa en ninguna actividad estructurada.

9. Educativas:

- Niveles formativos básicos, que repercutieron en capacitación laboral.
- Dificultades cognitivas y ejecutivas para llevar a cabo un aprendizaje formativo.

GARANTIAS DE FUTURO

La reforma trajo consigo la reducción de camas hospitalarias y una propuesta de intervención con un modelo más comunitario, pero para poder afrontar el futuro con más optimismo tenemos que pensar en la necesidad de provocar una nueva “reforma” que nos permita trabajar en **la red única** de salud mental pero con una revisión de los ratios de recursos humanos de todos los profesionales que componen el equipo multiprofesional desde la base (Servicios de Salud Mental de Distrito).

Los principios del modelo asistencial que propone la LOSCAM y el Plan de Salud Mental son un servicio público y universal de la asistencia, la equidad y la accesibilidad, la asistencia integral y una atención territorializada e integrada en la comunidad, si conseguimos que se cumplan estos principios tendremos mucho ganado.

Si institucionalmente, una prioridad de la Salud Mental de Madrid es el grupo de enfermos mentales crónicos, hay que potenciar y garantizar, al máximo, el desarrollo de los programas de continuidad de cuidados con gestores de cuidados que cubran toda la población censada para poder ofrecer una asistencia equitativa a toda la población.

En los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados se deben tener en cuenta las necesidades demográficas, sociales, epidemiológicas de cada zona asistencial evitando la desvinculación del paciente de

su entorno socio-familiar; potenciando actividades de prevención y promoción de la salud, actividades psico-educativas para los familiares y para pacientes escasamente desarrollados en nuestra red asistencial. Estos factores favorecen los procesos de recuperación, así como la realización de intervenciones precoces con grupos de riesgo y no solo los ratios de determinados profesionales..

En los distritos se debe trabajar el ajuste social: cognitivo, alteración de la atención memoria y de las funciones ejecutivas (actividades, inhibiciones, conciencia de enfermedad y resolución de problemas.

Una buena evaluación de los problemas psicosociales y ambientales nos permitirá elaborar un plan ajustado de la intervención a realizar, tendrá que estar respaldado por mecanismos de coordinación institucional de los servicios implicados en la atención a estas personas (Servicios sociales, educativos, jurídicos...)

Garantizar sus derechos jurídicos y capacitarlos para que puedan obrar por si solos el mayor tiempo posible. Nos deberíamos plantear nuevos retos que nos proporcionen un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los usuarios y los procesos de cambio, poder decidir que tipo de técnicas y procedimientos son más efectivos para los usuarios y familiares y optar por líneas de actuación más ade-

cuadas que nos permita tener al individuo en la comunidad.

Si hay voluntad política y compromiso profesional para poner es marcha una reforma

Que permita la equiparación del paciente con otros pacientes, permitiendo especificidades en el cuidado a estos enfermos mentales y unos criterios objetivos de calidad en la asistencia y en las prestaciones, encuadrado todo dentro de la cobertura pública, tal vez podremos conseguir no seguir aumentando las listas de espera de UHTR y UCPP.

Un estudio nacional permitiría monitorizar de forma equitativa los servicios y los criterios para determinados recursos.

Como alternativa a las Unidades Hospitalarias de estancias prolongadas estarían alojamientos alternativos integrados en la red única e insertados en la comunidad.

También sería una garantía de futuro los controles de calidad, los procesos de evaluación para la mejora asistencial en todos los distritos, teniendo en cuenta las necesidades específicas.

Si el desarrollo del modelo de la LOSCAM fuese por estos caminos puede que garanticemos la permanencia del paciente en su ámbito familiar y comunitario, y disminuiríamos al máximo las temidas listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA

- “Principios, orientaciones y garantías para la protección de las personas recluidas por males en Salud Mental o que padecen trastornos mentales” Naciones Unidas 1986. Estudio preparado por Erica-Irene A. Daes.
- “Necesidades de recursos específicos para el tratamiento rehabilitador y soporte comunitario a la población enferma mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid. Grupo de Trabajo. Febrero 1998.
- Documento Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación y Continuidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (21 Marzo de 2005).
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 del 25 de Abril).
- Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Abril de 1985.
- “Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia”. Versión extensa. Agencia d’Avaluació de Tecnologia i recena Mèdiques. Barcelona. Noviembre de 2003.
- “Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica”. 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales de la C. Madrid.
- “Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid”. 2003/2008. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- LOSCAM
- Manual Práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para psiquiatras. Edición: SANED. Ricardo de Lorenzo y Montero.
- “Un camino de vuelta. El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento”. ED: Glosa. Dr. Alfonso Rodríguez.

- “Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- “Análisis de la Reforma Psiquiátrica y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España”. 1º Congreso Virtual de Psiquiatría. Dr. José García. Jefe del Centro de Salud Mental del Hospital General de Oviedo.
- “Rehabilitación Psicosocial a nivel hospitalario: descripción de una unidad” Revista de AMRP nº 18-19 2004. Carlos de Lope Rebollo.
- Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental. Cuaderno técnico nº 1 de AMSM .

Agustina Crespo Valencia.

*Trabajadora Social del S.S.M Puente Vallecas.
Secretaria Programa de Reh. y C.C. del Área nº 1.*

Alcance de los programas de continuidad de cuidados en la Comunidad de Madrid

RESUMEN

Tras una breve introducción sobre los antecedentes de estos programas en la Comunidad de Madrid, se presenta un resumen de los resultados del estudio IPSE en torno al impacto de los Programas de Continuidad de Cuidados sobre los ingresos hospitalarios de las personas con esquizofrenia. Los Programas de Continuidad de Cuidados evaluados en este estudio, y que muestran su efectividad junto con algunas limitaciones que también se comentan, ya se habían implementado en Madrid antes de que el Plan de Atención Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 (Consejería de Sanidad) se planteara su desarrollo como un objetivo prioritario. Al hilo de estos resultados, se exponen cuáles son las acciones que se han puesto en marcha desde dicho Plan para desarrollar los Programas de Continuidad de Cuidados en Madrid, incluyendo una reflexión sobre el papel de los Equipos de Atención Social Comunitaria, desarrollados por el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (Consejería de Familia y Asuntos Sociales).

1. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN MADRID

En nuestra región, el primer intento que nos consta de introducir este tipo de programas en la oferta de atención a los pacientes graves y crónicos se produce en el contexto del proceso de reforma del antiguo Hospital

Psiquiátrico Nacional de Leganés y su transformación en una red de servicios de base comunitaria. El programa, que se desarrolla después de casi dos años de debate (Fernández Liria & García Rojo, 1990; Fernández Liria, 1991; Fernández Liria, 1997), pretende recoger los planteamientos de los programas ya desarrollados en otros países y se estructura como un programa longitudinal (esto es, que pretende establecer una forma de uso de los programas transversales de atención comunitaria, rehabilitación, etc.) para pacientes que tienen como característica el requerir el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red. Se organiza con base en los Centros de Salud Mental de Leganés y Fuenlabrada, desde sub-equipos de los mismos integrados por diplomados en enfermería, trabajadores sociales y, en el caso de Fuenlabrada, auxiliares psiquiátricos.

Pocos meses después, en 1991, se desarrollan con planteamientos idénticos, los programas del área 3 de Madrid (a la que se traslada uno de los promotores de los anteriores), desde los Centros de Salud Mental de Alcalá y Torrejón, donde se confeccionan instrumentos estandarizados para la evaluación de los pacientes y la construcción de los planes individualizados de continuidad de cuidados (Fernández Liria, 1995).

Desde estos dos primeros programas, se imparten en 1992, actividades de formación organizadas por la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial y la Administración, dirigidos a profesionales de otras áreas de Madrid en algunos de cuyos distritos se ponen en mar-

cha programas semejantes. Por ejemplo, en 1995 comienza a funcionar el Programa de Seguimiento y Cuidados del distrito de Fuencarral. Este distrito, junto con Alcalá y Torrejón, y sus respectivos programas, son los participantes en el proyecto IPSE, que pretende evaluar su impacto en la población de personas con esquizofrenia.

Desde este momento y hasta el año 2000, estos primeros programas son presentados en diferentes congresos y se desarrollan actividades docentes en otras comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura, Galicia) y en países con los que se están desarrollando programas de cooperación (Bosnia, Kosovo) y se publican los planteamientos iniciales, algunos datos sobre su desarrollo y reflexiones sobre dificultades y problemas para el mismo (Donas & Fernández Liria, 1997), (González Rodríguez, 2001), (Ximénez, Fernández, & Sánchez, 2000).

En 1998 la Comisión Regional de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental (en adelante: SSM) de la Comunidad de Madrid se plantea como uno de sus objetivos la puesta en marcha de Programas de Seguimiento en los Servicios de Salud Mental, elaborando unas recomendaciones sobre como deben implantarse. Estas recomendaciones son seguidas irregularmente, poniéndose en marcha algunos programas en algunos distritos.

Pero no es hasta el año 2001 cuando el Departamento de Salud Mental de Madrid, crea un grupo de trabajo que genera un documento por el que el desarrollo de este tipo de programas y es asumido oficialmente como un objetivo de los servicios de esta comunidad autónoma. El trabajo de este grupo de expertos es vinculado a la confección del Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002; en adelante: Plan de Salud Mental), y su implantación se constituye como uno de sus objetivos prioritarios. Pasan a denominarse Programas de Continuidad de Cuidados (en adelante: PCC) y se crea la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental, desarrollándose guías específicas para la implantación del programa en los servicios y para la confección del Plan de Atención Integral.

Como se ha comentado, los Programas de Continuidad de Cuidados participantes en el proyecto IPSE nacen mucho antes de que el Plan de Salud Mental se iniciara y los datos recogidos para evaluar su impacto son también previos a este Plan de Salud Mental, y también previos a la creación de los Equipos de Atención Social Comunitaria que como más adelante se comentará juegan actualmente un papel fundamental en la continuidad de cuidados.

2. RESULTADOS DEL ESTUDIO IPSE

A) Efectividad de los programas de continuidad de cuidados

Como se ha comentado, antes de que en el Plan de Salud Mental se plantease como objetivo el desarrollo de estos programas, ya existían en nuestra Comunidad varios Servicios de Salud Mental que los habían implementado bajo la denominación de Programas de Rehabilitación y Programas de Seguimiento y Cuidados.

La introducción de estos programas supuso que parte del equipo con el que ya se contaba en el SSM (principalmente enfermeros y trabajadores sociales), y que ya tenían un papel fundamental en la evaluación, tratamiento y seguimiento de los pacientes más graves, adoptaran el rol de coordinador de cuidados dentro de estos programas, y supuso también una serie de cambios en la atención a estos pacientes que implicaba también al resto del equipo del SSM, así como un estrecho trabajo en red con los dispositivos de rehabilitación psicosocial (y otros) de cada distrito. Una descripción más amplia de estos programas puede encontrarse en Fernández Liria (1995).

En el año 2002 se puso en funcionamiento el estudio IPSE (Impacto de Programas de Seguimiento y Cuidados en la Atención a las Personas con Trastornos Esquizofrénicos en la Comunidad¹) que tiene como objetivo evaluar el impacto de estos programas en los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en los PCC de tres Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se divide en dos partes. La primera es un estudio retrospectivo que pretende evaluar cuál ha sido el impacto que ha tenido la inclusión de los sujetos en los PCC sobre su uso de la hospitalización; y la segunda es un estudio prospectivo con una recogida de datos de línea base y un seguimiento a los 18 meses para evaluar el impacto de los PCC en otras variables clínicas, de funcionamiento psicosocial y de calidad de vida.

1 Proyecto IPSE: financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente PI020778) en el marco del Plan Nacional I+D 2000-2003, cuyo centro beneficiario es el Hospital la Paz de Madrid. y en cuyo equipo de investigación figuran M^a Fe Bravo Ortiz (investigadora principal, Dpto. Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid), Alberto Fernández Liria (Dpto. Psiquiatría, Universidad de Alcalá) y Manuel Muñoz López (Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid). Forman también parte del equipo de investigación Carlos González Juárez (Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain de Leganés), María Alonso Suárez (CRL Retiro) y Ana Belén Santos Olmo (Universidad Complutense de Madrid).

Efectividad en la reducción de la hospitalización de los PCC

Los resultados referidos al impacto sobre la hospitalización (Alonso Suárez, 2007) pretenden responder a la pregunta sobre si estos programas contribuyen a reducir los ingresos en el hospital de personas con esquizofrenia. Se ha analizado el uso de la hospitalización antes y después de la entrada en el Programa de Continuidad de

Cuidados de una muestra de 250 sujetos (todas las personas con esquizofrenia que estaban siendo atendidos por los PCC de los SSM de Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz y Fuencarral el 31 de diciembre de 2002). Para ello se ha recurrido al análisis de los datos de Registro de Casos Psiquiátrico (RCP).

Los resultados muestran que, tras la entrada en el PCC, se produce una reducción en el uso de la hospitalización

GRÁFICO 1. NÚMERO DE SUJETOS QUE INGRESAN Y VISITAN URGENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN EL PCC (N=250)

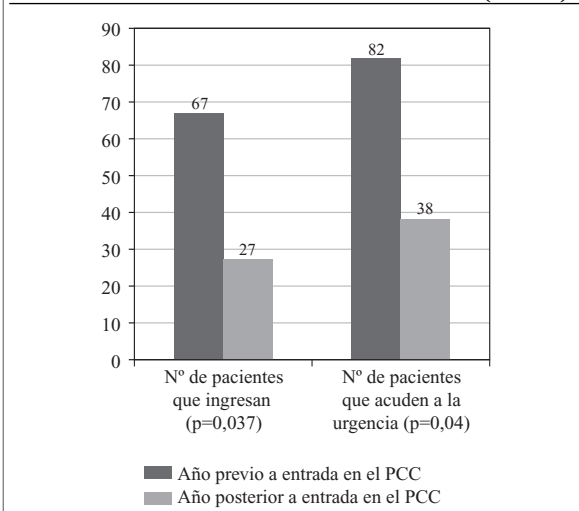


GRÁFICO 2. NÚMERO DE INGRESOS Y VISITAS A LA URGENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN EL PCC

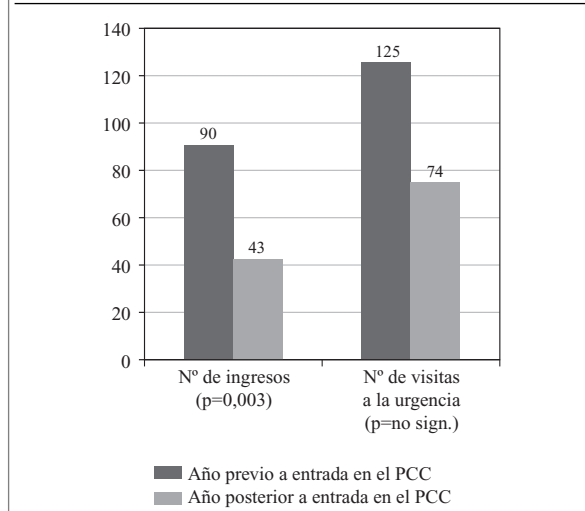


GRÁFICO 3. NÚMERO DE ESTANCIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN EL PCC

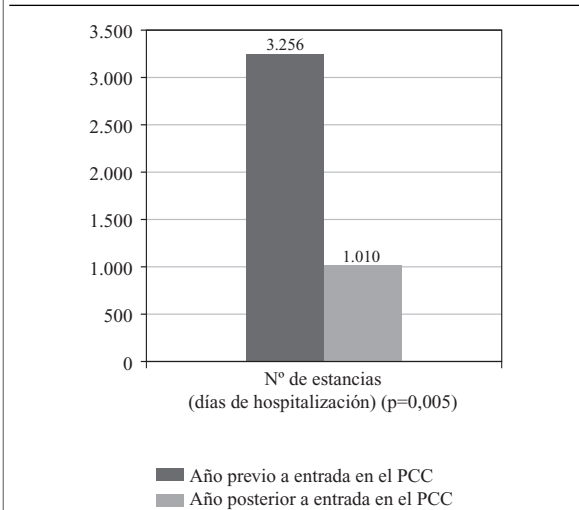
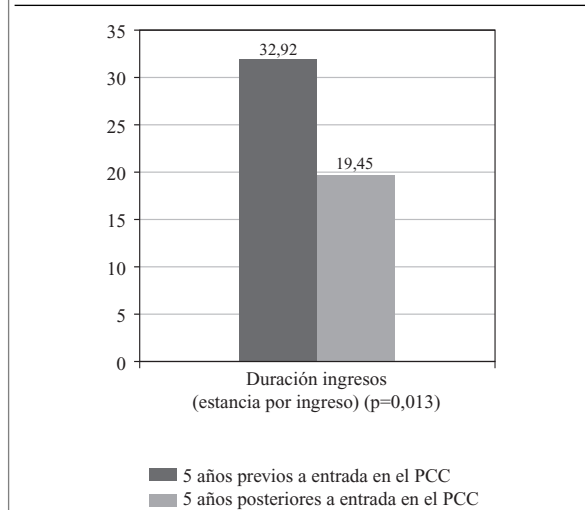


GRÁFICO 4. DURACIÓN DE LOS INGRESOS ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN EL PCC



en todas las variables estudiadas: ingresa un menor porcentaje de sujetos y un menor porcentaje visita la urgencia (Gráfico 1), cada sujeto tiene menos ingresos y se producen menos visitas a la urgencia por sujeto (Gráfico 2), se producen menos días de ingreso (Gráfico 3) y los ingresos son más cortos (Gráfico 4).

Otro resultado destacable es el hecho de que la reducción en el uso de la hospitalización se mantiene en los cuatro años siguientes. El programa ha seguido disponible para todos los sujetos en ese periodo. La práctica habitual de los tres programas estudiados es que el programa no da altas. Sin embargo, aunque la intervención sigue disponible, no lo está con la misma intensidad. El seguimiento es flexible y el apoyo del coordinador de cuidados se adapta a las necesidades que aparecen en cada momento, por lo que algunos pacientes que requerían una intervención muy intensiva al comienzo, no reciben una intervención tan intensa en otros periodos.

Se pueden inferir los mecanismos principales a través de los que los programas contribuyen a conseguir esta reducción en el uso de la hospitalización. La herramienta principal es el establecimiento de una relación de apoyo con un coordinador de cuidados, que va a mantener un seguimiento más frecuente y más flexible que el que hasta el momento podía realizarse desde el Servicio de Salud Mental si se apoyaba únicamente en los seguimientos del psiquiatra. A través de los seguimientos del coordinador de cuidados pueden monitorizarse los síntomas con mayor frecuencia, favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar el conocimiento del paciente de las estrategias para prevenir recaídas. Además, el equipo de continuidad de cuidados se coordina con el hospital y participa en la planificación del ingreso y alta, de forma que se pueden establecer los apoyos necesarios para intervenir sobre lo que fomenta el reingreso (falta de adherencia a la medicación, conflictividad familiar, falta de alternativas residenciales, etc.).

Es importante recordar que estos programas son una manera de organizar el acceso a los tratamientos y no el tratamiento es sí mismo, por lo que los resultados pueden estar relacionados con ese aspecto. Así, atendiendo a las variables relacionadas con la intervención, los resultados de los PCC estarán muy condicionados por: a) su coordinador de cuidados y los apoyos, entrenamientos y cuidados directos que le proporcione; b) el tratamiento farmacológico y su seguimiento; c) el acceso a otros tratamientos dentro del SSM (psicoterapia, grupos, etc. y d) el acceso a recursos de rehabilitación psicosocial, y e) el acceso a otros tratamientos (hospitalarios, etc.).

El estudio IPSE ha abordado el impacto de los PCC desde la óptica de una intervención comunitaria y que integra las distintas intervenciones que se ponen en marcha cuando a un paciente se le asigna un coordinador de cuidados. Éste elabora junto al responsable clínico un plan de cuidados en el que se articulan cuáles son los apoyos que esa persona debe recibir, algunos de los cuáles se proveerán desde el equipo del PCC o desde el SSM, pero también otros desde dispositivos de la red.

Por ello, se entiende la fecha de entrada en el PCC como el acceso a un plan de cuidados que implica a toda la red y el impacto sobre la hospitalización descrito se atribuye a esta intervención integral.

Así, los PCC suponen un beneficio para cada individuo en la medida en que proporciona un plan individual que pretende asegurar los apoyos adecuados para cada persona, pero también suponen un beneficio para toda la población que pudiera beneficiarse de estos apoyos en la medida en que éstos se distribuyen de acuerdo a un plan preconcebido y accede a cada recurso quien tiene que acceder.

Impacto de los Programas de Continuidad de cuidados sobre otras variables

En cuanto al impacto de estos programas en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento social, este análisis forma parte de la segunda parte del estudio IPSE, pendiente de concluir.

Una revisión de la literatura previa (Alonso Suárez, 2007), indica que estos programas que mejoran la adherencia a los tratamientos, ayudan a reducir los ingresos hospitalarios, mejoran la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Los resultados no son tan consistentes en lo que se refiere a la reducción de síntomas y mejora del funcionamiento psicosocial y algunos autores relacionan esto con el hecho de que estos programas son una manera de organizar el acceso a los tratamientos y no el tratamiento es sí mismo, por lo que estos últimos resultados pueden estar relacionados con ese aspecto.

En cualquier caso, no hay que olvidar que, una vez alcanzado el objetivo de prevenir nuevos ingresos, se va a facilitar indirectamente el desarrollo de otros roles significativos para la persona y la mejora de su calidad de vida y posibilidades de integración, en la medida que permite que la persona permanezca más tiempo en la comunidad y menos en el hospital.

B) Limitaciones de los programas de continuidad de cuidados

Otros resultados del estudio IPSE han permitido identificar dos limitaciones principales de los PCC estudiados: 1) En la identificación de pacientes a derivar y 2) En el abordaje de los pacientes más complejos

Limitaciones en la identificación de los pacientes a derivar a los PCC

Se ha encontrado que los sujetos que estaban en atención en los PCC estudiados a finales de 2002 (los 250 sujetos que componen la muestra) no son los que más usan la hospitalización de toda la población de personas con esquizofrenia atendidas por los Servicios de Salud Mental estudiados a los que pertenecían dichos PCC.

Los resultados indican que entre estos 250 sujetos existe un porcentaje importante de sujetos que no utilizaba la hospitalización (46% no ingresan una sola vez en los cinco años previos y posteriores a la entrada en el programa) y para los que son otros los objetivos de derivación en vez de la reducción de la hospitalización. Además, se ha encontrado que los niveles de hospitalización de los sujetos que sí la utilizaban tampoco es excesivo si lo comparamos con el uso que hacen las personas con esquizofrenia en otros estudios en países de nuestro entorno.

Pero, aunque los sujetos en atención en el PCC no tengan un uso excesivo de la hospitalización ¿son los que más ingresan del total de personas con esquizofrenia atendidos? o ¿existen sujetos con esquizofrenia que usan más la hospitalización y no están siendo atendidos por estos programas? Los resultados muestran que un porcentaje importante de los sujetos no atendidos por el PCC usa más la hospitalización que los sujetos sí atendidos por el mismo. En concreto, un 27,67% de los 259 sujetos con esquizofrenia atendidos en dos de los distritos estudiados pero no atendidos por el PCC tienen más de 25 estancias de media en un año, el equivalente a la media de estancias en el año previo a la entrada en el PCC de los sujetos que sí ingresan alguna vez de los derivados al PCC. Por tanto, si el criterio de derivación fuese el excesivo uso de la hospitalización, son sujetos a los que se debería haber derivado al PCC, o que si se les ha derivado, deberían seguir en atención en el PCC por el uso de la hospitalización que hacen y porque en términos generales estos programas no dan altas.

En cualquier caso, podría estimarse que 25 estancias al año no son suficientes para justificar una derivación al

PCC con el objetivo de reducir la hospitalización por considerarlo un uso excesivo y estar poniendo en riesgo el mantenimiento en la comunidad de esa persona. Sin embargo, existe un grupo de estos sujetos no atendidos por el PCC que sí tienen un elevado uso de la hospitalización. En concreto, un 24% cumple estos dos criterios: a) tres o más ingresos en un año o 6 o más ingresos en 3 años consecutivos y b) 50 o más estancias en un año o 150 o más estancias en 3 años consecutivos.

Es posible que se esté teniendo en cuenta no sólo un elevado uso de la hospitalización sino además un uso inadecuado para considerar la derivación. Es decir, que se considere esa elevada hospitalización como la necesaria y adecuada para los cuidados que esa persona requiere.

Pero también es probable que estos programas no estén siendo efectivos a la hora de identificar a algunos de los potenciales pacientes que se podrían beneficiar de su apoyo. A algunos pacientes no les estaría llegando este tipo de apoyo. Es posible que no sea suficiente depositar la mayor parte de la responsabilidad para identificar potenciales usuarios de un PCC en los responsables clínicos (psiquiatra generalmente), ya que pueden utilizar distintos criterios de derivación al PCC.

Otra posible explicación por la que esos sujetos con alto uso de la hospitalización no estén siendo atendidos por el PCC a finales del 2002 es que se les hubiera derivado pero no se hubiera logrado el enganche. Y esto lleva a la cuestión de si con el elevado número de pacientes que lleva cada coordinador de cuidados, se dispone de recursos para persistir en las intervenciones que suelen ser necesarias para que algunos pacientes se adhieran a la intervención del PCC.

Limitaciones en el abordaje de casos complejos

Como parte del estudio IPSE se han llevado a cabo 6 estudios de caso sobre los sujetos de la muestra con los índices más altos de uso de la hospitalización y los resultados nos muestran que los PCC estudiados tienen efectividad en el abordaje de los pacientes con características especialmente complejas aunque con importantes limitaciones.

Uno de los criterios de selección de estos 6 sujetos era que la fecha de inclusión en el PCC fuera previa a 1997, con el fin de poder utilizar los datos extraídos del sistema de información asistencial (disponible hasta 2002 por las características del diseño del estudio). Este criterio ha determinado que en 5 de los sujetos hayan concurrido una o dos de las siguientes circunstancias. La pri-

mera, que la fecha de inicio de su enfermedad se produjera en un momento en el que el modelo comunitario en nuestra región daba sus primeros pasos, por lo que la sectorización no estaba completada, no existía una unidad de agudos en cada hospital general, y la coordinación entre el hospital y el SSM era escasa. Por lo tanto, el inicio de la atención ambulatoria se demoró entre 6 y 10 años desde el inicio de la enfermedad o desde el primer ingreso. Además, los PCC de sus SSM no se iniciaron hasta años después de que varios de estos sujetos iniciaran en ellos su tratamiento ambulatorio, por lo que la atención más intensiva proporcionada por el PCC también tiene un inicio demorado.

A estas circunstancias del contexto de atención en salud mental en su área, que pueden haber influido en su alta tasa de ingresos, ha de sumarse otra circunstancia, la existencia o no de dispositivos de rehabilitación especializados en su distrito. Teniendo en cuenta que en estos programas parte de los objetivos se procuran alcanzar derivando al paciente al recurso más adecuado, la ausencia del dispositivo adecuado puede haber influido también en dicha tasa de ingresos.

En cuanto a las características de los sujetos, varios comparten factores que pueden haber incidido en la alta tasa de ingresos: la ausencia de apoyo familiar o la presencia de una grave conflictividad familiar, la presencia de problemas graves de conducta o rasgos de personalidad no adaptativos, y el consumo de tóxicos.

A pesar de todas estas circunstancias adversas, en al menos 4 de los 6 sujetos, en el año 2003 se constata una situación en la que apenas existen necesidades no cubiertas y se muestran con su vida entre “algo” y “bastante” satisfechos, aunque su deterioro y nivel de discapacidad sea alto en varios de ellos. Además, en 4 de los 6 sujetos se reduce el número de ingresos tras la entrada en el PCC y en 3 de ellos se reduce el número de estancias.

Por tanto, podemos decir que la intervención ha sido efectiva incluso en los sujetos con mayor uso de la hospitalización. Sin embargo, el estudio de casos ha identificado una serie de limitaciones en los PCC estudiados. Es posible que el abordaje de estos pacientes con necesidades tan complejas hubiera sido más efectivo si los PCC se hubieran caracterizado por lo siguiente:

- Menor ratio de pacientes por profesional o al menos un equilibrio mayor entre las distintas “intensidades” o gravedad de los pacientes que se atienden a un tiempo, para poder dedicar el tiempo requerido a los más difíciles.

- Programas más especializados que puedan atender adecuadamente necesidades relacionadas con la familia, el consumo de tóxicos o simplemente a pacientes que requieran un plan de cuidados con objetivos que requieren entrenamientos o atenciones más especializadas de lo habitual y muy individualizadas. Los PCC estudiados no suelen contar con coordinadores de cuidados u otros profesionales de apoyo con formación especializada en estas áreas, por lo que confían parte de los cuidados en la derivación a otros recursos especializados. Cuando no existen los recursos adecuados el PCC no tiene suficientes herramientas para ofrecer alternativas.
- Intervenciones más centradas en la comunidad, que realicen mayor uso del trabajo en la calle, en el domicilio, con la familia.

Así, los resultados de los estudios de caso matizan los resultados, en el sentido de que programas con un modelo de case management clínico son efectivos, pero que quizá sean necesarias algunas de las características que definen otros modelos como el de tratamiento asertivo comunitario para mejorar la intervención con los pacientes con necesidades más complejas.

3. SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LOS PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN MADRID

Los PCC que ya se habían desarrollado antes del Plan de Salud Mental 2003-2008 se han mostrado claramente efectivos en la reducción de la hospitalización pero también presentan algunas limitaciones. Teniendo esto en cuenta se pueden realizar algunas consideraciones en torno a cuál puede ser el futuro de estos PCC en Madrid. Pero previamente se hace necesario analizar cuáles han sido los cambios que ha habido desde el 2003, fecha de arranque de los planes de ambas Consejerías.

Desde entonces, ¿qué acciones se han llevado a cabo para lograr la implantación de estos programas en cada SSM?

Desde la Oficina Regional de Salud Mental se elaboró un estudio de necesidades que identificó la pertinencia de que en el Plan de Salud Mental figurara como objetivo prioritario desarrollar los Programas de Continuidad de Cuidados en cada SSM. La principal acción que desde entonces se ha desarrollado a nivel regional ha sido la implementación de la Ficha de Continuidad de Cuidados y su informatización. Esta ficha, que debe cumplimentarse para cada paciente incluido en el PCC,

recoge los datos principales de la evaluación realizada por su coordinador de cuidados y su responsable clínico, así como el Plan de Continuidad de Cuidados individualizado. La implementación de esta ficha ha dado lugar a que exista un censo de los pacientes en el PCC, a que el PCC tuviera una entidad propia en cada centro, y a fomentar una evaluación de las necesidades de cada paciente incluido en el programa y la elaboración de un Plan individualizado. Para la derivación a los centros de rehabilitación pertenecientes al Plan de Atención Social se ha establecido la obligatoriedad de incluir esta Ficha en la documentación para la derivación.

Esta acción, necesaria, parece insuficiente para asegurar un adecuado desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados en cada SSM. No se ha desarrollado ninguna guía o protocolo que indique cómo ha de desarrollarse la intervención desde estos programas y que fomente unos mínimos en las distintas áreas: composición del equipo, funciones de cada miembro, ratio coordinador de cuidados / paciente, mecanismos de coordinación interna (reuniones del propio equipo del PCC, del equipo de PCC con el resto del SSM), de coordinación externa, grado en que se sigue un modelo tipo broker case management (evalúo y derivó) o de case management clínico (evalúo y proveo cuidados directos (y derivó)), áreas de intervención y estrategias y programas que han de desarrollarse (grupales, club de ocio, etc.), grado en que el apoyo se presta en el propio SSM o fuera, criterios de derivación, medios para identificar potenciales usuarios del PCC, etcétera. Así, cada SSM desarrolla su propio PCC, y en cada uno con un grado de protocolización que varía.

Además, desde 2003 no se ha contratado apenas personal para el desempeño de la figura de coordinador de cuidados que reforzara a los equipos. Así, según el Plan de Salud Mental, en el año 2000 había en los SSM de nuestra comunidad 103 diplomados en enfermería y 61 trabajadores sociales, que son los profesionales que con mayor frecuencia asumen la función de coordinador de cuidados dentro de los PCC. En diciembre de 2005, según el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Madrileña de Salud Mental, había 106 diplomados en enfermería y 67 trabajadores sociales.

En este contexto, se desarrolla al mismo tiempo el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (en adelante Plan de Atención Social), que entre el año 2005 y 2006 pone en marcha 23 Equipos de Apoyo Social Comunitario

(EASC) con un total de 690 plazas, y tiene como previsión llegar a 37 EASC a finales de 2007 (1110 plazas). Cada EASC está formado por 1 Trabajador social, 1 Psicólogo y 2 Educadores y su capacidad de atención se sitúa en unos 30 usuarios. Multiplicando, esto ha supuesto hasta ahora la incorporación al Plan de 23 trabajadores sociales, 23 psicólogos y 56 educadores. Y la ratio profesional/ usuario se sitúa en 1 / 7,5, frente a la ratio coordinador de cuidados / paciente de 1 / 40-60 si tomamos como referencia los PCC incluidos en el proyecto IPSE.

Tal y como los definen en los documentos del propio Plan de Atención Social, “estos Equipos nacen de la necesidad de complementar la atención prestada en la red de centros dependientes del Plan permitiendo ofrecer atención domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Los EASC se configuran como un equipo social multiprofesional que trabajarán integrados en los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los SSM desde una lógica de estrecha integración, coordinación, complementariedad y trabajo en red, para servir a los siguientes objetivos generales: 1) Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles; 2) Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno; 3) Evitar situaciones de marginalización y abandono; 4) Apoyar a la utilización de recursos; 5) Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias; y 6) Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales”.

Estos EASC se desarrollaron coordinados por los técnicos del Plan, y con el apoyo de un documento-guía (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2005) que los define y establece sus objetivos, actividades y organización. Se trata de un breve documento de partida que fue consensuado con la Oficina Regional de Salud Mental. Con el fin de que los distintos Equipos compartieran unos objetivos y actividades homogéneas, y tras la experiencia de los primeros cinco EASC, éstos se encargaron de la formación inicial de los equipos de los siguientes EASC que se abrieron. En la actualidad, los EASC está coordinados a través de reuniones tri-

mestrales al nivel de área y reuniones también trimestrales al nivel de Madrid. Los diferentes recursos del Plan han ido elaborado manuales o guías de funcionamiento a medida que su funcionamiento se ha ido consolidando. Es previsible que esto pueda realizarse en un futuro con los EASC.

Así, en un futuro en el que tanto los PCC de cada distrito estuvieran desarrollados plenamente, integrando en su seno a estos EASC, se estaría configurando un modelo de tres niveles de intensidad en la atención a los pacientes con trastornos mentales crónicos.

1. En un primer nivel estarían aquellos atendidos por el responsable clínico (psiquiatra/ psicólogo) con apoyo del resto del equipo (enfermería, trabajo social), pero que no son incorporados al Programa de Continuidad de Cuidados.
2. En un segundo nivel estarían aquellas personas para las que se valora que tienen necesidades más complejas cuya atención podrían implicar el uso de varios recursos, por lo que se valora necesario incluirlos en el PCC, asignarles un coordinador de cuidados y desarrollar un Plan de Continuidad de Cuidados individual. Este Plan implicará diversas acciones orientadas a la rehabilitación e integración comunitaria de esa persona, algunas de las cuales las llevará a cabo el coordinador de cuidados de manera directa a través de sus intervenciones, en otras ocasiones derivará al paciente al/los recurso/s adecuado/s (CRPS, CRL, CD, etc.) y coordinará las distintas acciones para ajustarlas a su Plan individual.
3. Un tercer nivel implicaría haber detectado necesidades que no puede abordarse sino con un apoyo domiciliario (no estando en otro recurso que también intervenga en el domicilio como CRPS, por ejemplo) y/o problemas para vincular a la persona tanto al Servicio de Salud Mental como a otros dispositivos, necesidades que no pueden cubrirse con la intervención estándar del PCC. Este nivel implica que el EASC, con una ratio profesional /usuario que permite una mayor intensidad en la intervención, asuma el caso pero de manera integrada y coordinada con el PCC.

Sin embargo, para llegar a este mapa y que funcione adecuadamente se hace necesario que: 1) los PCC esté adecuadamente desarrollados en cada SSM, 2) que los EASC lleguen a todos los SSM y tengan un modelo de funcionamiento consolidado, y 3) que estos EASC estén totalmente integrados en los equipos de continuidad de cuidados de cada SSM.

Al primer aspecto le queda mucho camino por delante pues, tal y como se ha visto en líneas previas, las acciones y recursos que se han puesto en marcha para desarrollar estos programas han sido muy limitados. Y este insuficiente desarrollo de los PCC en cada distrito condiciona los siguientes pasos.

Así, resulta complejo establecer un único modelo de funcionamiento para los EASC si en cada SSM el Programa de Continuidad de Cuidados es particular y desarrollado por el propio equipo sin unos criterios técnicos comunes.

Esto, unido a la propia idiosincrasia que inevitablemente aparece en cada EASC, lleva a que en cada distrito/ área pueda articularse un mapa muy distinto de atención a las personas con trastornos mentales crónicos. Por ejemplo, es posible que pudieran configurarse EASC que limiten su objetivo a vincular a sus usuarios a otros recursos (CRPS, CD, etc.) en vez de plantearse también cuidados y programas de rehabilitación propios, o que, por ejemplo, otros dispositivos cuenten con los EASC para intervenciones domiciliarias que habitualmente se proporcionaban desde dicho dispositivo. Sin embargo, esta posible disparidad de criterios se va homogeneizando a medida que este nuevo recurso va encontrando su espacio en la red y en parte a través de las coordinaciones ya mencionadas entre distintos Equipos. Sin olvidar que cada EASC ha de integrarse en un PCC cuyas necesidades pueden variar tanto por las características de la población a la que atienden, las peculiaridades de la red de recursos en la que han de integrarse y las propias particularidades de cada PCC.

Por último, la plena integración de los EASC en los equipos de continuidad de cuidados está condicionada a un pleno desarrollo de éstos. Así, por ejemplo, si el PCC no mantiene reuniones habitualmente de coordinación interna, los EASC no disponen de un espacio en el que integrarse y coordinarse, como ocurre en algunos distritos.

Surgen otras cuestiones acerca del papel de los EASC en el desarrollo de la continuidad de cuidados. Por un lado, hay quien podría plantear que su aparición reduce la necesidad de que dotar a los PCC de personal e incrementar sus recursos. Sin embargo, la realidad es bien distinta. Por un lado, los EASC permiten cubrir las necesidades de una población a la que se estaba atendiendo de manera precaria, pero esta población diana de los EASC es sólo una pequeña parte de la atendida por los PCC. Además, la aparición de los EASC implica un fuerte incremento de la coordinación

y por tanto más trabajo para los equipos de los PCC. Esto es así por un lado porque la intervención de estos Equipos requiere una constante comunicación con los coordinadores de cuidados y, por otro lado, porque con frecuencia estos Equipos van a procurar vincular a sus usuarios con otros recursos del Plan de Atención Social, lo que de nuevo incrementa el trabajo de coordinación. Por último, como se ha comentado, para que éstos Equipos sean realmente efectivos y puedan cubrir las necesidades de esas personas que a los equipos de continuidad de cuidados más preocupan y para los que se sienten con más dificultades para atender, los EASC deben poder integrarse en una estructura de funcionamiento consolidada y con recursos.

Cuando este mapa de distintas intensidades de intervención para una adecuada continuidad de cuidados se consolide, para lo que como se ha reiterado faltan recursos, queda por valorar si con él se cubren las necesi-

dades de las personas con trastornos mentales severos y si se consigue llegar a quienes más necesidades tienen y quienes más atención demandan en los SSM, lo que no siempre coincide como es sabido. El estudio IP-SE ha puesto de manifiesto que los PCC tienen limitaciones a la hora de vincular al programa a pacientes que podrían necesitarlo si atendemos al elevado número de ingreso que tienen, y también otras limitaciones para abordar los casos más complejos. Así, en futuro sería interesante evaluar si con este mapa se llega a los pacientes que no se ha conseguido vincular hasta ahora a ningún tipo de tratamiento, o a los pacientes con necesidades complejas (por ejemplo, con grave problemática familiar) o con otros problemas asociados como consumo de tóxicos o trastornos de personalidad. Esta evaluación requiere una estrecha coordinación entre los responsables de los dos planes implicados en la continuidad de cuidados en Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Suárez, M. (2007). El impacto de los Programas de Continuidad de Cuidados en el uso de la Hospitalización de Personas con Esquizofrenia. Tesis Doctoral. Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.
- Asociación Madrileña de Salud Mental (2006). Observatorio de Salud Mental Madrid. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Número extraordinario, primavera 2006.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2002). Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2005). Diseño de Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Definición, objetivos, actividades y organización. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2002). Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008.
- Donas, M. & Fernández Liria, A. (1997). Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. In S.Rebolledo Moller (Ed.), Rehabilitación Psiquiátrica (Santiago: Universidad de Santiago).
- Fernández Liria, A. & Garcia Rojo, M. J. (1990). Los programas de “Case Management”. Conceptos basicos y aplicabilidad. Revista de la AEN, X, 65-75.
- Fernández Liria, A. (1997). Cronicidad en la psiquiatría a finales del siglo XX. In S.Rebolledo Moller (Ed.), Rehabilitación Psiquiátrica (pp. 15-28). Universidade de Santiago de Compostela.
- Fernández Liria, A. (1991). El concepto de Paciente Crónico Adulto Joven. Pertinencia y relevancia para la planificación de servicios de salud mental (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández Liria, A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid. La Rehabilitacio Psicossocial Integral a la Comunitat i Amb la Comunitat, 1, 32-36.
- González Rodríguez, A. (2001). Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad. Psiquiatría Publica, 13, 4-16.

- Ximenez, P., Fernandez, C., & Sanchez, A. (2000). Un programa de seguimiento y cuidados comunitarios de personas que padecen enfermedad mental crónica. Trabajo Social Hoy, 28 bis.

Alonso Suárez, M.,

Centro de Rehabilitación Laboral Retiro,
C/ Alcalde Sainz de Baranda 93, 28007, Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Centro Concertado con las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Bravo Ortiz, M.F.,

Fernández Liria, A., González Juárez, C.

El modelo de atención en rehabilitación psicosocial en la Comunidad de Madrid

La intención de este artículo es la de aportar una visión general de la situación de la atención en rehabilitación a las personas con trastorno mental severo.

Es decir, fundamentalmente se trataría de valorar el modelo de atención y prever futuras necesidades. Pero en este punto es donde encontramos el primer gran problema, ya que no se puede decir que exista un modelo común y compartido de qué atención ofertar, con qué metodologías, desde qué lugares y con qué recursos.

En Madrid no se puede hablar de modelo, sino de modelos. Desde unos inicios de la reforma psiquiátrica marcados por unos fuertes personalismos se ha evolucionado a diferentes sistemas o modelos de atención en función de quién organiza y del territorio concreto en el que se actúa, es decir, se sigue con una estrecha vinculación a las personas responsables de gestionar el “modelo”.

La mayor parte de los profesionales que trabajamos en rehabilitación compartimos un conjunto de criterios que deben cumplir la atención ofertada: una red de atención, una globalización de las intervenciones, una responsabilidad compartida, un trabajo por objetivos y el intento de que el usuario sea el centro del sistema.

Lo que solemos tener en la cabeza podría aproximarse a lo siguiente:

- Una red formada por un conjunto de dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales.
- Con un punto central que globaliza y organiza toda la atención, y que es el programa de rehabilitación,

seguimiento, continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental.

- Con unos dispositivos específicos que apoyan de forma intensiva el cumplimiento de aquellos objetivos que entran dentro de su ámbito de intervención.
- Con una coordinación entre todos los elementos de la red pertinentes.
- Con la participación de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en equipo.

Si se hace un análisis de los diferentes puntos anteriores se pueden comenzar a vislumbrar las dificultades.

En primer lugar el propio modelo de red. Es una fórmula muy en consonancia con los tiempos que vivimos. Son los tiempos de la ecología, los modelos globales, los equipos interdisciplinarios, lo multiparadigmático. Parece que ya hace bastantes años que se abandonó la época del individualismo y que adoptamos posturas de globalización. Ya se sabe... problemas complejos exigen soluciones complejas, un solo profesional o un solo sistema no puede abordar todas las necesidades de las personas atendidas, etc.

Esto en sí no es una crítica, sencillamente es la aceptación del lugar y tiempo que nos ha tocado vivir, pero la creencia de que el modelo de red es el idóneo no debe llevar al error de pensar que este modelo no tiene dificultades.

El modelo de red se suele visualizar como un conjunto de nudos (los dispositivos o programas), interconectados entre sí (por las coordinaciones) y que en su con-

junto permiten “sujetar” a la persona atendida. Se supone que el usuario de la red circula por ella utilizando los diferentes recursos y según un plan de intervención que le guía en este tránsito y que se vertebra desde uno de los “nudos de la red”. Pero la realidad es que las redes son menos densas que lo que se podría anticipar, por lo que esa distancia entre los diferentes nudos es en realidad un conjunto de “agujeros” por los que se “caen” sus usuarios.

Y la única solución que se suele adoptar para solucionar este déficit es la creación de nuevos dispositivos o programas (“nudos”) que hagan la red más densa y por lo tanto menos permeable a las “caídas”. A modo de ejemplo, los centros de rehabilitación se desdoblán en laborales o psicosociales, o se diferencia entre centros de entrenamiento y aquellos con una función básica de apoyo, se diferencian las alternativas residenciales en alta supervisión, media, baja, pisos, pensiones, residencias, se crean unidades específicas para trastornos de personalidad, para patología dual, servicios específicos para sordos, etc.

Pero esta solución debe tener un final, un límite. No se pueden crear recursos de forma indefinida para cubrir la diversidad, porque siempre habrá alguien que no “encaje” en ninguno de los nudos de la red y “se caiga”. Llevando un ejemplo a un extremo esperpéntico, hace un tiempo se tuvo que atender en el Centro de Rehabilitación en el que trabajo a un joven rumano que no sabía español. Aparte de las dificultades para integrar en nuestra cultura a alguien de quien desconocemos sus claves culturales y que tampoco conoce las nuestras se podría pensar que podría ser idónea la existencia de algún tipo de recurso que cubriera a estas personas. Pero además podría ser una persona sorda... pues ... ¡a crear un dispositivo específico para personas con trastorno mental severo rumanas y sordas!. Pero a lo mejor hay que tener en cuenta el tipo de recurso de atención, puede ser de tipo residencial o ambulatorio, laboral o de soporte, por lo que habría que desdoblarse los recursos para adaptarlos a las necesidades... En fin, se llegaría a un sinsentido o a un imposible.

Es decir, un primer problema de un modelo en red es que la compartimentación de la atención hace el que cada nudo de la red tenga una oferta o cartera de prestaciones y por lo tanto un perfil a cumplir por el paciente para su derivación. Pero como dice un compañero, los perfiles son siempre excluyentes, no incluyen. Se hacen para proteger al recurso de aquello que se

sale de su oferta de atención, para impedir que entren en él personas a las que se considera que no se puede o no se debe atender. Es muy fácil evidenciar este hecho en aquellos pacientes, por ejemplo, con trastorno mental severo y consumo abusivo de sustancias, que no podrían entrar en los dispositivos específicos de rehabilitación ni tampoco en la red de atención a drogodependientes debido a su enfermedad mental, a la patología dual enfermedad mental-retraso mental, etc.

La solución a este problema, una vez que ya se cuenta con la Comunidad de Madrid con un número que se aproxima a lo suficiente de recursos de rehabilitación, tiene que ver con la flexibilidad. No se trata de pervertir o “retorcer” los dispositivos específicos de la red para que “accepten cualquier cosa”, sino de que se flexibilicen los perfiles para poder ocupar más “hueco” de la red. La dificultad para desarrollar esta solución está en que debe ser implementada de forma simultánea por toda la red. Si sólo lo hace un nudo, éste se colapsa o pervierte o se convierte en depósito de los problemas de todos. Y en general los profesionales no solemos ser tan bondadosos, ya que es mucho más fácil escudarse en el “esa no es mi función”, “el paciente no cumple criterios”, “no es un recurso adecuado para él”. Es decir, es la lógica del chiringuito, según la cual yo me ocupo de lo que me toca y no quiero saber nada de lo demás. Una lógica contraria al modelo de red, en el que hay una corresponsabilidad de todos y cada nudo de la red debe hacer sentir su influencia en función de su implicación en cada momento dado en el proceso global de atención. El problema es que aunque uno se encastille en esta lógica del chiringuito, no por ello el paciente deja de existir, y el Servicio de Salud Mental correspondiente, “nudo vertebral” de la red, no puede negarse a prestar atención.

Y esto da pie a tratar el siguiente aspecto, el referido al lugar de globalización o donde el paciente va a estar siempre atendido aunque no utilice recursos específicos de rehabilitación. Este lugar en la Comunidad de Madrid es el Programa de Continuidad de Cuidados. La metodología marcaría que todos los pacientes incluidos en este Programa deben tener un profesional de referencia y un plan de intervención en el que se plasmen los objetivos a conseguir con la atención que se preste así como los recursos necesarios para su consecución.

Aquí empiezan otro tipo de problemas. La puesta en marcha de estos Programas ha sido muy desigual en las diferentes Áreas de la Comunidad, desde algunas en

los que era prácticamente inexistente hasta aquellas en las que tiene un buen nivel de desarrollo. Es evidente que en aquellas zonas en las que este Programa no funciona de forma sistemática y eficiente difícilmente se puede hablar de una red coordinada de atención, ya que es difícil que una orquesta funcione si el director no cumple su papel.

Y a esto se añade la propia incoherencia que existe entre el plano técnico y el administrativo o de responsabilidades en los Servicios de Salud Mental. Según marca el Plan de Salud Mental, los profesionales sobre los que recae la responsabilidad de los Programas de Continuidad de Cuidados son fundamentalmente los diplomados en trabajo social o enfermería. Así, las personas que deben globalizar la atención, utilizar los recursos específicos, guiar por la red, etc... no tienen “mando en plaza”, ya que la responsabilidad última a nivel administrativo es del psiquiatra. Por este camino se llega a la incongruencia de que el profesional que conoce en profundidad al paciente, el que conoce los dispositivos específicos y sus características, el que se coordina con la red específica de atención socio-sanitario y con la red normalizada no puede hacer las derivaciones que cree oportunas si el responsable superior administrativamente no comparte dicha visión.

Además el crecimiento de recursos de rehabilitación y el mantenimiento del número de profesionales de Salud Mental destinados al Programa de Continuidad de Cuidados ha llevado a una situación de estrangulamiento. Es decir, el conjunto de personas con trastorno mental severo de un Distrito es atendido por entre dos y cuatro profesionales de Continuidad de Cuidados, y éstos, además de llevar a cabo el protocolo de continuidad de cuidados y determinar y acordar los objetivos de rehabilitación, deben coordinarse con el triple o cuádruple número de dispositivos específicos que hace cinco años, es decir, soportan una sobrecarga importante, pero no hay que olvidar que en teoría son el eje técnico del sistema.

Otra dificultad añadida es que en este modelo de red con una cabeza rectora, desde la que se realizan las derivaciones o propuestas de utilización de los demás dispositivos de la red, este eje o, en Madrid, Programa de Continuidad de Cuidados, es el que debe “alimentar” a la red. Los demás dispositivos no pueden funcionar si no reciben usuarios, ningún dispositivo dispone de otras fuentes alternativas de derivación. La responsabilidad, por tanto, del Programa de Continuidad de Cuidados es la de conocer profundamente y utilizar to-

dos los recursos pertinentes en cada caso, tarea difícil si el número de personas dedicadas a ello es insuficiente.

En la actualidad, en la Comunidad de Madrid, la mayor parte de los dispositivos específicos no están ocupados en su totalidad, pero si se miran las tasas de prevalencia del trastorno mental severo y las ratios de plazas adecuadas por cada tipología de dispositivo esto no debería ocurrir. Una vez más, la insuficiencia de personal en la cabeza rectora de la red lleva a una situación de grave desatención: existen los pacientes, existen los recursos, pero la presión asistencial en los Servicios de Salud Mental suele conllevar la utilización de los recursos de rehabilitación para los casos más graves o problemáticos, no siendo utilizados para personas con grados de discapacidad menores. Un hombre joven con pocas dificultades en su funcionamiento psicosocial no suele ser derivado a recursos específicos, aunque pudiera beneficiarse de ellos porque no está en la cabeza de los profesionales de Salud Mental, demasiado ocupados en atender las situaciones más graves o conflictivas además de a toda la patología menor. Así, el tiempo medio de evolución para que una persona se derive a dispositivos específicos suele superar los diez años. Evidentemente el deterioro ya es importante, la pérdida de la red social se ha producido, la familia está sobrecargada... y entonces es cuando se nos enciende la luz y se produce la derivación. Esta argumentación nos llevaría por otros caminos diferentes de aquellos a los que está dedicado este artículo, pero esta inatención inicial suele provocar una quiebra posterior. Por ejemplo, las Mini-residencias de la Comunidad de Madrid tienen una edad media en las derivaciones diez años superior a las de los Centros de Rehabilitación. Una hipótesis de esta diferencia se encontraría en que el no trabajar en rehabilitación desde dispositivos ambulatorios a edades más tempranas conlleva una necesidad posterior de utilización de un recurso más “contenedor”, hecho que a lo mejor no se produciría en un porcentaje significativo de casos si se comenzara la intervención antes.

Por todo ello difícilmente puede funcionar una red cuya cabeza rectora está tan limitada en cantidad y competencias. En este caso la solución sería sencilla: un crecimiento significativo del número de profesionales dedicados al Programa de Continuidad de Cuidados, con una formación adecuada para el desempeño de sus funciones y con competencias y responsabilidades acordes con las tareas que deben desempeñar.

Pero los problemas en este aspecto no están sólo del lado de Salud Mental. El crecimiento importante del número de dispositivos específicos del Plan de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha supuesto la incorporación en los últimos años de centenares de profesionales, muchos de los cuales evidentemente no tienen una gran experiencia en el campo de la rehabilitación psicosocial. A pesar de las formaciones iniciales desarrolladas y del voluntarismo propio de los trabajadores de este campo, es difícil llevar a cabo un trabajo en red, con responsabilidades compartidas si a la escasez de profesionales de Salud Mental se añade la bisoñez de los recursos específicos en su comprensión del modelo y de los condicionantes de la red en los diferentes lugares de la Comunidad de Madrid.

Un tercer problema, también asociado al trabajo en red, es el de las coordinaciones. Ya se ha dado muchas vueltas a este tema, por lo que no me voy a extender en él. Sencillamente habría que recordar que lo importante en un trabajo en red es el compartir los objetivos (entendiendo como objetivos como los del usuario a atender) y que la coordinación debería tener como contenidos esta búsqueda o unificación de objetivos por los diferentes nudos de la red que estén actuando sobre una misma persona, ya que una vez compartidos los objetivos el reparto de tareas es muy sencillo.

Pero con todas las limitaciones apuntadas anteriormente este sencillo sistema de coordinación se complica enormemente. Si el Programa de Continuidad de Cuidados no marca claramente los objetivos de cada paciente, y no utiliza la información que les llega de los recursos de rehabilitación para su modulación, si los diferentes dispositivos no llevan a cabo esta tarea de unificación, si cada profesional no centra su tarea en la consecución de los objetivos globales de la persona, etc difícilmente se podrá hablar de continuidad de cuidados, tránsito por la red, objetivos compartidos, reparto de tareas, etc..

Es en este punto en el que esa idea que queda tan bien en los escritos de que “el usuario es el centro del sistema” se arruina. Para que el paciente sea el centro deben cumplirse todos los requerimientos anteriores, especialmente este último. La falta de coordinación lleva a que cada dispositivo marque sus objetivos, pero habitualmente son (perdón por la reiteración) “sus” objetivos, no los del usuario. Cada nudo de la red diseña una intervención más centrada en su oferta o en sus posibilidades de atención que en las necesidades globales de la persona. Así se pueden juntar dos, tres y hasta cuatro

planes de intervención de un mismo usuario, cada uno con su correspondiente evaluación y con sus objetivos propios, pero sin un sentido global y compartido de hacia dónde se enfocan todos los objetivos de los diferentes servicios.

Hasta ahora se han repasado las dificultades de funcionamiento del modelo de rehabilitación psicosocial en la Comunidad de Madrid, pero refiriéndose en exclusiva al modelo que la mayoría de los profesionales compartimos como el idóneo. Se decía al comienzo que en Madrid no existe un modelo, sino un conjunto de modelos.

Porque la crítica desde un punto de vista de usuario del sistema es que la calle o barrio donde uno tiene su domicilio determina el tipo de atención que va a recibir. Hay Áreas que participan del modelo anteriormente expuesto, a pesar de sus dificultades. En otras sigue predominando el modelo hospitalcentrista, con mecanismos de derivación diferentes y bajos niveles de coordinación con recursos específicos de rehabilitación. Dependiendo del Distrito puede haber un potente Programa de Continuidad de Cuidados o existir meramente sobre el papel. Hay Áreas en las que el paciente puede esperar recibir atención domiciliaria desde los Servicios de Salud Mental y otras en las que no se plantea siquiera esta posibilidad. Tenemos el “Modelo Instituto” como fórmula de gestión y los defensores del modelo “Agencia” como manera de solucionar los problemas derivados del modelo de red aunque conlleve la vuelta a la “institución total”. Esto sin contar con los modelos de intervención derivados de las diferentes orientaciones teóricas.

Estas diferencias en cuanto a la implantación de un modelo único se expresan en una atención fragmentada, sin objetivos globales, con una deficiente utilización de los dispositivos, con escasez de personal en los puestos de liderazgo técnico en rehabilitación del sistema y con pobres niveles de coordinación.

En definitiva, no ha mejorado demasiado la situación cualitativa desde finales de los años ochenta. Durante más de una década nos hemos quejado de que había un modelo pero no se desarrollaba porque no había suficientes recursos. Hoy en día tenemos modelo que se supone implantado, tenemos recursos, pero no se aportan o sistematizan los elementos necesarios para que el modelo funcione eficazmente.

José Manuel Cañamares

Director de la Minirresidencia de Getafe

CARTAS A LA AMSM

El todo y las partes en salud mental de niños y adolescentes

En Invierno de 2006 y Primavera 2007 se han publicado en esta revista dos cartas en las que se expone el “maltrato” al que se consideran sometidas dos psiquiatras de la Unidad de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, y la “orfandad” en la que para dichas profesionales queda la Psiquiatría Infantil sin su trabajo en dicha Unidad. Culpa de todo la tiene, según cuentan, el “Departamento de Salud Mental” (ni se recuerda cuando cambió el nombre por el de “Oficina”, detalle que habla ya del nivel de conocimiento de los Servicios de Salud Mental “que rodean cual minúsculos satélites” lo que parecen presentar como el “epicentro” de la Salud Mental Infantil); no contentas con eso, en un ejercicio de identificación masiva y equiparación de las personas con una disciplina y una red asistencial, hacen extensivo su supuesto maltrato a la psiquiatría infantil en general y comparan su aparente y falsa desprotección con la orfandad de algunos -no todos, afortunadamente- menores. Ante dichas acusaciones consideramos, que no podemos y no debemos dejar de aclarar ciertas cosas:

1. Pensamos que, a día de hoy, el apoyo de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (así se llama) al desarrollo de los Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes está fuera de toda duda. Siempre se puede hacer más...y nunca se hizo tanto. Si ha habido un período de apoyo real, en términos concretos, al Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes, ha sido en los últimos años; y esto, tanto cuantitativa como cualitativamente; también en la defensa en el Ministerio de Sanidad, documentada, de la especialidad en Psiquiatría Infantil. Si la situación de abandono, ésta de verdad, en la que tradicionalmente se habían mantenido los profesionales de los Equipos de Niños y Adolescentes ha sido al menos reconocida y en parte reparada en algún momento por la administración, ha sido precisamente hace pocos años con el nombramiento de un Responsable de Programa de Niños y Adolescentes en la Oficina y en cada Área de Salud Mental; demanda ésta, por cierto, largo tiempo reclamada por los profesionales de los Centros de Salud Mental, menos protegidos y mimados pero del mismo o más prestigio profesional que los que trabajan en hospitalización.
2. Porque en esta disciplina de niños y adolescentes somos muchos, 105 psicólogos y psiquiatras, y además buenos profesionales, y algunos, incluso, con mucha experiencia, aunque esto último sea presentado en las cartas alusivas como algo reprochable y sinónimo de “antigüedad”, en el peor sentido. Pero claro, ninguno de “los psiquiatras de Centros de Salud Mental o de tratamiento ambulatorio” es tan bueno como las autoproclamadas “víctimas”, ni publica tanto en revistas de impacto, ni tiene tantos premios... porque quizás les gusta más (¿hay algo malo en ello?) la clínica que la investigación o sencillamente no hacen ostentosa gala de sus méritos o no tienen tiempo, ya que hay que atender en condiciones más difíciles y con menos contención a los pacientes “ambulatorios”; los mismos que en un momento dado ingresan en una de las dos Unidades de Agudos y los mismos que, tras una corta estancia, regresan a su Centro de Salud Mental, si no son suficientemente útiles o interesantes como para ser incluidos en algún estudio/investigación.
3. Y algunos de estos profesionales, hemos optado, ciertamente, a un concurso de traslado al que hemos podido acceder tras sacar hace muchos años un verdadero y duro concurso-oposición. Y en a este concurso salen, como todos sabemos, unas plazas de psiquiatría infantil, algunas de las cuales, no todas, están en la Unidad de Adolescentes del H.U. Gregorio Marañón. Y hay que decir, haciendo un breve recordatorio histórico, que esta Unidad se dotó en su día mediante concurso (–no oposición–) de interinidad que no se publicó en el BOCM, en el que se quedaron fuera algunos de los que hoy tratan de acceder porque la ley, y no “otras cosas” que entonces primaron, los ampara. Y si es tan cierto como ahora dicen que entonces se exigió el añorado perfil infanto-juvenil, algunos de los actuales “ocupantes” no hubieran tenido la menor posibilidad, ya que su nulo interés previo por la psiquiatría de niños y adolescentes y/o su escasa experiencia de todos era conocido; Pero pasó el tiempo, y esas plazas interinas, salen, como todas, a traslado. Inicialmente pretenden que salgan con un perfil inexistente e imposible (“Psiquiatra (U. Adolescentes)”, así estaba en el borrador que tenían los sindicatos y que todos vimos), pero finalmente, al no estar aceptado el perfil infanto-juvenil por no existir especiali-

dad, salen sólo con Destino. Y nos presentamos algunos, y a algunos nos adjudican provisionalmente (no han salido las listas definitivas) esas plazas, porque no nos adjudican otras, igual o más apetecibles, pero que corresponden a compañeros con más años, y por tanto más derecho. Y es que en este país contamos con unos estatutos que reconocen los derechos de los trabajadores que tienen una plaza en propiedad, aunque esto implique que, aquellos otros que ocupaban sus puestos de trabajo en interinidad- a nadie se le ocultó-, sean desplazados. Y así ha sido en otros traslados, y así va a ser en los demás puestos que salen a concurso de traslado, sin que, sin embargo, los otros “desplazados” hayan hecho de esto escarnio público y más bien hayan tenido que buscarse la vida, puesto que no han tenido la suerte de que, ¡casualidad!, unos meses antes de que se ejecute el traslado, se les cambie de número de puesto de trabajo, dejándolos en el mismo destino, de tal modo y forma que cuando lleguen “los nuevos, incompetentes y maltratadores”, ellos sigan allí, y “a ver si hay suerte y corriente de opinión”, y se quedan. Esta es la jugada por todos conocida y esto es lo que distintos profesionales venimos denunciando que ocurriría desde Mayo del 2005, y lo que denunciábamos en la carta a la que aluden: no era nuestra queja el que salieran las OPES de Diciembre 2006 con perfil de haber trabajado en la Unidad de Adolescentes, si no que se crearan dos plazas más para una Unidad donde hay 4 psiquiatras ya, (los puestos que habían salido ha traslado) y que tiene un índice de ocupación del 51%. Por no hablar de la consolidación en la Jefatura de Sección.

4. Algunos llevamos mucho tiempo luchando, con mayor o menor éxito, pero con humildad y sentido de responsabilidad, desde el lugar en el que el destino nos ha colocado en cada momento, por la Salud Mental Infanto-juvenil y llevamos mucho tiempo peleando, porque hay que llamarlo así, por poder ejercer “en paz” y por derecho propio, la especialidad en la que nos hemos formado, y que hemos defendido con hechos y no con palabras. Y ahora llega el momento, en el que sin más necesidad de justificación de trayectoria y formación profesional, la Ley de la Función Pública nos ampara.

Y esta situación a la que se ha estado aludiendo en las cartas anteriores y ésta, seamos realistas, afecta a una Unidad que pertenece a un Sistema mucho más amplio que ella, implica a unos profesionales que somos una mínima parte de ese conjunto y por tanto, veamos las cosas con objetividad y no confundamos las partes, siempre sustituibles y reponibles, estén donde estén, con el todo, que es mucho más importante y desde luego trasciende las mezquindades y mentiras de algunos.

Así, esperemos que el claro impulso dado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental a la atención en Salud Mental de Niños y Adolescentes se consolide como línea de actuación en igualdad de condiciones que los servicios para adultos y que no se confunda con otros temas que, para qué decir otra cosa, a pocos importan.

Por que lo importante es que la salud mental de niños y adolescentes se tenga en cuenta. Porque los que los que la ejercemos no somos “niños indefensos necesitados de adultos significativos”, como dicen los que se identifican como falsas víctimas, si no profesionales responsables, formados, con conciencia del derecho que tenemos a desarrollar una especialidad, de más de 50 años de vida, que por fin empieza a obtener en la Comunidad de Madrid el reconocimiento que se merece y que esperamos que se vea refrendado en el reconocimiento oficial por el que todos los profesionales y las sociedades científicas de niños y adolescentes a las que pertenecemos llevan tanto tiempo luchando.

Inmaculada Palanca Maresca, Jose M^a López , Jose Antonio Soto, Consuelo Morant
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Aclaraciones sobre algunas malintencionadas informaciones

El pasado 23 de julio de 2007, en un artículo publicado en el periódico EL PAIS, titulado “Sanidad coloca a dedo a un alto cargo del Hospital Gregorio Marañón”, se aludía a la Unidad de Menores en Riesgo, dispositivo en el que estamos trabajando algunas de las abajo firmantes. En dicho artículo, “fuentes anónimas” daban informaciones absolutamente erróneas y confusas. En respuesta a la misma, enviamos una carta el 26 de julio de 2007 a dicho periódico con la intención de que al menos sus lectores pudieran acceder a un conocimiento veraz de nuestro trabajo. Sin embargo, dicha carta no fue aceptada para su publicación. Por ello, nos gustaría dar a conocer a los profesionales de la Red de Salud Mental el contenido de dicha carta, que reproducimos literalmente a continuación.

“Los abajo firmantes queremos aclarar algunas de las informaciones erróneas referidas en el artículo titulado “Sanidad coloca a dedo a un alto cargo del Gregorio Marañón”, publicado en EL PAIS el lunes 23 de julio de 2007. En este artículo se reflejan opiniones de trabajadores del Hospital Gregorio Marañón que “prefieren no dar su nombre”. Nosotras queremos aportar una información real identificándonos con nuestros nombres y apellidos. Puesto que creemos que su periódico se esfuerza en transmitir información veraz, resulta sorprendente que en este caso la información no haya sido debidamente contrastada, máxime cuando se alude a un servicio público, con las repercusiones y la confusión que esto puede crear en la población. La Unidad de Salud Mental de Menores en Riesgo a la que hace referencia el artículo, no se formó hace tres meses. Inmediatamente después de los atentados del 11-M se creó una Unidad denominada “Unidad Móvil”, para los menores afectados del 11-M, con el objetivo de facilitar la atención a aquellos que por su situación socio-familiar en relación con el atentado, tenían dificultades para desplazarse a los Centros de Salud Mental de referencia. Desde hace aproximadamente un año y una vez que el cometido de la Unidad Móvil perdió su sentido, puesto que los menores que consultaron en la red pública estaban ya siendo atendidos en sus centros de referencia, dicha Unidad se reconvirtió en la mencionada Unidad de Menores en Riesgo, que está dirigida a brindar atención psicológica y psiquiátrica, no sólo a los menores del 11-M sino a otros menores también víctimas de situaciones traumáticas, tanto agudas como crónicas. La experiencia con los menores afectados por los atentados puso en evidencia la necesidad de contar con un dispositivo para atender a menores en situaciones de riesgo psicosocial.

Nuestra sorpresa ante la ignorancia y falta de documentación periodística reflejada en su artículo es aún mayor conociendo que con fecha 23 de abril de 2005 se dedicó una página de su periódico a la información sobre las acciones que realizó el Plan de Salud Mental para los afectados del 11-M y en la que se hace referencia a la “Unidad Móvil”. Desde nuestra posición de compromiso con nuestro trabajo y con los pacientes, no entendemos el interés por falsear la información que esconden estos “profesionales que no quieren dar su nombre”. Máxime en una Unidad en desarrollo, de cometido, delicado y complejo. Sólo podemos entender la ignorancia y desvalorización de este servicio por intereses puramente personales en los que no participamos. Terminamos con una petición: Que nos dejen trabajar en paz.”

Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, Julia Ayala Perales, Paula Laita de Roda, Paloma Carrión Martín

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.

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: