

EDITORIAL. [pag. 00]
*El Plan, la Adscripción
y la Comisión de Integración*

COLABORACIONES [pag. 00]
*Trabajo Social, dependencia
y enfermedad mental. Agustina Crespo
El impacto de la salud (mental)
en nuestras vidas. Antonio Espino
Intervención temprana
y recuperación vocacional. Eoin Killackey
Recuperación vocacional tras un primer
episodio psicótico. María Alonso
Reflexiones en torno
a la Rehabilitación Laboral. Amaya Díaz*

NOTICIAS [pag. 00]

PANÓPTICO [pag. 00]

HEMOS LEÍDO... [pag. 00]

¡HEMOS ESTADO [pag. 00]

www.amsm.es

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es

año **2009**
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

VICEPRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTA

Agustina Crespo Valencia

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERO

Ángel Luis Lucas Sanz

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alejandro Bello Gómez

VOCAL DE WEB Y COMUNICACIÓN

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca

VOCALES

Adolfo Benito Ruiz

José Morales Zamorano

Miguel Donas Hernández

ditorial

EL PLAN, LA ADSCRIPCIÓN Y LA COMISIÓN DE INTEGRACIÓN

Junta Directiva de la AMSM

“nunca ha habido una visión
estratégica, ni un compromiso
honesto con los profesionales
de la red de salud mental
de hacer un auténtico
Plan de Salud Mental”

Al final, el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011, más que un plan de salud mental, ha quedado reducido a un informe sobre la salud mental. Eso es el borrador de dicho plan de fecha 24 de Junio de 2009. El origen, proyecto de elaboración y forma de gestación del mismo tenía todas las características de un empeño personal del Director General de Hospitales. Nombró un director de proyecto, independiente de la Oficina Regional de Salud Mental, con un encargo: conocer lo que se hacía y unas líneas rojas: el área única y la libre elección de centro y profesional. Remedando la elaboración del plan anterior, se hicieron grupos de trabajo y comisiones aunque se dejó claro desde el principio que debían emitir sus opiniones de forma rápida y que podrían o no ser tenidas en cuenta. Pero nunca ha habido una visión estratégica, ni un compromiso honesto con los profesionales de la red de salud mental de hacer un auténtico Plan de Salud Mental. El resultado es éste: un informe de más de 200 páginas con una introducción que incluye la justificación y bases conceptuales, un inventario de los recursos asistenciales y la actividad desarrollada por los mismos y un listado de objetivos, recomendaciones e informes técnicos sobre distintos aspectos de la atención a la salud mental, con pistas hacia donde se quiere que vayan las cosas pero sin ninguna estructura jerárquica que permita vislumbrar que es lo esencial, que lo accesorio y que lo irrelevante.

¿Qué se dice en este informe? En la parte de Justificación y Bases conceptuales se dice que no va a cambiar nada y que el nuevo plan asume el modelo comunitario consolidado en el Plan 2003-2008. Al mismo tiempo se dice que las cosas han cambiado y que “la libre elección de médico especialista y de Centro en una red territorializada de atención a la salud mental se conjuga con la necesidad de preservar la continuidad de los cuidados y la rehabilitación”. Se dice que los dispositivos asistenciales están y seguirán estando territorializados y que la gente no es tonta y terminará acudiendo al que tiene más cercano. Faltaría más, todavía no son virtuales; pero el modelo comunitario es otra cosa. No son los dispositivos, son las personas las que viven en un territorio constituyendo redes sociales y son los dispositivos asistenciales los que se deben acercar al mismo para cubrir sus necesidades mediante intervenciones que se llevan a cabo en ese territorio y que implican a esas redes sociales.

También se han perdido algunos principios fundamentales que inspiraban el modelo asistencial del Plan 2003-2008 y que no aparecen en el nuevo: el carácter Público y Universal de la asistencia y la Equidad y Accesibilidad de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid al Sistema Público de Salud. Parecen principios tontos que apenas modifican el modelo asistencial y que su pérdida no representa ni cinco líneas en un documento de 220 páginas; pero es el precio del nuevo modelo. El área: la red de dispositivos al servicio de una población de referencia, desaparece y ese era el compromiso básico de nuestro sistema sanitario y ese era el instrumento que tendía a hacer posible un valor fundamental de nuestro sistema público y universal: la equidad. Se diga lo que se diga, las prestaciones no se pueden equiparar con distintos proveedores. El proveedor manda, organiza y tiene sus propios objetivos e intereses. El nuevo sistema no busca la equidad, busca la competencia entre dispositivos: cada

“más que de libertad de elección
se trata de libre circulación, sobre todo
de capitales que siguen al cliente”

uno oferta y los ciudadanos pueden intentar acceder a las distintas ofertas. Más que de libertad de elección se trata de libre circulación, sobre todo de capitales que siguen al cliente, a algunos clientes sobre todo: los más inquietos, los más espabilados, a esos se les premia y los dispositivos intentarán hacer una buena oferta para ellos. El Hospital Rodríguez Lafora ya se está anunciando, ofreciendo facilidades a todos los ciudadanos de la Comunidad para acceder a su unidad de internamiento. Sin embargo, el ejercicio real de acceso a los dispositivos está plagado de obstáculos. Los que no tengan capacidad de movilidad y de demanda no podrán ejercer la libertad de circulación y el sistema no tiene nada previsto para allanarles el camino. La discriminación positiva, elemento imprescindible si lo que se busca es la equidad, no solo no tiene cabida en este modelo sino que es un obstáculo para el mismo.

En los Objetivos y Recomendaciones, preocupa el papel que se le asigna a la Oficina Regional de Salud Mental, a la que se le despoja de toda capacidad de gestión, y a la que por el contrario se remite continuamente en el texto para que cumpla dichas funciones. A lo que no se da respuesta en este apartado de objetivos y recomendaciones es a cuestiones fundamentales: ¿Quién pondrá en marcha y generalizará esas recomendaciones? ¿Una Oficina devaluada sin ninguna capacidad ejecutiva? ¿En qué marco asistencial se implantarán? ¿Se les ocurrirá a cada uno de los Gerentes de los 22 hospitales? ¿Se incluirán todas y cada una de las recomendaciones aquí establecidas en los contratos programa con las empresas adjudicatarias de los hospitales de gestión privada como Valdemoro, Fundación Jiménez Díaz, y los futuros hospitales de Torrejón, Móstoles, Collado Villalba y Carabanchel?

También preocupan los ratios y las funciones que se proponen para los profesionales no psiquiatras, al tiempo que se hace, en todo el documento, una loa a los equipos multiprofesionales y a las intervenciones psicoterapéuticas. Y sobre todo preocupa, y mucho, el enfoque que se da a la atención de los trastornos mentales severos y al papel de la rehabilitación psicosocial. El sistema sanitario se desentiende de las prestaciones rehabilitadoras, obviando que están incluidas como una prestación sanitaria dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y define todas las intervenciones de los dispositivos de rehabilitación psicosocial como intervenciones sociales ¿La aportación del Plan de Salud Mental y las estructuras sanitarias de la Comunidad de Madrid a la recuperación y rehabilitación de las personas con trastornos mentales severos persistentes va a ser tres enfermeros por 100.000 habitantes y un trabajador social por 100.000 habitantes? ¿No se necesita ni un solo psicólogo más para estas patologías? ¿Es eso todo lo que tiene que aportar un Plan de Salud Mental a los Programas de Rehabilitación, con listas de espera entre seis meses y más de un año para muchos de los dispositivos? ¿Es responsabilidad única de la Consejería de Asuntos Sociales dar cobertura y fijar las necesidades de las intervenciones de rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral? ¿Las listas de espera de las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación se deben únicamente a que hay pocas camas de larga estancia y la única solución rehabilitadora y comunitaria es la propuesta de creación de 1000 plazas más de larga estancia?

Mientras se elaboraba este documento del que hablamos y al margen de él se han seguido tomando decisiones en la línea de la ruptura de las áreas sanitarias y de la organización de la atención en torno a los hospitales. Así, mediante resolución de la

Dirección General de Personal se han adscrito los equipos de los Servicios de Salud Mental de Distrito de Alcobendas, Coslada, Arganda, Puente de Vallecas, Vallecas Villa y Parla a sus hospitales de referencia: Infanta Sofía, Henares, Sureste, Infanta Leonor y Hospital Infanta Cristina. También al margen del plan se han tomado decisiones, y no precisamente comunitarias, respecto al Servicio de Salud Mental de Moncloa, y se está a la espera de hacerlo respecto a los de Centro y Arganzuela. La buena noticia, y también se ha producido al margen del Plan y de la noche a la mañana, es la creación de la Comisión de Integración en la atención Especializada. Su origen está en el posicionamiento de los Servicios de Salud Mental de Distrito respecto al proyecto de plan y de la adscripción de los servicios de salud mental de distrito a las gerencias hospitalarias. Esta comisión puede ser un instrumento muy útil de cara al diseño de un organigrama que permita preservar un funcionamiento homogéneo, racional y de base comunitaria de la red de salud mental.

El borrador del Plan Estratégico 2009-2011, ni es un plan de salud mental ni hay respuestas a los problemas que tiene la atención a los trastornos mentales severos y trastornos mentales comunes. Los primeros exigen de una redefinición de prioridades que no pasa por potenciar las hospitalizaciones sino por colocar las intervenciones ambulatorias y psicoterapéuticas y los programas de recuperación y rehabilitación psicosocial en el centro de la atención. Los segundos, por un reparto consensuado de papeles con Atención Primaria. Creíamos y creemos que es necesario un nuevo Plan de Salud Mental que se haga desde los procesos, que defina los dispositivos que se precisan para atenderlos y la estructura organizativa que facilite su funcionamiento, que pueda incorporar los acuerdos que surjan de la Comisión de Integración en Atención Especializada, que mantengan los principios y valores de la actual organización asistencial y las recomendaciones de la Estrategia de Salud Mental del sistema Nacional de Salud, que cuente con una memoria económica, que establezca la distribución de los recursos según un modelo territorial, que tenga una vigencia no inferior a 5 años, que tenga un cronograma que explicita los tiempos de aplicación, que sea evaluable, que sea de aplicación en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, que tenga un amplio consenso profesional y un control parlamentario del mismo.

“creemos que es necesario un nuevo Plan de Salud Mental que se haga desde los procesos, que defina los dispositivos que se precisan para atenderlos y la estructura organizativa que facilite su funcionamiento”

colabOraciones

TRABAJO SOCIAL, DEPENDENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

La puesta en marcha de la Ley de Dependencia en las distintas CC. AA es muy variable y depende en muchos casos de las prioridades de la gestión y prioridad política. Los sistemas tramitación, baremación y el derecho a las prestaciones están teniendo un desarrollo desigual.

Agustina Crespo

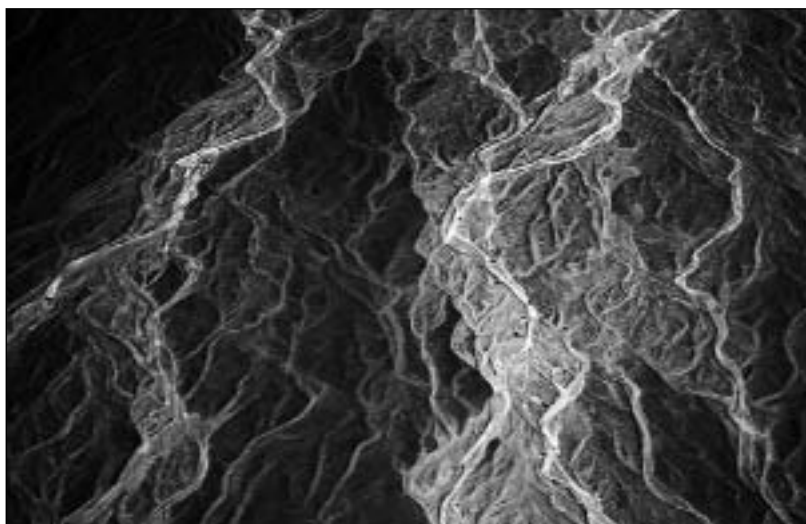


Foto: Lauriten

1

CONTEXTO GENERAL DE LA DEPENDENCIA

El Estado Español dio un paso a delante en el Estado de Bienestar promulgando la Ley de Dependencia (Ley 39/2006) como parte del desarrollo de un derecho constitucional, mediante la cual se promocionara la autonomía personal y la atención a personas dependientes, que con diversos mecanismos institucionales se prestara un apoyo a las distintas redes sociales que atienden a las personas discapacitadas y dependientes.

Son los Poderes Públicos, amparados en la Constitución Española, los que están obligados a lograr un Pacto Social en esta materia que debe estar fuera de toda connotación partidista, para poder desarrollar un sistema integral para la dependencia que sea uniforme en todo el Estado Español y que cumplan, de igual forma, las reglas establecidas.

La ley nace como un Derecho Social para las personas discapacitadas que será estructurado en un sistema integral de atención con diferentes órganos de planificación y gestión. Se plantea como reto la prevención y la integración de los servicios sociales y sanitarios como forma de trabajo dentro de un modelo de intervención comunitaria que favorezca la atención y la continuidad asistencial a los discapacitados y con la pretensión

de regular los apoyos que la familia que esta apoyando de forma informal con el fin de poder procurarles más autonomía y atención con respaldo del Estado.

Los objetivos primordiales de la ley son cubrir las necesidades del individuo que se encuentra en un estado de vulnerabilidad y dependencia como consecuencia de su discapacidad que le ha llevado a un estado grave y duradero de dependencia.

El Ministerio de Sanidad y Política Social tiene como objetivos prioritarios de esta legislatura:

- El garantizar la equidad en el acceso a los servicios.
- La sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios que estén implicados en la atención a las personas dependientes.
- Los procesos de evaluación y baremación de los grados de dependencia sean comunes para toda España.
- Trabajar la desigualdad social en la salud.
- Potenciar la continuidad de cuidado.
- Generar un fondo económico para mejorar centros y servicios.

El Estado adjudica a las Comunidades Autónomas unos presupuestos económicos en base a unos criterios de:

- El número y la estimación de personas dependientes.
- Las rentas y el índice de pensión media.
- La dispersión de la población.
- El número de beneficiarios con derecho a prestaciones.

A través de los distintos órganos de gestión y representación se acordaron criterios comunes mínimos y vinculantes para todo el Estado Español con el fin de garantizar la calidad de los centros y los servicios, así como las formas de acreditación de los profesionales.

Las Comunidades Autónomas deben planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de promoción social a las personas en situación de dependencia, gestionar los recursos dentro de su ámbito territorial, establecer procedimientos de coordinación socioasistencial creando órganos de gestión, crear y actualizar registro de centros servicios, facilitar la acreditación, asegurar la creación de los programas individuales de atención, tareas de inspección, evaluación del sistema, aportar a la administración central la información necesaria, trabajar con las administraciones públicas para llevar a cabo el desarrollo del derecho que tienen las personas que se encuentran en situación de dependencia.

El Fondo Especial que ha creado el Estado para la dinamizar la economía y el empleo ha permitido elevar la inversión y la posibilidad de ampliar la red de atención para el desarrollo de los servicios amparados por la Ley de Dependencia. El presupuesto asignado a cada Comunidad Autónoma tendrá que favorecer y agilizar el proceso de baremación y dictámenes, el desarrollo de diferentes programas, mejorar de infraestructuras, la formación y calificación de los profesionales.

Aun así, la puesta en marcha de la Ley en las distintas CC. AA es muy variable y depende en muchos casos de las prioridades de la gestión y prioridad política. Los sistemas tramitación, baremación y el derecho a las prestaciones están teniendo un desarrollo desigual.

2

TRABAJO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA DEPENDENCIA

Uno de los pilares de atención de la dependencia son los enfermos mentales, son los calificados grupo de discapacitados cuyo proceso de atención asistencial está centrada en los Centros de Salud Mental (C.S.M.) con los que cuenta la Comunidad de Madrid; pero no todos cumplirían perfiles de dependencia.

La asistencia sanitaria y social a los enfermos mentales en Madrid se desarrolla a través del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados que se lleva a cabo en los C.S.M de cada distrito desde hace más de 25 años. Se atiende a enfermos mentales crónicos y graves con los recursos sanitarios y sociales con los que cuenta la Comunidad de Madrid.

Los principios rectores de la Ley de Dependencia y del Programa de Rehabilitación de Enfermos Mentales Graves en Madrid se dan la mano, en ambos sistema de intervención social, el Trabajo Social tiene un protagonismo fundamental. El planteamiento teórico-práctico que se desarrolla en ambos sistemas de protección social tiene muchos puntos en común, ambos apuestan por una asistencia integral y comunitaria donde la continuidad de cuidados, la equidad y accesibilidad son elementos imprescindibles, que están fundamentados en el Sistema Nacional de Salud y en los Sistemas de Protección Social amparados por la Constitución Española.

Ambos sistemas de protección desarrollan tareas atención a colectivos vulnerables por su condición de salud (discapacidad mental y dependencia), y se ocupa de la evaluación y el conoci-

miento de las necesidades sociales de los enfermos interviniendo a través de programas individuales, donde se completan diferentes niveles de intervención (individual, familiar, entorno social) y se evalúan los recursos de protección social rehabilitadores adecuados para cada caso (servicios sociales y prestaciones).

Los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud mental son el eje del tratamiento y continuidad de cuidados de los enfermos mentales graves y crónicos, que cuenta con un protocolo y una evaluación de necesidades. La parte de rehabilitación psico-social contemplada en el S.N.S es atendida en la Comunidad de Madrid desde la Consejería de Familia y Asuntos sociales lo que implica que la atención integral la asumen dos instituciones diferentes mediante un laborioso trabajo en red.

En la Ley de Dependencia será la elaboración del PAI la que determine el plan de intervención, que vendrá determinado por el derecho a unos servicios sociales y a unas prestaciones económicas; una vez valorado el grado y nivel de dependencia.

Tanto en sanidad como en servicios sociales se requiere del apoyo y del compromiso de la familia.

Los Trabajadores Sociales dominan la coordinación entre el ámbito sanitario y social a través del trabajo en red y forma parte del equipo multidisciplinar y como técnico de lo social, desempeñando un rol integrador de los aspectos psicosociales y personales del enfermo mental grave y dependiente. Interviene con entidad propia como co-responsable en el abordaje integral aportando la valoración de su situación sociofamiliar, el diagnóstico social e interviniendo en la continuidad de cuidados, en aspectos psicoeducativos y en la adecuación de recursos y prestaciones para un adecuado proceso asistencial tanto para el enfermo como para su familia.

Las funciones del Trabajador Social en salud mental son:

- Evaluación y valoración de necesidades (personales, familiares, sociales y del entorno).
- Diagnóstico social.
- Interviene en el proceso terapéutico.
- Realizando programas de intervención.
- Supervisa de forma continuada la intervención.
- Evaluación de los programas individuales.
- Valora y conoce los recursos más apropiados para cada individuo.
- Coordina con otros recursos institucionales.

- Apoya el proyecto vital y familiar de los enfermos.
- Crea opinión pública sobre las necesidades socio-sanitarias de los enfermos y los derechos de los mismos.

Los Trabajadores Sociales que atendemos a enfermos mentales también trabajamos en facilitar que el proceso de enfermedad no afecte a la accesibilidad del paciente a la red, trabajamos junto con la familia en la adherencia al tratamiento y tenemos la capacidad para apoyarles en el proceso de su enfermedad; siendo estos elementos fundamentales para no incrementar ni cronificar su situación de dependencia.

Las funciones del Trabajador Social en la dependencia son:

- a) Canalizar de la gestión de la solicitud de situación de dependencia.
- b) Valorar condiciones de habitabilidad, relaciones conflictivas o desestructuradas de la persona.
- c) Elaborar el informe de entorno (único profesional autorizado).
- d) Valorar recursos (servicios y prestaciones) más idóneos para cada caso según el grado y nivel de dependencia alcanzado.
- e) Creador del programa individual de atención (PAI), que es el equivalente al diseño de intervención social, elaborado exclusivamente por los trabajadores sociales.
- f) Seguimiento y revisión de los casos.

Las herramientas de trabajo exclusivas del trabajo social (informe social) están consideradas como elemento indispensable para la evaluación y baremación de necesidades en ambos sistemas de intervención (salud mental y dependencia). Mediante el mencionado informe se analiza:

1. Situación socio-familia
2. Redes de apoyo
3. Familia
4. Situaciones de aislamiento social
5. Condiciones de habitabilidad
6. Relaciones conflictivas
7. Valoración y adecuación de los recursos y perfiles de los mismos.

3

ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

En el Programa de Seguimiento y Continuidad de Cuidados no se ha llegado a una cuantificación explícita de las necesidades del

enfermo mental pero si hay una apreciación cualitativa que permite al equipo multiprofesional, después de muchos años, hacer una estimación de los perfiles de pacientes, una adecuación de las intervenciones y una valoración de las necesidades de recursos rehabilitadores. No todos los enfermos mentales cumplen con los perfiles marcados en la Ley de Dependencia aunque si padecen discapacidades y situaciones de exclusión por su enfermedad.

En cambio, la Ley de Dependencia ha conseguido implantar una cuantificación de las necesidades cualitativas marcando unas puntuaciones para determinar unos grados y unos niveles de dependencia que conllevaran el derecho a disfrutar de unos determinados servicios sociales y unas prestaciones económicas.

La Administración Central ha determinado unos objetivos de planificación y gestión que deben cumplir todas las Comunidades Autónomas:

- Desarrollo adecuado, respetando el principio de equidad para que no exista el efecto “llamada” de presuntos dependientes de una comunidad a otra.
- Optimización de recursos de protección destinados a financiar la atención a la dependencia.
- Criterios comunes sobre conceptos, baremación, catálogos de servicios y cuantías de pago así como acceso a los servicios y condiciones.

También precisa que los procesos de evaluación cumplan con unos principios fundamentales que tienen que cumplir en todas las comunidades:

- Carácter público.
- Universalidad.
- Atención integral.
- Equidad en cuanto a valoración de necesidades.
- Prevención, rehabilitación y estímulo social.
- Calidad y accesibilidad.
- Colaboración de Sanidad y Servicios Sociales.
- Colaboración Interadministrativa de las instituciones implicadas tanto públicas como privadas.

Estas premisas de planificación y gestión deben ser respetadas a la hora de configurar la atención a la dependencia; pero eso conlleva que entre las prioridades políticas de las CC. AA éste el desarrollo de este derecho social a la Ley de Dependencia y que además se articule una adecuada estructura para la organización sanitaria y social.

Hay una serie de elementos contemplados en la Ley de Dependencia de vital importancia para el desarrollo adecuado de la misma que están vinculados con la asistencia e intervención a los enfermos mentales graves:

A VALORACION

Para valorar el estado de dependencia se necesita tener una discapacidad con carácter grave y permanente donde se valoren la capacidad, la competencia y las posibilidades de adiestramiento como forma de estímulo de desarrollo personal.

Los enfermos mentales graves tienen la necesidad de depender de otros para apoyarse o ser supervisados en sus actividades de la vida diaria. Algunos de los elementos que se valoran para determinar la baremación de la dependencia son áreas de intervención en los Programas de Seguimiento y Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental:

- Aseo.
- Medicación.
- Estímulo para la tarea.
- Trastornos de comportamiento (rechazo de la ayuda, fatal de habilidad, motivación e iniciativa).
- Vestirse.
- Cuidados de salud en general.
- Desplazamientos dentro del hogar.
- Desplazamientos fuera de hogar.
- Desempeño de tareas domésticas.
- Toma de decisiones.
- Ocupación, empleo.
- Ocio y tiempo libre.

Hay que valorar la capacidad del individuo dentro del contexto y del entorno para determinar si su habilidad está ajustada a la función que se quiere realizar dentro su ambiente.

En la valoración de los enfermos mentales hay que tener en cuenta la opinión de la familia y valorar otros elementos añadidos que intervienen en la dependencia: actitud de la familia ante el enfermo y ante su enfermedad (hostilidad, sobreprotección, alta emoción expresada, conocimiento y importancia de la misma) ya que son elementos importantes a tener en cuenta en la fase de valoración de necesidades y de intervención de los programas individuales.

B BAREMACION

En los procesos de evaluación de necesidades de los Programas de Seguimiento y Continuidad de Cuidados no se han determinados unas baremaciones cuantitativas ya que el objetivo no es determinar un grado ni un nivel sino establecer un proceso asistencial para poder intervenir incluyendo la utilización de recursos sanitarios y sociales y favorecer la mejora de la calidad de vida del enfermo mental y de su familia.

En la baremación planteada en la Ley de Dependencia se especifica como de determinar un grado y un nivel de dependencia para poder determinar que a servicios sociales y a que prestaciones económicas tiene derecho; para después elaborar su PAI, aunque no está condicionado a que se lleve a cabo.

La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia tendrá una aplicación y un calendario gradual según el grado y nivel de dependencia adjudicado.

C EXTERNALIZACION

Esta ley permite la externalización de servicios sociales y sanitarios, con un control público de los fondos económicos y de calidad de los servicios, circunstancia cada vez más implantadas en el territorio nacional, pero de dudosa legalidad según apunta el Defensor del Pueblo en su Informe del 2008, “la externalización de los servicios sanitarios y sociales podría estar vulnerando los principios básicos del sistema de protección social y de salud contemplados en la Constitución Española”. Existen multitud de críticas sobre este tipo de gestión y la pérdida de derechos que repercuten en todos los ciudadanos y en especial en los discapacitados por sus dificultades para defenderse por su condición de colectivo vulnerable.

El Estado y las CC. AA deben realizar una supervisión estricta de las entidades privadas y concertadas que están proporcionando un servicio público a través de la concesión de prestaciones sanitarias y sociales. Deben cumplir con la continuidad asistencial como elemento estructural y de organización de la prestación de servicios, vigilar la calidad, la continuidad de los profesionales y garantizar una formación adecuada a los mismos.

D FINANCIACION

El Estado a través de la Ley de Presupuestos General de cada ejercicio económico determinará la cuantía y la forma de distribución de las mismas a las distintas CC. AA para poder financiar los servicios y prestaciones que conlleva la Ley de Dependencia. También cada CC. AA tendrá que determinar que recursos económicos va a determinar en cada ejercicio presupuestario para la concesión de ayudas a favor de la autonomía personal, ayudas técnicas, ayudas para la accesibilidad y adaptaciones en el hogar, así como las cuantías a los cuidadores no profesionales. Se contempla la posibilidad de tener que aportar por parte del dependiente, un “prepagó” para poder disfrutar de algunos servicios según varemos económicos propios.

En el caso de los Programas de Seguimiento y Continuidad de Cuidados para Enfermos Mentales Graves, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid no cuenta con adjudicaciones presupuestarias para el desarrollo de estos programas. La parte de rehabilitación social de estos programas la asume y está desarrollándola la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, donde si contaban con un presupuesto económico a través del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave.

E CENTROS

En el catalogo de centros y servicios de la Ley de Dependencia se especifican servicios sociales básicos a los que puede tener acceso cualquier ciudadano por encontrarse en una situación social de necesidad sin tener que ser consecutivos de una discapacidad o dependencia, a este tipo de servicios también tienen acceso los enfermos mentales.

Los Programas de Seguimiento y Continuidad de Cuidados están considerados como parte del catalogo de actuaciones sanitarias relacionadas con la salud mental protegidas por el Sistema Nacional de Salud, el desarrollo de la parte de rehabilitación psicosocial que contempla la Ley de Sanidad (Art. 20) la asumió, en Madrid la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Los centros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Comunidad de Madrid se pueden encuadran en el catalogo de centros de la Ley de Dependencia. Entre los recursos de rehabilitación y reinserción social de la consejería, para los enfermos

mentales graves, encontramos los incluidos en el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica:

- Apoyo a la rehabilitación psicosocial (CRPS)
- Apoyo social e integración comunitaria: Centros de Día de Soporte Social (C. D) y El Equipo de Asistencia Social Comunitaria (EASC)
- Apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo laboral: Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).
- Atención residencial: miniresidencias, pisos supervisados, pensiones concertadas supervisadas
- Otros: Programa PRISEMI y Centro de Atención de Baja Exigencia.

Entre las prestaciones económicas están las ayudas para la rehabilitación de los enfermos mentales que actualmente gestiona la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Los recursos sanitarios contemplados por la Consejería de Sanidad, que se pueden encuadrar en el catálogo de centros estarían:

- Unidades de Hospitalización Breve (UHB).
- Hospitales de Día. (H. D)
- Unidades de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación (UHTR).
- Unidades de Continuidad Psiquiátricos Prolongados (UCPP).
- Comunidades terapéuticas. (C. T).

En todos los recursos anteriores, el Trabajador Social forma parte de los equipos de multiprofesionales.

3

MOMENTO ACTUAL EN MADRID

La Política Social en España promulga una sanidad pública eficiente, unos servicios sociales solidarios y una educación de calidad, estos elementos brillan por su ausencia en la Comunidad de Madrid.

Trasferidas las competencias sanitarias y de asistencia social a la Comunidad de Madrid, tiene la obligación de ejecutar y apoyar el desarrollo de leyes de ámbito nacional y acoplarlas con la de ámbito autonómico. Con la Ley de Dependencia está comprometida en la cooperación y coordinación para su desarrollo y tiene que estar representada en los órganos de inspección y desarrollo de la misma.

El desarrollo de la Ley Dependencia requiere, que tenga una estructura y una organización sanitaria-social que permita cumplir con los principios de equidad, accesibilidad, universalidad, que tienen que conjugarse con la externalización de la prestación de los de los servicios que contempla la ley.

En los últimos años en Madrid, los servicios sanitarios y los servicios sociales están soportando externalizaciones privadas y concertadas en las prestaciones sanitarias y sociales que podrían estar vulnerando los principios básicos del Sistema Nacional de Salud y de Protección Social (universalidad, gratuidad, financiación pública y equidad). Esta externalización requiere de una supervisión estricta de las empresas suministradoras de las prestaciones de los servicios públicos para mantener una calidad asistencial, una continuidad asistencial e integral; por lo que se requiere de un continuo y efectivo control económico y de calidad por parte de la administración pública; circunstancia que parece no estar llevándose a cabo en Madrid, está considerada una de las comunidades que más quejas recibe de los ciudadanos según el informe del Defensor del Pueblo (Informe de Abril 2009). Parece que no se están cumpliendo los plazos de la aplicación de la Ley de Dependencia y hay retrasos en la evaluación, baremación y dictámenes de hasta cinco meses.

La privatización en Madrid ha sido silenciosa y sigilosa se están desmantelando a marchas agigantadas tanto servicios sanitarios como sociales, a la vez se implantan nuevos modelos de gestión, externalizaciones de servicios y recursos que favorecen el mercantilismo y la falta de atención global e integral al individuo con repercusiones claras en la calidad de vida del individuo y en este caso de los enfermos mentales. Esta situación está produciendo consecuencias en la continuidad y calidad asistencial, en la coordinación territorial con los recursos sociales, desfavoreciendo así la cooperación y coordinación institucional entre los recursos sanitarios y sociales con efectos en la atención a los programas de seguimiento y continuidad de cuidados de los enfermos mentales graves y en el cumplimiento de sus derechos sociales.

En Madrid hay una estimación de personas necesitadas de 260.000, de las que solo entrarían según los perfiles de la ley 71.000 y tendrían derecho efectivo unas 30.000, según información de la Agencia Efe (24-7-2009) aportada por la Delegada de Familia y SS. SS del Ayuntamiento de Madrid. El porcentaje de solicitudes presentadas a fecha de julio de 2009 es del 4,42% (47.000 solicitudes). Nuestra comunidad está considerada como una comunidad con escaso desarrollo, según el IMSERSO. Habría por tanto aproximadamente unas 188.000 que no entrarían. Es evidente que el desarrollo de la ley no es prioridad política.

ca, no se están cumpliendo plazos de aplicación de la ley y el dictamen de las resoluciones se alarga mucho en el tiempo, por la escasez de equipos de valoración y baremación.

Los Servicios Sociales Generales han sufrido una sobrecarga asistencial, son los únicos capacitados para hacer el Informe del Entorno, que en el caso de enfermos mentales no está contemplado que se pueda aportar desde los Programas de Seguimiento y Continuidad de Cuidados, ya que serían los profesionales de los Centros de Salud Mental los conocedores de la situación del entorno del enfermo mental grave atendido a través de dicho programa.

En diciembre 2008 se aumento la adjudicación presupuestaria a través del Fondo Extraordinario del Estado realizado por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte con 37,94 millones de euros, con el fin de ser utilizado para acotar los tiempos de baremación, agilizar los dictámenes de dependencia y desarrollar servicios. Esta concesión económica, en Madrid, se ha traducido en la creación de 222 plazas concertadas para discapacitados, de las cuales 90 plazas han sido destinadas a centros para enfermos mentales graves (plazas residenciales y de centros de día). Las nuevas plazas planificadas con presupuestos asignados a la Comunidad de Madrid de la Ley de Dependencia estas desligadas de los principios básicos para una atención basada en un modelo comunitario.

La prioridad de la Comunidad para la aplicación de la Ley de Dependencia son las adjudicaciones de prestaciones económicas a las familias y no la creación de centros, lo que genera que el dependiente:

- No reciba servicios de calidad.
- No pueda disfrutar de unos servicios a los que tiene derecho.
- Los cuidadores no tienen la formación adecuada ni tienen posibilidades de formación.

Los cuidados que va a prestar la familia con esa prestación, en la mayoría de los casos, se destina a cuidadores no profesionales con lo que la calidad de la atención esta muy mermada.

Las solicitudes para la valoración de situación de dependencia tienen que ir acompañadas de un informe medico físico-psíquico que debe realizar el medico de atención primaria y el informe de entorno que realiza la trabajadora social de los servicios sociales municipales. Se están admitiendo a tramite informe medico hospitalarios que no contemplan el estado de salud general del posible discapacitado dependiente.

Los equipos domiciliarios de valoración, baremación y dictámenes o resoluciones de situación de dependencia son insuficientes, lo que esta generando una lista de espera de aproximadamente cinco meses. Los dictámenes contemplan un derecho a disfrutar de unos servicios y prestaciones que tienen que encuadrarse dentro de un Plan de Atención Integral (PAI) que en el momento actual no son aplicados ni desarrollados en su totalidad por falta de recursos personales, servicios y de centros disponibles.

4

CONCLUSIONES

En la sociedad actual, el espacio o entorno en el que nos movemos sufre una desintegración de la vida cotidiana que afecta al individuo, a la familia y a las posibles redes de apoyo. Esta situación acrecienta la vulnerabilidad ya existente en los enfermos mentales que unido a una política sanitaria y social degradante mercantilista y que no cumple con criterios mínimos de una atención global, integradora y comunitaria provoca que sea difícil paliar situaciones de exclusión por enfermedad, discapacidad y dependencia.

Los servicios y los recursos están cada vez menos integrados en el entorno del enfermo dependiente, con peor accesibilidad para los enfermos mentales que incluso tienen dificultades para integrarse en su entorno más próximo. La ley de Dependencia no integra el término territorialidad para la prestación de recursos.

Los Trabajadores Sociales principales profesionales de la Ley de Dependencia debemos integrar dentro de nuestras tareas profesionales la defensa de los derechos de los enfermos mentales dependientes y confrontarnos con la situación de la gestión política en la que nos encontramos. Son profesionales que crean opinión pública sobre las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales dependientes y sobre los derechos de los enfermos.

La movilización de las redes naturales de apoyo de los discapacitados dependientes son deben movilizarse para demandar una atención integral comunitaria contemplada en los sistemas de protección de nuestra comunidad.

El desarrollo de la Ley de Dependencia en Madrid no puede ser una mera declaración de intenciones y de cooperación institucional parcial en la implantación de la misma.

EL IMPACTO DE LA SALUD (MENTAL) EN NUESTRAS VIDAS

Datos cada vez más consistentes aportan información sobre la gran prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes y el sufrimiento individual y colectivo que generan; sobre su enorme costo indirecto en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (especialmente para las mujeres) y sobre la poca efectividad y racionalidad con que son atendidos por el sistema sanitario, con el gasto tan ineficiente que ello produce.

**Antonio Espino. Médico Psiquiatra
Jefe de los SSM de Majadahonda**

Asesor para la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de salud



Foto: Subcomandata

1

SALUD (MENTAL), SOCIEDAD Y CALIDAD DE VIDA¹

En las sociedades desarrolladas, la salud (mental) se ha convertido en referente e indicador de la calidad de vida de las personas².

Sin embargo, sigue sin estar bien definido qué personas disfrutan de buena salud (mental)³. Y no es esta tarea fácil, al no corresponderse, sin más, con la ausencia de un trastorno mental recogido en las clasificaciones internacionales de enfermedades (mentales), y eso a pesar de su crecimiento en cada nueva revisión⁴.

Asistimos a un uso equívoco de los conceptos de “salud mental” y “trastorno psíquico” desde sectores profesionales y no profesionales. Hoy en día lo “políticamente correcto” es hacer un uso intercambiable de ambos términos para expresar conceptos y situaciones no siempre equiparables: cuando frente a la vieja enfermedad mental nos

- 1) Una elaboración previa del texto fue expuesta por el autor en la Universidad de Salamanca el 2 de diciembre del 2008, en el Día Mundial de la Discapacidad, con el título “Trastorno mental y discapacidad. A propósito de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”
- 2) El concepto de *calidad de vida* entra en el campo de la salud pública de la mano del indicador de la *esperanza de vida con buena salud* —también llamado *esperanza de vida sin discapacidades*—, que mide los años que se espera que una persona de cierta edad viva sin discapacidades, y, por tanto, sin ninguna limitación de su actividad.
- 3) Se ha tratado de medir “la salud mental positiva” a través de encuestas del Eurobarómetro de la Comisión Europea en materia de salud. De acuerdo a las mismas, España presenta el nivel más alto de salud mental positiva y los hombres puntuaciones significativamente más altas que las mujeres.
- 4) Como ejemplo, en un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos llevado a cabo en España entre población de 18 años, casi un 30 % de los sujetos presentaban un trastorno mental de acuerdo a los criterios de la CIE 10, frente a un 21 % si se utilizaban los criterios diagnósticos DSM III R. (En J. Canals, et al., 1997)

referimos a la pérdida de la salud (mental) creemos abogar por la reducción –al menos nominal– del estigma y de la discriminación social de estas personas. Esta falta de concreción, sin embargo, relativiza el valor de los índices de salud (mental) establecidos a partir de encuestas sobre población general y que suelen expresar un alto riesgo de contraer algún trastorno psíquico durante la vida junto a la tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y generar distintos grados de discapacidad⁵.

Si tenemos en cuenta el continuo incremento de la esperanza de vida de las personas del primer mundo, la probabilidad de que aparezcan *incidentes psíquicos* a lo largo de nuestra vida aumenta de forma significativa. Equiparando salud (mental) con ausencia de trastorno psíquico clínicamente detectable, podríamos llegar a considerar a las poblaciones con mayor progreso socio-económico, tecnológico y científico como las de mayor probabilidad de presentar durante su larga vida algún trastorno psíquico y, por tanto, “ser castigadas” en términos de re-

Cuesta mucho colegir, por tanto, que una mayor longevidad y mejores y más desarrollados sistemas de protección de nuestra salud lleve con sígo, precisamente, el incremento del número de personas afectadas “de mala salud mental”.

Este falso dilema se podría agudizar aun más por la tendencia creciente de las sociedades avanzadas a recalificar algunos problemas de índole principalmente social como “problemas psíquicos comunes” en base al malestar emocional que pueden acarrear, a la introducción de mejoras tecnológicas que favorecen un diagnóstico más precoz y a la ampliación del campo de aceptación clínica de casos que solicitan atención médica y psicológica, a pesar de la poca efectividad de las terapéuticas disponibles para los mismos.

A lo que debemos añadir la escasa relación encontrada entre el tipo de trastorno mental padecido y el tratamiento farmacológico dispensado: sólo un tercio de los tratamientos que se dan para los trastornos de ansiedad y depresión, cumplen con unos criterios mínimos de adecuación clínico-terapéutica (En A. Fernández, et al., 2006)

En realidad, el etiquetar como patología hechos o procesos de la vida cotidiana, su medicalización, en suma, no contribuye a mejorar la salud de las poblaciones.

A más a más, un sistema sanitario cada vez más cualificado y universal en sus prestaciones detecta más problemas psíquicos entre la población y reduce, al menos formalmente, “los espacios libres de riesgo de ver afectada nuestra salud (mental)”.

Seguramente en ese pandemonium que conforman hoy en día los “distintos problemas que *pueden afectar* a nuestra sa-

“en realidad, el etiquetar
como patología hechos
o procesos de la vida
cotidiana, su medicalización,
en suma, no contribuye
a mejorar la salud
de las poblaciones”

5) La recogida de los primeros datos sobre la salud mental en España en la Encuesta Nacional de Salud se lleva a cabo en 2006. De acuerdo a la misma, el 21.3 % de la población de más de 16 años (H/M: 15.6/26.8) presenta riesgo de mala salud mental y este riesgo aumenta con la edad. El 25% de los hombres y el 39.5% de las mujeres del grupo de edad a partir de los 75 años presentan riesgo de mala salud mental. En cuanto a la población de 4-15 años, un 22.1% presenta riesgo de mala salud mental (H/M: 23.2/ 21%) (Según el cuestionario de salud general para adultos GHQ-12 –validado y aceptado internacionalmente– y el cuestionario de capacidades y dificultades SDQ para la población infantil)

6) Los resultados del estudio sobre *la carga mundial de morbilidad* (CMM) de 2001 han establecido, precisamente, que las personas que viven en países en desarrollo no sólo se enfrentan con una esperanza de vida más corta que las que viven en los países desarrollados, sino que también pasan una mayor proporción de su vida aquejados de mala salud.

ducción de la calidad de su salud (mental). Lo que resulta a todas luces discutible e incluso podría derivar hacia el absurdo. Los datos de que disponemos no avalan esta opinión⁶.

lud (mental)” se hace cada vez más necesario “separar el trigo de la paja”. Es decir, aquellas situaciones vitales –tantas como seres humanos– que dificultan en momentos puntuales nuestro proyecto de vida y nos exigen un cierto sobre-esfuerzo individual y/o apoyo de nuestro entorno para afrontarlas, frente a los fracasos de nuestro organismo en las relaciones consigo mismo y su entorno y que pueden dar lugar, en una parte de la población –predispuesta o con especiales condiciones de dificultad–, a un trastorno psíquico detectable y necesitado de atención médico-sanitaria para encontrar solución o alivio frente al mismo⁷.

Toda experiencia afecta a nuestra subjetividad y a nuestras emociones en un sentido favorable o desfavorable, sin alcanzar habitualmente el grado suficiente de malestar o especificidad clínica como para ser objeto de una atención sanitaria más o menos específica y efectiva. Menos aun en el caso de un sistema público de carácter universal como el nuestro que nunca podrá cubrir en forma viaria el conjunto de necesidades humanas que, con diferente fortuna, han venido siendo asumidas históricamente por las distintas redes sociales que nos proveen apoyo emocional a lo largo de nuestra vida.

Además, la relevancia práctica derivada de las estimaciones de necesidad de atención no cubierta establecidas a partir de las cifras de prevalencia está limitada en cuanto a su fiabilidad por un doble motivo: dichos estudios suelen carecer de instrumentos para evaluar correctamente la discapacidad, el impacto a que dan lugar sobre la calidad de vida y la adaptación social de cada paciente. A lo que hay que añadir que la evaluación de la efectividad de los tratamientos recibidos es somera y poco fiable (Ver B. Ustun, et al, 1998)

Una perspectiva clínica realista debería contemplar, por tanto, no sólo los aspectos puramente diagnósticos sino también las posibilidades de la persona para proveerse de apoyo emocional dentro de su entorno habitual y las ventajas de aplicar un tratamiento razonable, efectivo y disponible frente al problema que nos presenta el paciente en comparación con la evolución natural del mismo⁸.

En todo caso, si pudiéramos separar de entre los trastornos psíquicos aquellos problemas habituales a los que todas las personas han de enfrentarse, con distinto éxito, a lo largo de su vida, seguiríamos contando con suficientes evidencias sobre el impacto de la aparición precoz de muchos trastornos mentales severos y su tendencia a una evolución prolongada con distintos grados de discapacidad, lo que nos seguiría indicando su gran importancia en términos de salud pública y del bienestar de nuestra colectividad y nuestro entorno⁹. Sin olvidar el sufrimiento personal que suele acompañar a la generalidad de los trastornos psíquicos, al margen de su nivel de gravedad clínica¹⁰.

Es difícil relacionar de forma fiable los problemas psíquicos detectados a través de encuestas o de las prestaciones propias del sistema sanitario con el grado de salud (mental) real de sus poblaciones. Pero esta afirmación no contradice la necesidad de valorar en las sociedades con sistemas de protección social más desarrollados y, por tanto, con más años potenciales de vida media de sus pobladores, la importancia creciente de los efectos discapacitantes que llevan consigo los distintos trastornos mentales por su aparición precoz, su incidencia y su larga evolución, siendo necesario afrontarlos con una visión sanitaria amplia y de futuro¹¹.

7) Un análisis diferenciador entre “los trastornos mentales comunes” y los distintos malestares recogidos como Códigos Z en las clasificaciones de enfermedades puede encontrarse en “Las consultas sin patología en salud mental”, dentro de Ander Retolaza (Coord.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. 2009

8) Por cierto, ¿qué intervenciones son más costo-efectivas frente a determinadas formas de malestar, las desarrolladas por el sistema sanitario –algunas de dudosa efectividad– o las promovidas tradicionalmente por las distintas redes de apoyo psicosocial y familiar?

9) De acuerdo al estudio de la CMM (Carga mundial de morbilidad) de 2001, los trastornos neuropsiquiátricos son la causa más importante de discapacidad en todas las regiones del planeta, representando más del 37% de los años de vida con discapacidad (AVD) en los adultos a partir de 15 años en todo el mundo. Siendo muy similar en hombres y mujeres si lo vemos en el conjunto de trastornos. Ahora bien, la depresión –causa principal de discapacidad en ambos sexos–, representa un 50% más en las mujeres, con cargas más altas también para los trastornos de ansiedad, la migraña y la demencia senil. Al contrario, la carga de los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas es casi seis veces mayor en los hombres que en las mujeres y representa para ellos la cuarta parte del total de la carga por problemas neuropsiquiátricos.

10) La tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (que incluyen los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) es del 25 % y la de prevalencia-año del 9.8 %. (Proyecto ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders). En el caso de España el estudio establece la prevalencia-vida de los trastornos mentales en un 20% de la población adulta, contemplando como grupos de mayor riesgo y más necesidad de atención sanitaria a las mujeres, las personas jóvenes, aquellas con un menor nivel educativo y los desempleados.

11) Los trastornos mentales explican, por si solos, más del 15% del total de cargas por enfermedad en las economías desarrolladas de mercado, cifra que supera la causada por el total de casos de cáncer (En OMS, *La carga global de enfermedad*, 1996). En España contamos con datos epidemiológicos incompletos y con una utilidad limitada, por tanto, para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. De acuerdo al ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) entre la población general mayor de edad, un 20% de los participantes españoles había presentado algún “trastorno mental común” en algún momento de su vida y un 8.4 % en los últimos 12 meses. El trastorno más frecuente fue el episodio depresivo mayor seguido de la fobia específica y la distimia.

“el crecimiento de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas se ve poco afectado por los problemas relacionados con la pérdida de la salud (mental)”

2 SALUD (MENTAL), SALUD (FÍSICA) Y VIDA SALUDABLE¹²

El crecimiento de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas se ve poco afectado por los problemas relacionados con la pérdida de la salud (mental)¹³. Dicho de otra forma, el crecimiento de los trastornos mentales no se va a visualizar dentro de la población en forma de cambios significativos en los años de esperanza de vida al nacer¹⁴.

Sin embargo, hoy sabemos que una esperanza de vida (EV) más alta no expresa siempre un mayor nivel de salud¹⁵. Muy al contrario, existe un amplio consenso sobre la insuficiencia del diagnóstico psiquiátrico para definir la gravedad del caso, de forma que las cifras de prevalencia, sin más, son difícilmente extrapolables en términos de la relevancia y la carga social generada por el trastorno (Ver M. Slade, et al, 1997)

También conocemos que la carga de las enfermedades no transmisibles sigue aumentando hasta alcanzar casi la mitad de la carga total de morbilidad en el mundo, un aumento del 10% con relación a los niveles calculados en 1990¹⁶. Es precisamente el esfuerzo realizado a nivel mundial por cuantificar la carga de morbilidad lo que está ayudando a cambiar los puntos de vista sobre la importancia creciente de algunas afecciones, particularmente los trastornos psiquiátricos.

El ajuste llevado a cabo sobre la esperanza de vida en base a las variaciones de la percepción de la salud en los distintos tramos de la misma, ha ampliado el concepto de esperanza de vida al incluir aspectos de morbilidad y discapacidad y ha ayudado a visualizar mejor el impacto real de la pérdida de salud (mental) sobre las personas¹⁷.

Este nuevo concepto de “esperanzas de salud” que incluyen dentro del concepto de esperanza de vida los de morbilidad y discapacidad nos proporciona un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo, con buena y mala salud. (Ver el Informe Anual del SNS. 2007)

Teniendo en cuenta el inicio temprano de una parte importante de los trastornos mentales, la introducción de criterios cualitativos de valoración de la esperanza de vida al nacer, nos ayuda a entender de forma más realista el impacto de dichos trastornos psíquicos a lo largo de nuestra existencia.

Si en una sociedad como la nuestra con una esperanza de vida al nacer en torno a los 80 años¹⁸ establecemos tramos atendiendo a las distintas condiciones de salud en cada uno de ellos tendremos una radiografía más ajustada de su evolución real: el primer tramo de la vida adulta, hasta la cuarentena, podremos calificarlo como los “años de vida más saludable sin presencia de trastornos crónicos”, con un tramo hasta los 60, donde se hacen presentes determinados problemas crónicos de salud dentro de una percepción general “de seguir disfrutando de buena salud”¹⁹. Y hasta los 70 continuará una identificación con rasgos positivos, como “una vida sin problemas significativos de dependencia”, donde los distintos achaques presentes no nos impiden mantener una buena autonomía personal. Es a partir de los 70 cuando podemos empezar a notar cómo van limitándose poco a poco nuestras condiciones psico-físicas y posibilidades psico-sociales hasta poder llegar a un cierto grado de dependencia y discapacidad²⁰. Y así podríamos seguir avanzando hasta la conclusión de nuestra existencia.

12) Una elaboración previa se puede ver en Antonio Espino (Dir.): “Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo”. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009

13) Los trastornos mentales y del comportamiento ocupan la 10ª causa de muerte en el varón y la 6ª en la mujer (por detrás de las enfermedades cardiovasculares, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio, del sistema nervioso y los órganos de los sentidos y del aparato digestivo). En ENSE –Encuesta Nacional de Salud–, 2006

14) La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) –realizada por primera vez en 1987–, no ha incorporado hasta su edición de 2006 a la salud mental y los determinantes de salud relacionados con el medio ambiente físico y social de las personas.

15) Ver Rosa Gispert y cols., “Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y CCAA en España”, 2007

16) Comparando los estudios de la CMM (Carga mundial de morbilidad) de 1990 y de 2001

17) Debemos al estudio piloto de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) de 1990 el haber puesto sobre aviso a los gestores de las políticas sanitarias de la importancia de la carga –hasta entonces menospreciada– de las enfermedades sin desenlace mortal. El posterior estudio de la CMM de 2001 ha establecido el predominio de los trastornos neuropsiquiátricos, los trastornos de la vista, la sordera y el consumo de bebidas alcohólicas en cuanto a la carga general de padecimientos discapacitantes sin desenlace mortal.

18) La esperanza de vida al nacimiento por sexo en España era para 2007 de 80.23 años (H/M: 76.96/ 83.48)

19) Con carácter general y según la Encuesta Nacional de Salud- de 2006, el 71.20 % de los españoles (75.1% de los varones y el 65% de las mujeres) “perciben” su estado de salud como bueno o muy bueno. Este dato es ligeramente peor, sin embargo –especialmente en el caso de la mujer– que el de 1987: 73.9 % (77.9/ 70). Al tiempo, el número de años esperado sin presencia de una enfermedad crónica es de 38 años para las mujeres y 41 para los hombres. Con “percepción de buena salud”, las mujeres llegan algo más allá de los 58 años frente a los 60 en el caso de los hombres.

20) Con carácter general, el 25% de los hombres y el 39.5% de las mujeres presentan riesgo de mala salud mental. En el grupo de edad a partir de los 75 años, los porcentajes de “percepción de buena salud” se reducen al 41.6 y 29.1 %, respectivamente. (ENSE 2006: Cuestionario de salud general para adultos GHQ-12)

No debemos olvidar, sin embargo, los límites existentes en cuanto a “la percepción de las personas respecto de su nivel de salud” y su relación con la calidad de las acciones del propio sistema sanitario. Investigadores de la Universidad Radboud (Países Bajos) han analizado la relación existente entre la eficiencia en la gestión sanitaria y *la calidad percibida* mediante encuestas de satisfacción realizadas a pacientes, no encontrando relación entre ambos: la mejora de la eficiencia y la productividad de los sistemas sanitarios no ha modificado la opinión que los pacientes tienen sobre ellos²¹.

Si centramos el foco en la parte de nuestra vida con mejores condiciones de salud podremos investigar las causas que inciden sobre nuestra calidad de vida y su impacto sobre la propia organización, configuración y cultura de nuestra sociedad. Al tiempo, podremos establecer de forma más rigurosa qué medidas sanitarias plantear y para qué situaciones concretas de nuestra experiencia personal. Y podremos delimitar mejor, por último, medidas no sanitarias, las distintas políticas públicas que pueden favorecer el desarrollo de sociedades más abiertas y mejor preparadas emocional y materialmente para enfrentar los distintos retos de la vida en colectividad desde posiciones de “mejor y más sólida salud (mental)”.

Dos situaciones reducen principalmente la cantidad de años de vida saludable, *las muertes prematuras* (AVMP: años de vida saludable perdidos por muerte prematura) y *la aparición temprana de discapacidad* (AVPD: años de vida saludable perdidos por discapacidad). Esta última supone en años más de la mitad de las muertes prematuras, sumando entre ambas con bastante exactitud los años de vida “con buena salud” perdidos por las personas (AVAD: años de vida ajustados por discapacidad)²².

De forma que “el tener o evitar enfermedades” no sería el único ni principal factor para informarnos sobre la calidad real de nuestra salud.

En el caso de la salud (mental) dos problemas se relacionan principalmente con las muertes prematuras y la discapacidad en adultos jóvenes: el suicidio y la enfermedad mental grave de inicio precoz²³.

Por tanto, tan importante como “prevenir la aparición de enfermedades en las personas” —y mucho más realista que tratar de evitar la presencia de conflictos a lo largo de su existencia—, sería establecer políticas eficaces para reducir las muertes prematuras y la aparición temprana de discapacidad, principales objetivos, por tanto, para aquellas políticas públicas con auténtica vocación de efectividad²⁴. Y un paso necesario es mejorar el nivel de protección asistencial de nuestros enfermos (y sus allegados) aumentando la calidad y accesibilidad de nuestra red sanitaria y de apoyo socio-sanitario²⁵.

“tan importante como “prevenir la aparición de enfermedades en las personas (...) sería establecer políticas eficaces para reducir las muertes prematuras y la aparición temprana de discapacidad”

21) En Ricardo Villanueva. Diario Mediko.com., 7 de agosto de 2009

22) Para el año 1999 la EVLD (Esperanza de vida libre de discapacidad) al nacer fue de 68.5 años en hombres y de 72.2 años en mujeres. El tiempo vivido sin discapacidades fue superior en hombres (91%) que en mujeres (87.7%) y la expectativa de discapacidad de 6.8 años y de 10.1 años, respectivamente. La diversidad entre CCAA es superior en la EVLD que en la esperanza de vida (EV). (En Rosa Gispert y cols., 2007)

23) La OMS estima que un tercio de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos neuropsiquiátricos (2001). Globalmente, el 12 % de estos años se deben únicamente a la depresión, y aproximadamente el 2.1 % se relacionan con el suicidio. En España, en 2005 el nº de suicidios disminuyó un 3.6% respecto a 2004 y un 4.7% en 2006 respecto de 2005. Su distribución por sexos expresa una sobremortalidad masculina de 3 a 1 en suicidio y lesiones autoinflingidas (Defunciones por accidente. INE)

24) Un ejemplo revelador del efecto positivo de políticas públicas bien diseñadas es el importante descenso de la mortalidad debida a accidentes de tráfico habida en España, que, junto con el sida se encuentra entre las causas de muerte que más descienden entre 2004 y 2006, pasando de 3.507 a 3.246 muertes (Defunciones por accidente. INE)

25) Ver Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. 2007.

En conclusión, la discapacidad y el estado de salud incompleta causados por las enfermedades y los traumatismos desempeñan cada vez más un papel central en la determinación del estado de salud de las poblaciones. Esta consideración de los problemas de salud desde su impacto sobre la calidad de la vida de las personas nos permite acercarnos de forma más realista a los contenidos que conforman “la salud (mental) de las personas” frente a consideraciones más centradas en la esperanza de vida al nacer o en la “evitación de conflictos emocionales” a lo largo de nuestras vidas.

Pero además nos permite identificar mejor el impacto real que tienen sobre la sociedad los distintos problemas psíquicos que padecen sus habitantes.

3

IMPACTO DEL TRASTORNO (MENTAL) SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS²⁶

Contamos con pruebas suficientes que confirman un crecimiento significativo en las cargas de todo orden derivadas de los trastornos mentales en los países con un mayor desarrollo económico y social. Se trata de países donde junto al nivel de vulnerabilidad para padecer algún tipo de trastorno psíquico a lo largo de la vida vemos crecer el uso que hace la población de los servicios de atención a la salud mental.

Cada vez más datos apoyan la importancia socio-económica y de salud pública creciente que la pérdida de salud (mental) supone para estos países. Repasemos algunos de los más relevantes.

Cuando se analizan las principales causas médicas que producen discapacidad en adultos con edades entre los 15 y los 44 años, nos encontramos con que seis de las veinte primeras son trastornos mentales, ocupando la *depresión unipolar* el cuarto lugar.

De igual forma, cinco de las diez causas más importantes de pérdida de años de vida saludable por discapacidad son referibles a trastornos mentales: la *depresión mayor* ocupa el primer lugar, el *alcoholismo* el cuarto, los *trastornos bipolares* el sexto, las *esquizofrenias* el noveno y los *trastornos obsesivo-compulsivos*, el décimo lugar²⁷. El 33% del total de años de vida saludable perdidos por discapacidad son consecuencia de los trastornos mentales.

Y si nos referimos a las principales causas de mortalidad prematura, el suicidio ocupa también un lugar relevante (el doceavo), con tendencia a ocupar la décima causa más frecuente de muerte en el mundo para el año 2020²⁸. Para entonces la *depresión mayor* ocupará el 2º lugar entre los problemas de salud que reducen más años de vida saludable, contemplando las causas de discapacidad y de muerte prematura²⁹.

En todos los estudios, la *depresión y el alcoholismo* –trastornos vinculados al área de la salud mental y los trastornos psíquicos–, aparecen entre las principales enfermedades (no transmisibles) productoras de discapacidad.

Si contemplamos en su conjunto los años de vida saludable perdidos - ya sea por muerte prematura o por discapacidad -, un 12 % se debe a trastornos mentales, con porcentajes más altos en los países más ricos, especialmente si carecen de sistemas universales de salud, frente a los países en vías de desarrollo. De esta forma, en Europa sube el porcentaje hasta un 19.5 % llegando al 24.6 % en USA, frente al 5% propio del continente africano³⁰.

En otro orden de cosas, cada vez conocemos mejor la negativa influencia de los trastornos mentales en el mantenimiento y evolución general de la salud y, por tanto y de forma indirecta, sobre la reducción de la duración de la vida: numerosos estudios documentan el exceso de mortalidad entre los pacientes con enfermedades mentales.

“cuando se analizan las principales causas médicas que producen discapacidad en adultos con edades entre los 15 y los 44 años, nos encontramos con que seis de las veinte primeras son trastornos mentales”

26) Una elaboración previa de este apartado en Antonio Espino (Dir.): “Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo”. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009

27) Datos referidos a 1990

28) Ver J.L. Murray et al., *Mortality by cause for eight reason of the world*. Global Burden of Disease Study, 1997.

29) El Informe de la Salud en el Mundo de la OMS (2001) proyecta para la depresión mayor alcanzar la 2ª causa de discapacidad en el año 2020. Ver también J.L. Murray y AD Lopez : *The Global Burden of Disease*, 1996.

30) Datos de 1998

En un estudio realizado en un hospital americano³¹ se analizó a lo largo de 4 años la mortalidad y comorbilidad médica de enfermos mentales ingresados, midiendo la mortalidad prematura a través de los años potenciales de vida perdidos y la tasa de mortalidad normalizada, con los resultados siguientes:

La media de años de vida perdidos para todas las causas de muerte llegaba hasta los 32 con una variación de 12 años siendo la mortalidad observada para estos pacientes *tres veces superior a la esperada* en una población general estandar. Las principales causas de muerte eran las cardiopatías (21%) —6 veces más que la población general entre los 25 y los 44 años— y los suicidios (18%). La comorbilidad médica observada con carácter general era la obesidad (24%), la hipertensión (22%), la diabetes mellitus (12 %) y el EPOC (10 %). Si el análisis se hacía en relación a la mortalidad por cardiopatía se encontraba comorbilidad con hipertensión (37%), obesidad (34%), diabetes mellitus (19 %), EPOC (10 %) y trastornos del metabolismo de los lípidos (9 %).

A la hora de establecer factores responsables de esta evolución se encontraron la medicación —especialmente los antipsicóticos de 2ª generación—, la falta de higiene personal, la poca actividad física, el tabaquismo, el aumento del consumo de sustancias y la falta de un sistema adecuado de apoyo socio-comunitario.

Es bien sabido que las personas que padecen un trastorno mental severo tienden a utilizar menos el sistema sanitario y a descuidar su salud con un mayor índice de conductas de riesgo tales como la vida sedentaria, el tabaquismo o el consumo de alcohol. Pero también sabemos que sufren un trato discriminatorio por parte del propio sistema sanitario, en base a la mayor dificultad de manejo de es-

tos enfermos. Un ejemplo bien estudiado y de suma importancia se refiere a los altos índices de mortalidad por cardiopatía isquémica donde junto a los factores ya señalados —incluido su comportamiento no cooperativo— influyen de forma significativa las limitaciones diagnósticas y de actuación quirúrgica que pone el propio sistema sanitario en estos casos, por las dificultades derivadas de la falta de adaptación de los servicios quirúrgicos generales para la atención y seguimiento de estas personas.

En estudios de comorbilidad llevados a cabo en el ámbito no hospitalario se ha observado igualmente una elevada presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos, en pacientes afectados por una enfermedad médica (Margarita Gili, et al., 2000)

4 TRASTORNO (MENTAL) Y APOYO SOCIO-FAMILIAR³²

La consideración de “la carga familiar” generada por la enfermedad mental ha sufrido importantes cambios hasta el reconocimiento actual de su gran significación. Sin embargo, siguen faltando estudios en nuestro entorno que analicen la carga que representa para la familia el hacerse cargo de una persona con trastorno mental (grave) y de larga duración.

La población española percibe, en general, que dispone de un buen apoyo en su entorno social³³. Sólo el 3.4 % (H/M: 3.2/3.4) de la población en el tramo de más de 16 años percibe un bajo nivel de apoyo social, subiendo esta cifra en el grupo de edad a partir de 75 años hasta un 4.3/ 5.5% (H/M).

En otro orden de cosas, el 93.4 % (H/M: 93.7/93.1) de las personas del tramo de

“se ha observado igualmente una elevada presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos, en pacientes afectados por una enfermedad médica”

31) B.J. Miller y cols, “Mortalidad y comorbilidad médica en los pacientes con enfermedades mentales graves”, 2009

32) Las ideas recogidas en este apartado son deudoras de la conferencia dada por el autor en el Acto Conmemorativo del 25 Aniversario de FEAFES con el nombre “Salud mental y sociedad en la España actual”, en junio del 2008 en el Colegio de Médicos de Madrid.

33) El *apoyo social percibido* es uno de los factores de protección de la salud mental mejor estudiados. De acuerdo a la encuesta del Eurobarómetro que ha utilizado la escala de soporte social de 3-item Oslo, España presenta una de las correlaciones más altas entre apoyo social y buena salud mental

más de 16 años opinan que su familia funciona con normalidad y adecuadamente³⁴ (En ENSE, 2006).

Si consideramos la carga familiar en el caso de la enfermedad mental:

- Entre el 40 y el 90% de las personas con un trastorno mental viven con su familia. A los 15 años de instaurado el diagnóstico, más del 50% sigue dependiendo del apoyo familiar, a cargo principalmente de la mujer (*madre*, esposa, hija). Este sesgo de género tiene un carácter general: el cuidado de personas con alguna discapacidad con las que se convive recae más sobre la mujer, un 64.3% frente al 33.2% de los hombres.
- La prestación de atención y cuidados informales en salud en España supone hasta el 88% del total de la atención³⁵.
- El efecto de dicha sobrecarga tiene consecuencias negativas sobre el familiar-cuidador que abarcan a su salud, a su calidad de vida y a sus condiciones materiales, especialmente si carece de apoyo adecuado por parte del sistema socio sanitario. Algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada³⁶.
- La ayuda económica más habitual con que cuentan estos hogares es la pensión no contributiva por problemas psíquicos del enfermo³⁷.
- Los ingresos perdidos por parte del familiar-cuidador del enfermo mental en los países desarrollados representa entre el 6 y el 29 % del coste total de la enfermedad
- El apoyo de la familia influye sobre la evolución del trastorno mental y si-

gue jugando un papel complementario pero indispensable en la organización asistencial actual a pesar de que no es posible seguir manteniéndolo de forma indefinida dados los cambios en la estructura y formas de vida de la sociedad y de la familia actual. Aunque en determinadas circunstancias el cuidado de un familiar con enfermedad mental (severa) puede llevar consigo también determinadas gratificaciones, siempre será en menor proporción que las dificultades derivadas de dicha atención.

A pesar de las importantes mejoras introducidas en nuestro país desde los años 80 en la atención y seguimiento del enfermo mental, sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de pacientes y familiares y los recursos públicos disponibles, especialmente en áreas relativas al apoyo psico-social, la continuidad de cuidados, la rehabilitación y la inserción sociolaboral³⁸.

Hoy en día sabemos que un apoyo socio-sanitario adecuado al familiar-cuidador puede ayudarle a mantener sus contactos con amigos y familiares en un 90 %, sus ingresos económicos en un 70 % y la organización de la convivencia familiar en un 50% de los casos.

Igualmente conocemos las ventajas derivadas de incluir distintas intervenciones de carácter psico-educativo —a nivel individual y familiar— en el proceso de atención del enfermo mental (severo) sobre la propia evolución funcional del enfermo mental (grado de discapacidad), el índice de recidivas y reingresos hospitalarios, la adherencia al tratamiento, la reducción de los costes globales generados por el trastorno mental y la propia capacidad de afrontar el proceso de enfermedad por parte del paciente y su familia.

34) Cuestionario Apgar familiar (Family Apgar)

35) Informe SESPAS 2000: "La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo".

36) I. Montero et al. *Family Intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers*. 2006.

37) Sólo los casos con un grado de discapacidad superior al 65 % tienen derecho a la pensión no contributiva por discapacidad. Un grado de minusvalía del 75 % se identifica ya con un grado de dependencia de la persona enferma.

38) Sin considerar las incertidumbres que se ciernen sobre el propio desarrollo organizativo de la atención a la salud mental en algunas comunidades autónomas.

Es necesario, por tanto, contemplar dentro del conjunto de la atención sanitaria del EM medidas eficaces de apoyo que reduzcan los riesgos de morbilidad de su entorno, muy especialmente del familiar-cuidador.

Por último, el desarrollo de la Ley de Dependencia —que reconoce la importancia del papel cuidador de las familias y el abandono habido por parte de las Administraciones Públicas—, ha de ampliar las medidas de apoyo a los cuidadores no profesionales y abrirse al desarrollo progresivo de un nuevo sistema asistencial que garantice una serie de prestaciones básicas a las personas dependientes para poder mejorar su grado de autonomía

5 TRASTORNO (MENTAL), VIDA LABORAL Y COSTES ECONÓMICOS

¿Y cuán importante es, por último, el impacto económico y socio-laboral derivado de los trastornos mentales?

Un primer dato ya es revelador: los principales factores de riesgo para padecer un trastorno del estado de ánimo se relacionan con la situación laboral de la población. En España, tienen un riesgo entre 3 y 6 veces mayor las personas de baja por enfermedad, con descanso por maternidad, en situación de desempleo y las que presentan incapacidad permanente, que las que disfrutan de empleo remunerado. Igualmente la población jubilada presenta dos veces más riesgo de haber padecido un trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses que la población con empleo remunerado.

La distribución de las tasas de prevalencia-año de los trastorno del ánimo en los países europeos incluidos en el estudio ESEMED presenta diferencias altamente significativas, especialmente acusadas en relación al efecto del desempleo³⁹.

En el caso de los *trastornos por ansiedad* el factor principal asociado a su aparición en los últimos 12 meses en nuestro país fue también la situación laboral: personas de baja por enfermedad, descanso maternal o desempleadas frente a las que estaban trabajando.

En el caso de nuestro entorno natural, la Unión Europea, los costes económicos totales relacionados con el trastorno mental pueden llegar a representar hasta un 3 o 4% del PIB, teniendo un mayor peso los costes indirectos vinculados a la pérdida de productividad, que los gastos asistenciales directamente relacionados con la atención sanitaria del trastorno mental: entre dos y seis veces más.

Y es que el impacto sobre la economía nacional de las personas que padecen un trastorno psíquico es creciente y afecta a casi todos los frentes de la vida laboral y socioeconómica: tasa de empleo, absentismo, pérdida del puesto de trabajo, altos índices de incapacidad permanente, de jubilaciones anticipadas y de distintas ayudas por discapacidad.

La proporción de personas con empleo baja hasta el 25 % de la media de la tasa nacional si padecen un trastorno mental. Y si el grado de discapacidad es importante se ve reducido hasta un 22% en la Unión Europea y un 13% en España, donde si consideramos sólo el mercado laboral sin ninguna protección, no llegan ni al 3%.

“los principales factores de riesgo para padecer un trastorno del estado de ánimo se relacionan con la situación laboral de la población”

De igual forma, el trastorno mental se encuentra entre las tres primeras causas de absentismo laboral

Y en uno de cada cinco trabajadores la aparición de un trastorno mental lleva consigo la pérdida de su empleo.

A lo que debemos añadir los altos índices de incapacidad laboral permanente, de jubilaciones anticipadas y de ayudas económicas derivadas del trastorno mental.

Si nos centramos en la discapacidad, en Europa, una de cada cuatro nuevas personas que reciben una ayuda económica por razón de discapacidad, padece un trastorno mental

Este es, pues, el panorama en que se encuentran las personas con trastorno mental:

39) España se sitúa en una posición intermedia entre Holanda, donde no se dan diferencias significativas en la prevalencia de dichos trastornos entre las personas con y sin empleo y Alemania, donde las personas en desempleo presentan una tasa 5.5 veces mayor (Estudio ESEMED).

discriminación a la hora de encontrar un empleo –resultando una auténtica aventura si presentan un grado significativo de discapacidad aspirar a un trabajo no subsidiado–, dificultades para conservarlo, muchas bajas laborales, muchos despidos y declaraciones de incapacidad permanente y jubilaciones anticipadas. Mayores gastos y menor participación, por tanto, en el conjunto de la renta nacional.

La magnitud del impacto señalado no pivota exclusivamente sobre los llamados trastornos mentales graves. Muy al contrario, datos cada vez más consistentes aportan información sobre la gran prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes y el sufrimiento individual y colectivo que generan; sobre su enorme costo indirecto en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (especialmente para las mujeres) y sobre la poca efectividad y racionalidad con que son atendidos por el sistema sanitario, con el gasto tan ineficiente que ello produce⁴⁰.

40) Ver Ander Retolaza (coord.), *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. AEN. Estudios. 2009

6

REFERENCIAS

- Eurobarómetro para la Comisión Europea: Estudios y encuestas de opinión. Aporta información relevante para la definición de las políticas públicas de la Unión Europea. Se realizan desde 1973.
- OMS. Estudios sobre la Carga Mundial de Morbilidad (CMM). El análisis pionero fue encargado por el Banco Mundial en 1990 y publicado en 1996 por expertos de OMS y la Universidad de Harvard. Sus proyecciones para el año 2020 se han quedado desfasadas. Un estudio posterior actualizado es de 2001.
- J.L.Murray y A.D. López (Editors), *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge; Harvard University Press, 1996.
- C.J. Murray y A.D. López., “Mortality by cause for eight regions of the world. Global Burden of Disease Study”. *Lancet* 1997; 349: 1269-1276.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001: *Salud mental. Nuevos conocimientos. Nuevas esperanzas*.
- OMS. Proyecto ESEMeD: Estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales. Se trata de una encuesta realizada sobre 6 países europeos (uno de ellos España) a población mayor de 18 años a lo largo de los años 2001-2002. Es el mayor estudio comparativo realizado sobre la epidemiología de los trastornos mentales en Europa.
- Josep M.Haro, et al. : “La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España”. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31 /4): 182-191.
- Josep M. Haro, et al.: “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España”. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12); 445-51.
- J.J.Lopez Ibor, et al.: “Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España”. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (Supl.2): 1-3.
- Ander Retolaza: “Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados?”. *Norte de Salud Mental* nº 29. 2007. Pag. 44-50.

- MSyPS/ INE. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), Año 2006. Dirigida a las familias, reporta datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. (La Encuesta Nacional de Salud se realiza desde el año 1987).
- Informe del Sistema Nacional de Salud, año 2007. El Observatorio del SNS, órgano dependiente del MSyPS, viene realizando un informe anual desde 2003 sobre el estado del Sistema Nacional de Salud.
- INE. Estadísticas de defunciones por accidente.
- J. Canals, et al., "Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:287-94.
- B.Ustun, et al., "Editorial: measuring functioning and disability-a common framework" *Int J Methods Psychiatr Res* 1998; 7:79-83.
- Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Año 2000: *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*.
- Margarita Gili, et al.: "Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario". *Psicothema* 2000. Vol. 12, nº 1, pp. 131-135.
- Ricard Genova, et al.: "Estimación de la carga de enfermedad en España en el año 2000". *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, 36 (2005), 571-576.
- I.Montero, et al., "Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales". *Actas esp Psiquiatr* 2006; 34 (3):169-174.
- A. Fernandez, et al., "Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain". *J Affect Disord* 2006; 96: 9-20.
- Rosa Gispert y cols., "Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y CCAA en España", en *Rev. Esp. Salud Publica*, v.81 n.2 Madrid, marzo-abr., 2007.
- Carmen Rodríguez: "Encuesta Nacional de salud". Índice. *Revista de Estadística y Sociedad*. Nº 20, Enero 2007, pp. 9-11.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de salud. Sanidad, 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Antonio Espino (Dir.): "Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo". Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009.
- B.J.Miller y cols., "Mortalidad y comorbilidad médica en los pacientes con enfermedades mentales graves". *FOCUS, Esquizofrenia* (II), 2009.
- Ander Retolaza (Coord.), *Trastornos mentales comunes. Manual de Orientación*. AEN. Estudios. Madrid, 2009.

INTERVENCIÓN TEMPRANA Y RECUPERACIÓN VOCACIONAL. DECLARACIÓN DE CONSENSO INTERNACIONAL

Eoin Killackey

**Psicólogo clínico e investigador titular en Orygen Youth Health
(www.oyh.org.au) y en el Dpto. de Psicología
de la Universidad de Melbourne**

(Traducción, María Alonso)



Foto: Bombona 969

La psicosis tiene su inicio normalmente entre adolescencia tardía y los primeros años de vida adulta, entre los 15 y 25 años. Esta es una etapa clave en el desarrollo durante la cual se completan diversas tareas. Se incluyen el desarrollo emocional y sexual, la individuación de la familia primaria, el desarrollo de un concepto personal de sí mismo en el campo social y vocacional, tener amigos y amigas, salir, terminar la educación secundaria, empezar otros estudios o formación y los primeros empleos. Si este desarrollo falla o se retrasa de algún modo, más tarde en la vida puede aparecer una discapacidad significativa. Por ejemplo, un joven que no tiene amigos o relaciones íntimas en su adolescencia, puede tener dificultades para entablar amistades, al no haber aprendido las habilidades sociales necesarias. Igualmente, alguien que no termina la educación secundaria, o que no ha tenido experiencia laboral antes de los 30, lo tendrá difícil para acceder a un empleo ordinario.

El inicio de la psicosis, por el momento en que aparece, tiene el potencial de interrumpir el que estos procesos de desarrollo se lleven a cabo. Desde hace unos 20 años, el paradigma de la intervención temprana se ha centrado en intervenir pronto

en el curso de la psicosis con la idea de limitar el daño que ésta conlleva. Uno de los hallazgos clave ha sido que la discapacidad observada en momentos posteriores de la vida se puede atribuir al máximo nivel dentro de los dos primeros años de enfermedad, un momento que Max Birchwood denominó “periodo crítico”.

Mientras el desarrollo de intervenciones dirigidas a los síntomas psicóticos ha sido un éxito y muchos estudios avalan los beneficios de la intervención temprana en psicosis, ha habido menos éxito a nivel de resultados en el funcionamiento. Así, personas jóvenes con psicosis pueden recuperarse de los síntomas, pero tienden a no volver al trabajo o los estudios y pasan a depender de ayudas sociales o del apoyo de la familia. Tienden a no alcanzar tanta independencia como el resto de la gente y a no casarse tan habitualmente como los demás. A largo plazo, acaban corriendo el riesgo de vivir al margen de la sociedad.

Sin embargo, no tiene por qué ser así. Los jóvenes con psicosis pueden recibir apoyo para desarrollar vidas plenas y con sentido en las que alcancen su potencial como trabajadores y miembros de la comunidad. Hoy existen evidencias de numerosos estudios que nos muestran no sólo que los jóvenes quieren trabajar, sino que con un poco de ayuda de un programa de apoyo basado en la evidencia, pueden volver a los estudios y el trabajo. Este programa se denomina “Individual Placement and Support” (Modelo de Empleo con Apoyo) y se centra en un rápido acceso a empleo para después darles apoyo en que consigan mantenerlo.

En 2008 se desarrolló la declaración de consenso internacional –Meaningful Lives– por el grupo internacional de Recuperación Vocacional Tras un Primer Episodio Psicótico (iFEVR, International First Episode Vocational Recovery Group). Esta declaración detalla la evidencia que muestra que la vuelta al trabajo y los estudios es posible, su importancia y cómo lograr que ocurra. Es un gran placer que esta declaración haya sido traducida ahora al español y el grupo iFEVR desea que sea difundida ampliamente y que sus objetivos sean implementados.

RECUPERACIÓN VOCACIONAL TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. REFLEXIONES DESDE UN CRL

María Alonso

Coordinadora Centro de Rehabilitación Laboral Retiro

En las siguientes líneas siguen algunas reflexiones personales que, desde la experiencia en un CRL, tratan de mostrar la necesidad de trabajar por ese objetivo. Y más abajo, incluimos la traducción al castellano de la declaración de consenso internacional “Meaningful Lives. Supporting Young People with Psicosis in Education, Training and Employment” (2008) que se ha traducido como “Una vida plena y llena de sentido. Apoyando a jóvenes con psicosis en sus estudios, profesionalización y empleo”. Esta declaración ha sido promovida por el Grupo Internacional de Recuperación Vocacional Tras un Primer Episodio Psicótico, que pertenece a la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA, www.iepa.org.au). El documento tiene sus antecedentes en la Declaración Psicosis Temprana (Early Psicosis Declaration, 2005), promovida por la OMS y la IEPA. Con la divulgación de este documento, la AMSM pretende contribuir a unos de los objetivos que la propia Declaración enuncia: Fomentar actitudes en los profesionales que generen esperanza y optimismo en que los jóvenes con psicosis pueden llegar a tener una vida plena y llena de sentido.

Sabemos que el principal obstáculo para la inserción laboral son las barreras sociales y el estigma asociado a la enfermedad mental. Aún hoy existen creencias entre los profesionales que dificultan el acceso a un apoyo en la recuperación de las metas laborales de personas con psicosis.

1

¿SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA O SÍNDROME DE ESTAR PARADO Y QUE NADIE ESPERE OTRA COSA?

En un CRL tenemos el privilegio de apoyar a aquellas personas con psicosis atendidas por profesionales que confían en que puedan retomar sus metas formativas y laborales. Hay quien diría que esto es relativo, pues no es infrecuente que nuestro trabajo esté precisamente dirigido a fomentar esa confianza en los profesionales que, aunque lo derivan, paradójicamente no tienen muchas expectativas. En ocasiones la derivación llega por insistencia de la familia o del propio usuario. Pero, ¿y a los que no se les deriva?. A un grupo importante se les dará apoyo desde el SSM en sus metas formativas y laborales sin que sea necesaria la intervención de un CRL. Pero ¿cómo?, ¿con qué recursos?. Y, ¿existen jóvenes con psicosis a los que no se les da ningún tipo de apoyo en sus objetivos formativos y laborales (y que lo necesitan)?

En la aparición de un primer episodio psicótico, y en el mantenimiento posterior de un funcionamiento deteriorado, influyen factores como el aislamiento, los fracasos en alcanzar metas, la baja autoestima, la falta de expectativas y también la ausencia de apoyo social y profesional, entre otros factores. Casi nadie escapa a que su auto-concepto y sentido de eficacia sean en gran medida dependientes de la imagen que nos devuelven los otros de uno mismo (¿qué piensa mi familia acerca de mis posibi-

lidades?, ¿y mi psiquiatra?, ¿cree que podré trabajar de nuevo?). Un bajo sentido de eficacia personal está relacionado con dificultades para identificar metas personales y con una actitud pasiva ante estas metas o ante las demandas del entorno.

Estar desempleado afecta a cualquier persona en su confianza personal, su estado de ánimo, la iniciativa, la percepción de que se tiene un rol valioso para la sociedad... Si a esto añadimos la aparición de unos síntomas que limitan el funcionamiento y el posterior diagnóstico de una enfermedad con connotaciones muy negativas en el “desconocimiento colectivo”..., no resulta difícil explicarse un resultado habitual: una “síntomatología negativa” que bloquea la energía necesaria para movilizarse hacia metas personales formativas y laborales. Una sintomatología negativa con frecuencia difícil de distinguir de lo que quizá se diagnosticaría como síntomas depresivos en un desempleado de larga duración (disminución del interés, de la energía, enlentecimiento, dificultad para pensar y concentrarse, indecisión, sentimientos de inutilidad).

2

¿RECUPERACIÓN VOCACIONAL PARA CRÓNICOS?

El CRL suele considerarse un recurso para “crónicos” y es habitual que se derive a la persona precisamente cuando las dificultades en su funcionamiento llevan instauradas mucho tiempo. Él mismo suele confiar poco en sus posibilidades de recuperar sus antiguas metas formativas y laborales. Y no sin cierto realismo. Un realismo impuesto no tanto porque no pueda rehabilitar sus competencias, sino por lo que impone el mercado laboral cuando llegan a la primera entrevista de trabajo de su vida con 30 años y el COU (en un caso de los prometedores).

Las mayores dificultades en el proceso de rehabilitación laboral de nuestros usuarios las encontramos en aquellos que están tan “estables”, que además de estarlo en su sintomatología y tratamiento, lo están en su dependencia de los padres, los pequeños ingresos de la pensión, el rol de enfermo, el miedo al cambio,... Y, sin embargo, aquellos que aún teniendo sintomatología positiva, se ven a sí mismos como personas normales (¿escasa “conciencia de enfermedad?”) y no entienden la pregunta “¿por qué quieres trabajar?” (pues obviamente todo el mundo trabaja), también tienen un proceso de recuperación complejo, pero casi siempre más optimista.

Los CRL deberían tener hoy la suficiente flexibilidad en sus herramientas para ofrecer programas individualizados que em-

pleen tanto la metodología del modelo de Empleo con Apoyo, como la del entrenamiento pre-laboral. Tienen las suficientes herramientas para acompañar procesos más o menos largos, con entrenamiento previo o con acceso rápido a empleo, con acceso a formación o prácticas, hacia empleo ordinario o protegido.

Los CRL deberían poder estar preparados precisamente para apoyar al proceso de aquella persona de 40 años que lleva 10 años sin actividad productiva (estudios, trabajo, voluntariado...), pero también para acompañar al chico de 20 años que hace un año tuvo su primer brote psicótico, que por fin tiene cierta adherencia al tratamiento, y que no sabe bien por dónde tirar a nivel profesional.

No se pretende concluir ni que hay que derivar más a un CRL ni que necesariamente haya que hacerlo antes. Tampoco que el modelo de funcionamiento de los CRL responda a las necesidades vocacionales de todas las personas con psicosis. Pero lo cierto es que “rehabilitación laboral” y “crónico” son dos términos que se debería evitar que estén juntos. Siempre ha habido procesos rehabilitadores en los CRL en los que se ha acompañado a personas con años de inactividad y desmotivación. Pero a esta situación no debería llegarse por la falta de un apoyo temprano.

3

¿QUÉ SE PUEDE HACER EN LOS EQUIPOS DE LOS SSM PARA INTERVENIR DE MANERA TEMPRANA EN LA RECUPERACIÓN?

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los SSM no hay especialistas en rehabilitación vocacional (como terapeutas ocupacionales) y también la carga de trabajo de los trabajadores sociales en sus tareas como coordinadores de cuidados, no es extraño que no sepamos de ningún programa de intervención vocacional temprana en un SSM, como tampoco existen apenas intervenciones estructuradas en intervención precoz en general.

La falta de recursos en los servicios de salud mental contribuye a esta falta de atención al funcionamiento ocupacional de la persona. Sin embargo, cuando el profesional de referencia en sus conversaciones iniciales con el paciente incluye preguntas en este ámbito, de manera que trasmite al joven con psicosis que es esperable que en algún momento pueda recuperar una vida laboral, pueden obtenerse ya resultados positivos. No

siempre son necesarias intervenciones sofisticadas para fomentar cambios en la persona. Puede ser muy efectivo que aquel profesional en cuyo criterio confías para que te ayude a recuperarte, confíe en ti a su vez.

A pesar de esta escasez de recursos, un número importante de usuarios llega a un CRL habiendo recibido apoyo en sus metas vocacionales. Desde un inicio su psiquiatra le habló de su trastorno con claridad y dándole un rol activo en su recuperación. Una recuperación en la que la vuelta a los estudios o al trabajo era considerado algo posible a medio plazo. Para estos usuarios, esta confianza en su potencial contribuyó a una más pronta estabilización. Y además, aunque la sintomatología positiva no había desaparecido por completo, el coordinador de cuidados le animó a que acudiera a cursos, o a asociaciones, o a algún servicio de orientación laboral para jóvenes. En ocasiones se le derivó desde bien pronto a un CRL, y estos apoyos se le dieron mientras estaba en la lista de espera. En otras ocasiones, se le deriva una vez que estos apoyos no han sido suficientes.

4

NO INTERVENIR A TIEMPO

Pero también es cierto con frecuencia se pierden posibilidades de recuperación vocacional por no derivar a tiempo. Por la edad: únicamente el 35% de los usuarios derivados a los CRL tienen menos de 30 años.

Pero también, por ejemplo, por no intervenir de manera temprana ante una incapacidad temporal. En el último año han sido derivados al CRL de Retiro 3 personas cuando les quedaban menos de 6 meses para pasar por el tribunal para valoración de una incapacidad absoluta o total. De esos 3, uno se reincorporó a su puesto. Los otros dos, pese a que la valoración del CRL era favorable respecto a sus posibilidades de desempeñarse en un empleo (tras un proceso rehabilitador), tienen un informe del psiquiatra que lo derivó al CRL certificando incapacidad para trabajar, una incapacidad laboral absoluta, y menos de 40 años. Aún nos sigue sorprendiendo cómo un diagnóstico de psicosis lleva tan directamente a un dictamen de incapacidad laboral, a pesar del buen funcionamiento. Este es otro ejemplo de la parcialidad de centrarse en síntomas y diagnósticos y no atender aspectos de funcionamiento.

Desde la experiencia de un CRL poco sabemos de qué ocurre en la vida formativa y profesional de los jóvenes con psicosis que no son derivados a un CRL. Seguramente un porcentaje se recupera de la sintomatología positiva y con el apoyo de su psiquiatra y su coordinador de cuidados retoma sus actividades. Pero ¿cuántos reciben una atención profesional centrada en los síntomas positivos y su control, en la que no se pregunta a la persona acerca de su deseo iniciar una recuperación vocacional hasta que no han pasado años de estabilización y supervivencia con ayudas sociales?. Revisión de la medicación cada dos meses. Y esperar a que se estabilice para ir hablando de recuperar una vida normal. ¿No contribuiría a su estabilización hablar desde el inicio de la posibilidad de recuperar una vida normal?.

DECLARACIÓN DEL GRUPO INTERNACIONAL DE RECUPERACIÓN VOCACIONAL TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOSIS TEMPRANA

1

UNA VIDA PLENA Y LLENA DE SENTIDO

Apoyando a jóvenes con psicosis en sus estudios, profesionalización y empleo

Imagina un mundo donde...

- Los jóvenes con psicosis no sean estigmatizados o discriminados en su acceso a formación empleo por las dificultades debidas a su enfermedad mental.
- Formadores y empleadores estén informados y reciben apoyo para proporcionar oportunidades significativas a personas jóvenes.
- Los jóvenes con psicosis sigan en la escuela para completar sus estudios y mantengan empleos remunerados rodeados de personas que comprenden y se preocupan.
- Las esperanzas y sueños de estudios, profesionalización y empleo sean alcanzadas.

2

INTRODUCCIÓN

La Declaración de Psicosis Precoz establece 5 objetivos clave para acciones que proporcionen el apoyo tan necesario a los jóvenes que desarrollan psicosis, incluyendo concienciar a la comunidad acerca de la psicosis y promover la recuperación y una vida normal.

Este Consenso Internacional establece unas metas con resultados claros que nos gustaría conseguir en términos de empleo y formación en jóvenes con psicosis. Señalaremos los retos actuales y las ventajas potenciales de apoyar a jóvenes con psicosis para que terminen su formación y obtengan un empleo. Identificaremos los principios y procesos fundamentales por los que estos objetivos pueden conseguirse.

Esto requiere un compromiso para cambiar el modo en el que actualmente apoyamos a los jóvenes con psicosis y cómo trabajamos juntos desde las instituciones sanitarias, sociales, educativas y de empleo, para conseguir con éxito que los jóvenes alcancen vidas plenas y llenas de sentido.

3

EL RETO

*"...no puedo conseguir un trabajo, no consigo tener novia, no puedo conseguir una tele, no puedo conseguir nada
...es como si todo cayera dentro de un enorme agujero del que no puedes salir..."*

(Hirschfeld, 2005)

- El 50% tienen menos de 10 años de estudios, lo que limita sus perspectivas de empleo a largo plazo.
- En un primer contacto, el 40-50% con un primer episodio de psicosis están desempleados (60-70% con primer episodio de esquizofrenia), y este panorama empeora hasta el 75-95% al cabo de un año.
- El 20% de las personas con un primer episodio de psicosis no ha trabajado nunca.
- Muchas personas jóvenes se quedan atrapadas en la “trampa de la pobreza” de las ayudas sociales.
- No trabajar tiene otros costes no económicos en términos de pérdida de capital social, incremento de los estresores y pérdida de un rol socialmente valorado.
- La falta de empleo lleva a otros tipos de exclusión social.

4

BENEFICIOS POTENCIALES

- Los costes asociados al desempleo suman el 50% de los costes ligados a las enfermedades mentales en Europa, EEUU y Australia.
- Se ha demostrado que el empleo disminuye la dependencia de pensiones y ayudas sociales.
- Estar empleado satisfactoriamente está potencialmente asociado a un mejor manejo de los síntomas, menos hospitalizaciones y disminución en el consumo de sustancias.
- El empleo proporciona un rol valorado socialmente que tiene beneficios en términos de identidad y autoestima.
- El empleo inicia un camino hacia un mejor funcionamiento social y económico. Esto influye directamente en el aislamiento social experimentado por muchos jóvenes con psicosis.

5

PRINCIPIOS CLAVE

- Todos los jóvenes tienen derecho a una formación, profesionalización y empleo.
- Todos los jóvenes tienen derecho a la ciudadanía y a unos ingresos básicos para vivir.
- Todos los jóvenes tienen derecho a desarrollar una carrera profesional que de un sentido a sus vidas y les permita emplear su talento.

- Las personas jóvenes con psicosis deberían tener las mismas oportunidades formativas y laborales que sus iguales sin psicosis.
- Ningún individuo debería ser discriminado en sus aspiraciones formativas y laborales por el hecho de tener una seria dificultad por su enfermedad mental.
- Los resultados educativos y vocacionales deberían estar igualmente valorados y apoyados en un primer episodio de psicosis.

6

NUESTROS OBJETIVOS

Pretendemos:

- Combatir el estigma, la discriminación y los prejuicios en escuelas, institutos y centros de trabajo, concienciando sobre la psicosis y la importancia crucial que tiene la formación y el empleo en la salud mental a largo plazo.
- Apoyar a personas jóvenes a alcanzar sus aspiraciones formativas y profesionales.
- Asegurarse de que los resultados en el funcionamiento como estudiar, profesionalizarse o trabajar son considerados tan importantes en la recuperación como los síntomas.
- Recomendar a las instituciones que financien intervenciones basadas en la evidencia y dirigidas a mejorar el funcionamiento en los estudios y en el empleo.
- Combatir los factores que contribuyen a la exclusión social y a la ausencia de una vida plena.
- Fomentar actitudes en los profesionales que generen esperanza y optimismo en que los jóvenes con psicosis pueden llegar a tener una vida plena y llena de sentido.
- Buscar apoyo en las instituciones educativas, sociales y de empleo, para que ayuden a los jóvenes con psicosis a terminar sus estudios y les proporcionen un empleo.

7

PROCESOS PARA CONSEGUIRLO

- Confrontación activa de los mitos acerca de que las personas con enfermedad mental no quieren y no pueden trabajar.

- Dar la misma prioridad a la formación y el empleo que al control de los síntomas.
- Acceso a intervenciones vocacionales basadas en la evidencia como el modelo de Empleo con Apoyo, tanto para metas formativas como laborales.
- Un programa de investigación activo y flexible que asegure que las intervenciones con mayor evidencia están disponibles para apoyar a jóvenes con psicosis.
- Acceso a apoyo vocacional y formativo especializado para asegurarse de que las metas en éstas áreas se mantienen.
- Incentivos para que las agencias de empleo proporcionen un apoyo temprano y sostenido para objetivos laborales.
- Mayor conocimiento de los procesos que contribuyen al acceso y mantenimiento de un empleo en jóvenes con un primer episodio de psicosis.
- Mayor comprensión de los factores etno-culturales que tienen influencia en el acceso de un individuo al empleo, incluyendo dificultades con el idioma, y la desorientación de refugiados e inmigrantes.
- Intervenciones dirigidas al mantenimiento del empleo sumadas a las dirigidas al acceso al mismo.
- Más flexibilidad entre los sistemas de empleo y pensiones y ayudas sociales para que sean sensibles y den respuesta a la naturaleza episódica de la psicosis en algunas personas jóvenes.
- Protección a largo plazo de las necesidades de vivienda y salud cuando una persona deja la pensión o las ayudas sociales para ponerse a trabajar.
- Protección del derecho individual a no revelar la naturaleza de la enfermedad mental a un potencial empleador.

8

MÁS INFORMACIÓN

Esta declaración ha sido resultado de una reunión internacional para estudiar los beneficios de apoyo en formación y empleo a personas con un primer episodio psicótico y que tuvo lugar en Londres el 30 de junio de 2008, implicando a clínicos, investigadores, economistas y políticos de Reino Unido, Canadá y Australia.

Entre los colaboradores a esta declaración para la Recuperación Vocacional tras un Primer Episodio Psicótico se incluyen:

- Eoin Killackey (Australia).
- Eric Latimer (Canada).
- Jo Smith (UK).
- Miles Rinaldi (UK).
- Tom Craig (UK).
- Eric Davis (UK).
- Martin Hember (UK).
- Annie Lau (UK).
- David Shiers (UK).
- Swaran Singh (UK).
- Geoff Shepherd (UK).
- Sarah Sullivan (UK).
- Keith Nuechterlein (USA).
- David Penn (USA).

Para mayor información acerca de cómo apoyar y sumarse a esta declaración de consenso internacional por favor contacte con:

- Jo Smith (UK): joda@lineone.net
- Eoin Killackey (Aus): eoin@unimelb.edu.au
- Keith Nuechterlein (USA): keithn@ucla.edu

Una copia de esta declaración de consenso internacional (en inglés) puede descargarse en: <http://www.iris-initiative.org.uk/>

La traducción al castellano ha sido realizada por María Alonso y auspiciada por la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM, Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN). Se puede descargar una copia en la página web de la AMSM. www.amsm.es

9

REFERENCIAS

1. Bertolotte J and McGorry P Early Intervention and Recovery of Young people with Early Psychosis: Consensus Statement British Journal of Psychiatry, 2005,187(suppl 48) s116-s119
2. Hirschfeld R, Smith J, Trower P and Griffin C. What do psychotic experiences mean for young men? A qualitative investigation. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, June 2005, 78, 2, 249-270
3. APA Working Group on Schizophrenia. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia: Second Edition. Washington: APA; 2004.
4. Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press; 2003.

5. Bond GR. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Sept 2004; 27(4):345-359.
6. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational Intervention in First-Episode Psychosis: A Randomised Controlled Trial of Individual Placement and Support versus Treatment as Usual. *British Journal of Psychiatry*. 2008;193: 114-120.
7. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting Career Opportunity Beckons! Early Intervention and Vocational Rehabilitation in First Episode Psychosis: Employing Cautious Optimism. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:951-962.
8. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. May 2004;39(5):337-349.
9. Marwaha S, Johnson S. Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Social Psychiatry*. Dec 2005;51(4):302-316.
10. National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2003.
11. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008; 31(4): 340-349.
12. Rinaldi M, McNeil K, Firth M, Koletsis M, Perkins R, Singh SP. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin*. Aug 2004; 28 (8):281-284.
13. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39:1-30.
14. SANE. Schizophrenia: Costs. An analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia.: SANE Australia; 2002.
15. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2002. *Journal of Clinical Psychiatry*. Sep 2005 ;66 (9):1122-1129.

REFLEXIONES EN TORNO A LA REHABILITACIÓN LABORAL

Amaya Díaz

Este breve artículo de reflexión pretende describir la actualidad de los procesos de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental y cómo se adaptan a la situación económica presente, reforzando entrenamientos y detectando cuando los límites de la privacidad de las personas candidatas son rebasados, en definitiva, habla del éxito de la rehabilitación laboral.

Describir un proceso de rehabilitación laboral es describir un proceso personal. Cada una de las personas que emprenden este camino, establecen un compromiso de esfuerzo y de responsabilidad consigo mismo. Los recursos especializados para apoyar estos procesos ponen a su disposición una enorme cantidad de medios personales y materiales que facilitan la consecución del objetivo.

En momentos de especiales dificultades económicas, como el que vivimos, la búsqueda de empleo requiere de paciencia, empeño, buenos apoyos y también una dosis de suerte. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) advierte del descenso de la contratación de personas con discapacidad en el mercado ordinario⁴¹, que cifra en 26.007 las personas con discapacidad que firmaron un contrato en 2008 en el mercado ordinario (el 95% bonificados), casi un 14% menos que en 2007, año en el que se rubricaron 30.156 contratos.

En los centros especiales de empleo la situación no es diferente: las cifras de contratación del primer trimestre de 2009 descienden un 4% respecto el año anterior.

Por otro lado, esta organización indica que el porcentaje de contratación temporal en el mercado ordinario se mueve entre el 46% en el 2007, el 48% en el 2008 y el 52% en el primer trimestre de 2009. En el mercado protegido, el porcentaje de contratación temporal se sitúa en torno al 82%.

Parece evidente que, en la actualidad, han aumentado las dificultades para encontrar empleo.

Las entidades gestoras de recursos laborales que median entre los recursos de rehabilitación y las empresas, se han convertido en un buen medio para lograr contactos interesantes que facilitan el acercamiento al empleo. Son muchas las personas que han conseguido muy buenas oportunidades laborales a través de estos contactos.

Los procesos de selección de personal se rigen por una serie de reglas que están ampliamente descritas en los manuales y bibliografía especializada y por otros aspectos no explícitos que todos conocemos y cuidamos cuando pasamos por un proceso de selección. Las personas que acuden a los recursos específicos de empleo realizan entrenamientos exhaustivos que buscan el dominio de las habilidades necesarias para superar estos procesos y acceder a un puesto de trabajo.

41) "Datos estadísticos del Servicio Público de Empleo Estatal. Plan de Acción 2009-2010. Estrategia Global de Acción para el Empleo de las Personas con Discapacidad 2008-2012, junio 2009".

Cuando se da el momento adecuado para comenzar a buscar empleo, una garantía de éxito es el ajuste del puesto de trabajo a las características del interesado. Es en estos momentos cuando los recursos de empleo deben ser un apoyo y un filtro.

Es obvio el éxito que se produce cuando todos los elementos encajan y el recurso encuentra el candidato adecuado para la oferta que gestiona y viceversa, es decir, cuando la empresa encuentra al trabajador que cumple con sus expectativas.

Pero también considero necesario valorar como éxito el momento en el que el candidato decide que se están rebasando los límites en cuanto a la información que se requiere para examinar su idoneidad al puesto ofertado.

Es sólo una reflexión personal, pero creo que cuando una persona que se ha preparado intensivamente, confiando en un recurso especializado de empleo para personas con enfermedad mental, decide parar un proceso de selección porque siente que se están excediendo los límites de su privacidad y, se ve en la situación de con-

testar a cuestiones más propias de una entrevista clínica que de una laboral, estamos también ante un éxito de rehabilitación laboral.

Este gesto nos recuerda matices muy importantes implicados en los procesos de rehabilitación laboral:

- Que nuestro objetivo como recurso es proporcionar apoyos que ayuden a recuperar la autonomía, facilitar la inclusión en el mercado laboral y el mantenimiento en el puesto de trabajo.
- Que las personas que buscan trabajo se movilizan hacia un cambio de rol.
- Y que las condiciones económicas actuales no se deben utilizar como excusa para rebajar la calidad del empleo.

Por suerte, los datos estadísticos de los recursos de rehabilitación laboral y demás entidades que trabajan en el sector nos dan, todos los años, datos para poder seguir afirmando que el trabajo es rehabilitador.

SE CREA LA COMISIÓN DE INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El 21 de Julio se constituyó la Comisión de integración de la salud mental en atención especializada. En la reunión constitutiva participaron por parte de la administración el Director General de Hospitales, Antonio Burgueño, y el responsable del Plan de Salud Mental 2009-2011, Guillermo Petersen, como representantes de los Jefes de Servicio de hospitales Juan José López-Ibor, Jerónimo Saiz, Eduardo García-Camba, Francisco Javier Quintero y Tomás Palomo y por parte de los Jefes de Servicio de Distrito Antonio Fernández de Moral, Miguel Ángel Jiménez Arriero, Javier Guindeo, María Luisa Zamarró y Antonio Espino. La decisión de crear una comisión compuesta por representantes de los Servicios de Salud Mental de Distrito y de los Servicios de Psiquiatría hospitalarios para consensuar la integración de los Centros de Salud Mental en las Gerencias de los hospitales fue expresada por el Director General de Hospitales en la segunda reunión que mantuvo con los Jefes de Servicio de Distrito el 14 de Julio y ratificada en la reunión conjunta de Gerentes y Directores Médicos de Hospitales, Jefes de Servicio hospitalarios y Jefes de Servicio de Distrito del 16 de Julio. Antes de esta fecha, los Jefes de Servicio de Distrito, preocupados por la situación de incertidumbre respecto al futuro de los Centros de Salud Mental en la nueva organización asistencial, habían comenzado a reunirse desde Abril, habían remitido a la Dirección General de Hospitales un Manifiesto y un documento técnico sobre los criterios para la organización asistencial ambulatoria firmado por la práctica totalidad de los Jefes de Servicio de los CSM y con el apoyo mayoritario de los equipos de los mismos, donde se reclamaba que el papel de los centros de salud mental en la nueva organización asistencial se hiciese de forma consensuada con los profesionales.

El día 8 de Septiembre tuvo lugar la segunda reunión, en la que se presentaron tres documentos: el modelo de Unidad Asistencial del Área 11, el del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Área 7 y la propuesta de los Jefes de Servicio de Distrito, fijándose una tercera reunión para el 18 de Septiembre. Desde los Servicios de Salud Mental de Distrito se apuesta por la creación de Unidades Asistenciales de Psiquiatría y Salud Mental (UAPSM) que contará con un Coordinador de la misma elegido por sus miembros para un periodo de 3 años. El órgano de gestión será la Comisión de Asistencia con una Comisión Permanente formada por el Coordinador del Área, el representante de la Dirección Gerencia y los Jefes de los CSM y de los servicios de psiquiatría hospitalarios. Se defiende mantener los Centros de Salud Mental con competencias y recursos claramente diferenciados e identificados y con responsabilidades propias sobre la gestión de la asistencia ambulatoria, los programas de rehabilitación y los planes individualizados de tratamiento de los pacientes con Trastornos Mentales Severos y el acceso y coordinación a los dispositivos de rehabilitación y a las unidades hospitalarias de rehabilitación y de cuidados psiquiátricos prolongados, así como la gestión de los recursos humanos del personal adscrito a los mismos. Se pide, además, que aquellos criterios asumidos por la Comisión, se incorporen al Plan de Salud Mental constituyéndose en normas básicas de funcionamiento de las UAPSM, se propone mantener esta Comisión a lo largo del desarrollo del nuevo Plan de Salud Mental y, a efectos de la necesaria coordinación general de las políticas de salud mental de la Comunidad de Madrid, el que se mantenga un dispositivo central con carácter de autoridad sanitaria y garantía de interlocución con las gerencias hospitalarias.

pa*Óptico*

EL DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES DE LA CAM PUBLICARÁ UNA NOVELA AUTOBIOGRÁFICA SOBRE SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Bajo el título “El Bosque de los Cien Acres” aparecerá publicada por entregas en las sucesivas ediciones de los planes de salud mental.



Foto: Duquesa Mercedes

John Bush. Redacción de El Panóptico. Madrid. El Director General de Hospitales de la CAM, en una entrevista en exclusiva para El Panóptico, ha confirmado que tras las intensas reuniones mantenidas durante este año con los profesionales de Salud Mental tiene la intención de escribir un libro autobiográfico en el que repasa sus amores y desencuentros con este colectivo. El alto cargo de la administración sanitaria madrileña nos confiesa en la entrevista que la inspiración le vino leyendo, en la soledad de su cuarto de baño, el capítulo de las enfermedades mentales en el Tratado de Medicina Interna de Harrison. Inicialmente concebida como una novela erótica en la que dos familias enfrentadas, los clitoridianos y los vaginales, libran una lucha sin cuartel por imponer su criterio de verdad en lo referente a la sexualidad femenina, la actividad narrativa del Director le llevo por otros derroteros: “finalmente he escrito un cuento para niños titulado El Bosque de los Cien Acres, en homenaje a Winnie de Pooh, al que me encomiendo cada noche buscando el descanso del guerrero”. A través de la ingenuidad de Winnie el autor se aproxima a un mundo que le resulta incomprensible ya desde sus primeras andanzas en los pinares de Toledo. Acompañado de su inseparable amigo el burrito Igor se adentra en esos pinares misteriosos (El bosque de los Cien Acres) buscando orden al sinsentido humano, pero se encuentra el Universo Psicosa donde viven personajes extraños como Piglet el cerdito sondador de hipotálamos, Rito el escuchador de sueños, Buho el hipnotizador, Conejo el electriza-

dor de animales, Tigger el preparador de pócimas o Cangu el hacedor de caminos. Seducido por cada uno de estos personajes, con los que establece un diálogo de metodología socrática, se da cuenta de que ninguno de ellos va a ser es capaz de darle una respuesta. Presa de una incómoda desazón el corazón de Winnie se marchita y empieza a crecer en él un resentimiento del que solo se logra liberar cuando entrega el Bosque a una multinacional sueca que construye en sus tierras inhóspitas un nuevo hospital. El Director General ha revelado al Panóptico que el libro se irá publicando por entregas como anexo en las próximas ediciones de los planes de salud mental sustituyendo a los anexos actuales, que “sinceramente le han parecido infumables”.

EL PRÓXIMO PLAN DE SALUD MENTAL DE LA CAM LO ELABORARÁN EMPRESAS DE EMBUTIDOS ONUBENSES

Los empresarios de embutidos de Salamanca presentan alegaciones a la concesión, que consideran un escándalo.

Mike Donald. Enviado especial. Huelva. La concesión hasta el 2020 de la elaboración de los planes de salud mental de la Comunidad de Madrid a una empresa de embutidos onubense con sede en Jabugo ha levantado ampollas entre los empresarios de embutidos salmantinos. Lo que para el Consejero de Sanidad de Madrid, Juan José Güemes, supone “un gran salto hacia la excelencia en la gestión que logrará que la sanidad madrileña cuente con un producto de salud mental con calidad 5 J basado en valores ibéricos”, para los empresarios salmantinos, sin embargo, supone una decisión arbitraria y no dudan de calificarla de escandalosa. Marino Santibañez, Presidente de la Confederación de Empresarios del Embutido Salmantino, no tiene pelos en la lengua para referirse a la concesión. “Se han saltado todas las reglas. Para evitar un concurso de adjudicación han troceado el Plan como si fuera un chorizo de cantimpalo, y así, por poner un ejemplo, el apartado de la atención ambulatoria la elaborará una empresa de salchichones y la parte de hospitalización una empresa especializada en morcillas”. Santibañez recuerda además que las empresas andaluzas no creen en la libre elección de granja por parte de los cerdos que tienen bien definidos sus territorios. Por su parte, según informan fuentes de la Consejería, Güemes siente una especialidad debilidad por el secreto ibérico y si no fuera porque está echando tripita lo comería todos los días.

UN JEFE DE DISTRITO TUVO UNA ALUCINACIÓN EN UNA REUNIÓN CON EL DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES

Creyó ver a Igor, el amigo de Winnie de Pooh en la sala de reuniones.

Square Littleroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Un Jefe de distrito cuyo no nombre no ha querido desvelarse sufrió el pasado mes de Julio una alucinación durante una de las reuniones que convocó el Director General de Hospitales y en la que estaban presentes los gerentes y los jefes de unidades hospitalarias. Al parecer durante el transcurso de la reunión este Jefe de distrito se quedó traspuesto mientras escuchaba como el director hablaba de su pueblo y en el estado de duermevela creyó ver a Igor, el burrito amigo de Winnie de Pooh, sirviendo canapés de jamón de Jabugo. Felizmente todo se debió a una mala digestión y el Jefe no ha sido apartado de su cargo. Otras fuentes aseguran que en ese momento intentaron robarle la cartera.

MORATALAZ GANA A LOS CHINOS 10 PLAZAS DE MEDIA ESTANCIA

La partida fue limpia y termina con las aglomeraciones en los Pizzahut.

Feliciano Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid. La decisión de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de innovar el tedioso sistema de adjudicación de las plazas de media y larga estancia mediante un entretenido campeonato de chinos los primeros lunes de cada mes ha sido acogida con satisfacción tanto por los responsables de continuidad de cuidados de los centros de salud mental como por las direcciones de los hospitales psiquiátricos y los encargados de los Pizzahut madrileños. Durante los últimos meses, desde que se cuestionó el tradicional sistema, se venía observando cierto caos y arbitrariedad en la adjudicación de las plazas lo que llevó a dar pábulo a todo tipo de rumores, como, por ejemplo, que las hermanas hospitalarias repartían boletos para una rifa de camas entre los clientes del Pizzahut que contestaran correctamente a la sencilla pregunta sobre la fecha de nacimiento del padre fundador Benito Menni. Se llegaron a producir aglomeraciones nocturnas en esos conocidos restaurantes de comida rápida y varias muertes por indigestión. En la primera partida, celebrada el pasado lunes, el distrito de Moratalaz se adjudicó 10 camas gracias a una estrategia

arriesgada de su representante que siempre apostaba por el diez como ganador.

TODOS LOS MADRILEÑOS, EXCEPTO UNO, ELIGEN AL MISMO MÉDICO DE FAMILIA.

Se llama Sebastián Peláez y trabaja en Colmenar de Oreja.

Joseph Mulberrytrees. Redacción del Panóptico. Colmenar de Oreja. El Doctor Peláez era hasta ahora un médico desconocido que compaginaba su trabajo en un consultorio de atención primaria de Colmenar de Oreja con su verdadera pasión: la alopecia areata pubiana. Hasta ahora, porque, ejerciendo su derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, todos los madrileños, excepto uno, le han elegido como su médico de cabecera. Peláez no ve extraño este hecho: “la alopecia areata pubiana es una enfermedad pandémica entre los madrileños que no se atreven a consultar con su médico, yo les doy esa confianza”, nos comenta este médico en su despacho decorado con las fotos de los casos más impactantes. Peláez piensa que conoce al paciente que no le ha elegido, un caso de su mismo pueblo, que sufre una forma severa de la enfermedad que le ha afectado a las meninges y que reivindica sus calvas pubianas como un ejercicio de libertad estética. La consejería asegura que ningún madrileño esperará más de 48 horas para ser atendido por este médico.

ESTIMAN UNA RATIO DE TRES BOLÍGRAFOS BIC POR CIENTO MIL HABITANTES PARA LOS CSM

Polémica entre sociedades científicas y profesionales sobre si el BIC debe ser Naranja o Cristal.

John Bush. Redacción de El Panóptico. Madrid. La reacción no se ha hecho esperar. La estimación cruda de tres bolígrafos BIC por cien mil habitantes para los CSM que figura en el borrador del Plan de Salud Mental ha levantado una polémica sin precedentes entre sociedades científicas que representan a distintos colectivos profesionales. Todas ellas se ponen de acuerdo en una cosa: el plan debe aclarar si se trata de bolígrafos BIC cristal o BIC naranja. A partir de ahí empieza el lío. Todas quieren que el colectivo al que representan se quede con el BIC naranja en exclusiva, reservando el BIC cristal al resto. Los psiquiatras aducen que la categoría que proporciona un BIC naranja solo puede estar reservada a un médico y que con el BIC cristal no se hacen

bien las recetas. Las sociedades de psicólogos, con la LOPS en la mano, reclaman BIC naranja negro para el psicólogo y BIC naranja azul para el médico psiquiatra o en su defecto que se reserve una cuota de los bolígrafos de los laboratorios a su colectivo. Las sociedades Enfermería lo plantean en términos de ahorro presupuestario, ya que al ser los BIC naranja más caros, deberían reservarse para los enfermeros ya que apenas escriben en las historias clínicas. Una vez más la AMSM, por su carácter multiconfesional, se desmarca, solicitando lapiceros para todos.

PROPONEN HOSPITAL MILITAR DE PYONG-PYANG COMO SEDE DE LAS PRÓXIMAS JORNADAS DE LA AMSM

Pedro Cuadrado y el presidente norcoreano Kim Il Jong cerraron un principio de acuerdo beneficioso para ambas partes.

Adolf Mussolini. Enviado especial. Pyong-Pyang. La Junta de la AMSM baraja celebrar sus próximas jornadas en el Hospital Militar de la capital norcoreana y a tal efecto los presidentes de la AMSM y de Corea del Norte, don Pedro Cuadrado y Kim Il Jong cerraron un principio de acuerdo por el cual el gobierno norcoreano cederá gratis sus instalaciones y la AMSM realizará una campaña a favor del derecho de Corea del Norte a la auto-defensa con misiles balísticos. “Ha habido sintonía” declaró el presidente de la AMSM, que pronosticó que esta nueva alianza antiimperialista dará muchos frutos y terminará con estériles polémicas sobre los bolígrafos BIC, pues allí ya se lleva escribiendo con lapiceros desde hace décadas.

PROTESTA FORMAL DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL POR FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL A SU EXPOSICIÓN DE AGUAFUERTES

El día de la inauguración coincidió con un curso avanzado de gestión sanitaria por sudokus.

Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid. La Directora de la Oficina Regional de coordinación en Salud Mental se ha cansado de lo que cree es una constante actitud de ninguneo hacía su figura. El colmo del asunto ha llegado cuando la Consejería ha programado un curso avanzado de gestión sanitaria por sudokus a cargo del profesor emérito Charles Ponzi Junior coincidiendo con la inauguración de su exposición de aguafuertes, un trabajo que venía recopilando desde hace un

año y que incluía su famosas series de grabados “Reuniones con pastelitos de Embassy”, “Eutanasia never more” y “Marbella”. Aunque la protesta formal ha seguido su curso, altos cargos de la Consejería aseguran que todo ha sido un mal entendido ya que el curso de gestión sanitaria se tuvo que adelantar por el inminente ingreso en prisión del Profesor Ponzi. El mismísimo Güemes se interesó por un aguafuerte titulado “secreto o pluma ibérica: una difícil decisión”.

EL DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES VISITA POR SORPRESA Y DISFRAZADO DE WINNIE DE POOH, VARIOS CENTROS DE SALUD MENTAL

La finalidad era tener un encuentro distendido y pasar desapercibido.

Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid. El Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid ha visitado acompañado del Coordinador del Plan de Salud Mental e Isabel Gemio varios Centros de Salud Mental disfrazados de Winnie de Pooh, Igor y Piglet respectivamente. Las vistas fueron realizadas por sorpresa y tenían la finalidad de conocer de una forma distendida el día a día de un Centro de Salud Mental. Disfrazados de esa guisa nadie les hubiera reconocido si no llega a ser porque en la sala de espera el Director General fue reconocido por un paisano de su pueblo y al Coordinador del Plan se le cayó un ejemplar de un libro de adiestramiento sobre perros. Los profesionales celebraron el encuentro y se congratularon de tener unos responsables tan dicharacheros. Al final se

repartieron ejemplares de una edición facsímil del todavía inédito libro del Director General “El bosque de los cien acres”.

CONFUSIÓN ENTRE LA POBLACIÓN POR LA NUEVA DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE DÍA DE LEGANÉS.

Las negociaciones para que las camas de rehabilitación se denominen “Lo Mónaco” no prosperan.

Feliciano Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid. El nuevo Centro de Día del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés ha cambiado unilateralmente su tradicional denominación pasando a llamarse a partir de ahora Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación (C.A.T.R.) conociéndose ya popularmente como “el catre”. Los pacientes se presentaban con pijama y orinal ya que esperaban que, con ese nombre, allí se iba a dormir la siesta. Algunos, incluso, llegaron a pensar que los programas informáticos de rehabilitación cognitiva eran técnicas hipnóticas avanzadas. El gerente del Instituto ha tenido que salir al paso de las acusaciones de pretender tener dormida a la población de enfermos mentales del Área 9, asegurando que “eso es cierto porque ya no existen las áreas sanitarias”. Alega que el cambio de nombre forma parte de la política de la Institución de deshacerse de todo vestigio del pasado. Fuentes cercanas a la Gerencia del Instituto aseguran que existía la intención de denominar a las camas de rehabilitación “Lo Mónaco”, pero las negociaciones con el grupo empresarial de colchones y canapés no prosperaron.”

NOTICIAS BREVE

Redacción del Panóptico. Madrid

- **El toner de los CSM lo repondrá una congregación de monjas clarisas catalanas.** Los cartuchos se fabricarán en Santa María del Pi y emitirán informes en catalán.
- **Temporalidad laboral: una psiquiatra denuncia que no le renuevan un contrato de seis meses por ser siete-mesina.** El Director General de Recursos Humanos niega las acusaciones de discriminación embrionaria.
- **Superagudo, Supercrónico y Superinestable abandonan forzosamente la Factoría Marvel- Hospitales y fichan por el programa “Subagudos” de Disney Channel.** Se espera que en el nuevo programa pierdan sus superpoderes mediante novedosos tratamientos biológicos, aunque algunos piensan que no se trata de un verdadero fichaje sino una cesión hasta que encuentren un lugar permanente.

- ***Un paciente con un primer episodio psicótico enloquece al recibir diez ofertas distintas de tratamiento. Los hospitales implicados niegan cualquier responsabilidad en la locura del paciente.***
- ***Mercado sanitario: el Hospital Rodríguez Lafora ofrece a los madrileños que quieran ingresar en sus instalaciones permisos para acudir la fiesta de San Canuto. En su afán por conseguir pacientes la inventiva de algunos gerentes no tiene límites. La oferta del Hospital Rodríguez Lafora de dar permisos de salida a sus clientes para acudir a la fiesta de San Canuto que se celebra anualmente en la Universidad Autónoma y en la que se ingieren grandes cantidades de sustancias estupefacientes ha sido rechazada por la Consejería al tratarse de una actividad ilegal.***

hemos leído

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Guillermo Lahera Forteza



Como es verdad que no todos los catalanes son tacaños y no todos los traumatólogos esconden una inconfesa vocación de leñador, algunos psiquiatras se interesan por la Rehabilitación Psicosocial. Son seres extraños, singulares, engañan por su apariencia y fácilmente pueden pasar desapercibidos (son como los Cronopios de Julio Cortázar, sólo que quemados por la profesión). Se les puede ver en los Centros de Salud Mental, serios, con un libro bajo el brazo (quizá un ejemplar de *Consilience: la unidad del conocimiento*, de Edward O. Wilson), preocupados por sus pacientes, deseosos de que aminore la lista de espera de su CRPS o Centro de Día y de que puedan acceder a ellos su reciente caso de trastorno psicótico incipiente o su hebefrenia metida en casa. Estos psiquiatras –cuya ideología política, ojo, es intrascendente para el caso, podría sorprendernos– creen firmemente en el beneficio que proporcionan los recursos psico-sociales para sus pacientes con trastorno mental grave, y leen con atención las novedades bibliográficas sobre *modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad*. A este psiquiatra, digamos, “amplio de miras” y cuyo peor insulto sería llamarle reduccionista, se le puede recomendar una revista: el boletín de la AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial).

En el último número de este boletín (nº 15, año 15, 2009), puede leer con sorpresa cómo la óptica de las narrativas ha aterrizado de lleno en este campo. Otro cliché a eliminar: “todos los psicólogos de los CRPS son cerrados cognitivo-conductuales”. Las fronteras entre la psicoterapia y la rehabilitación van a ser, finalmente, endebles. En dos artículos (Salamero et al, *Narrativas de Presentación* y Rodríguez Lizcano et al, *Taller de Narrativas en un CRPS*) se exponen modelos de análisis e intervención en las narrativas biográficas de personas que han avanzado en su proceso de recuperación. Partiendo de que la psicosis produce “una interrupción absoluta en el proceso de continuidad de la trama narrativa”, la intervención supone entonces un proceso en el que el paciente, a través de repetidas reconstrucciones, pueda “ir integrando estos elementos que son vividos como extraños a sí mismo”. En la misma revista encontramos una descripción de un programa de intervención precoz en psicosis (Rebolleda et al, *Intervención Precoz: Actuales necesidades detectadas desde un CRPS*) y un caso práctico de patología dual en un paciente sin hogar, abordado dentro del Plan de Atención Social a Personas con TMG. Acaba el número con una elegante y literaria reflexión de Mariano Hernández sobre la “habilitación” psicosocial y el proyecto Chamberlin.

La lectura del boletín resulta saludable para el psiquiatra inundado de neurotransmisores, polimorfismos genéticos y transductores de membrana. Amplía el marco de análisis, fomenta una mirada más socio-familiar del síntoma y favorece que en las reuniones de equipo del Programa de Seguimiento o *Case Management* se hable el mismo idioma. Me atrevo, sin embargo, a señalar una pega, a riesgo de que alguien me pregunte quién me dio vela en este entierro: la metodología de investigación. En la

avalancha actual de información científica se ha hecho necesaria la jerarquización, basada en las pruebas o estudios de investigación, del nivel de *evidencia clínica*. De esta forma, no haremos el mismo caso a lo que nos diga un metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (nivel 1a) que un solo ensayo clínico sin aleatorizar (nivel 2a) que un estudio descriptivo (nivel 3) que, finalmente, una serie de casos, una opinión de expertos o simplemente una comunicación clínica (nivel 4). En el campo de la Rehabilitación psico-social parece permanecer la tendencia (existente también en la Psiquiatría pero fuertemente corregida en los últimos años) a la revisión bibliográfica (narrativa, no sistemática) y a la descripción “voluntarista” de las intervenciones, sin una auténtica “puesta a prueba” experimental. El paciente psiquiátrico necesita el desarrollo de diseños de investigación óptimos que prueben la efectividad de las diversas intervenciones rehabilitadoras y comunitarias. Si ello ocurriera, la “fe” en la Rehabilitación Psicosocial dejaría de ser tal. Ninguno de nosotros aceptaríamos que los pacientes tomaran una medicación que no ha mostrado eficacia, que no aporte algo específico respecto a lo ya existente, que sea esponsorizada por el laboratorio que lo fabrica —encima con ladinas maniobras de *marketing*—... Bueno, la misma actitud de exigencia debe tenerse en la valoración de las intervenciones psico-sociales: exigir buenos diseños, transparencia, sistematicidad, independencia (cuántas veces el autor de una terapia prueba, seguro, seguro, que es excelente...), rigor y, en definitiva, credibilidad. Si se diera ese paso, ese salto cualitativo hacia una Rehabilitación Psico-social basada en pruebas o en evidencias, el interesante boletín de la AMRP quizá fuera entonces leído por todos los psiquiatras, incluyendo los “cerrados de miras”.

NEOLIBERALISMO Y POLÍTICAS DE SALUD.

Autor: Rafael Huertas García-Alejo.

Editorial: Montesinos.

Alejandro Bello



Ante el cadáver de nuestra sanidad pública, cual viuda que vela cinco horas en soledad el cadáver de difunto, lo hemos releído, diez años y pico después.

En épocas de pérdidas significativas, uno recurre a sus textos sagrados en pos de incrementar su capacidad de análisis y respuesta. En este caso, con el afán de encontrar entre líneas las respuestas que el texto no ofreció en su momento. No porque no haya respuestas suficientes en la obra sino porque en el intento de comprender lo incomprensible la mente busca vericuetos varios... para terminar encontrando una autovía muy bien señalizada: quien creyó que el camino iba a ser otro, se engañó. Quien lo dijo, o también se engañó o nos quiso engañar. Cualquiera que fantasee con que pueden coexistir un sistema económico y social determinado con un subsistema sanitario distante u opuesto a aquel, según el autor, tendrá que revisar su visión del Mundo.

Rafael Huertas comienza su obra sobre la salud hablando de economía. Como ahora se puede utilizar, diremos que habla de “Capitalismo”. Y de su estrecha relación con el área única, con la falaz libre elección de médico y la contención del gasto farmacéutico. Paso por paso, las predicciones más negativas sobre la privatización se han cumplido. El camino estaba trazado, afirma Rafael Huertas, desde los Informes de Banco Mundial de 1987 y 1993.

De especial interés resultan los diferentes mecanismos que el autor señala como las claves de la exclusión de alternativas anticapitalistas. Analiza las diferentes vías por las que la narrativa dominante queda herméticamente sellada, desde lo estructural, lo ideológico y, cómo no, lo directamente represivo. Afronta con claridad el reto de proponer alternativas (¡parece ser que las hay!) y no le tiembla el pulso cuando escribe:

“En la medida en que elementos extrasanitarios (desempleo, inseguridad, competitividad, explotación, desigual acceso a la riqueza, deterioro del medio ambiente...) constituyan constelaciones de factores de riesgo que generen problemas de salud y el ejecutor de la respuesta sea el subsistema de salud de forma aislada, el marco referencial de éste seguirá siendo la enfermedad y, por tanto, la orientación del sistema de cuidados esencialmente curativa.”

hem s estado...

JORNADAS EUROPEAS DE GRUPO MULTIFAMILIAR

“La dimensión individual, familiar y social de la mente”. (18, 19 y 20 de Junio de 2009. Universidad de Deusto. Bilbao. España)

Ángel Lucas y José Morales

De forma extensa aunque en el marco de nuestra práctica profesional, los grupos multifamiliares son aquellos en los que participan varias familias relacionadas de algún modo con la enfermedad mental. Esto incluiría los grupos que se realizan con los familiares del paciente designado, sin incluir al mismo. Sin embargo, desde el punto de vista de las bases teóricas y vivenciales a las que se hizo referencia a lo largo de estas jornadas, se habló principalmente del grupo multifamiliar como aquel abierto a varias familias en el que están invitados cualquiera de los miembros de la familia (padres, hermanos, hijos, parejas...) incluyendo además al paciente designado.

En el momento actual se vienen desarrollando grupos multifamiliares de estas características en distintas instituciones y servicios de salud mental, tanto públicos como privados, en distintos países (Argentina, Uruguay, Italia, España...), en lo que parece un momento de expansión de estos grupos en cuanto a su número y la confirmación de su utilidad como herramienta terapéutica en el abordaje de la enfermedad mental grave.

En este contexto, se organizaron estas jornadas con el objetivo de reunir a los profesionales que trabajan en este campo, y a quienes estuvieran interesados, para intercambiar experiencias, avanzar en los conocimientos teóricos y aumentar la difusión de este recurso que viene demostrando su eficacia terapéutica y preventiva.

Las jornadas estuvieron marcadas por la ausencia del homenajeado Dr. Jorge E. García Badaracco, que creó y desarrolló el concepto de Psicoanálisis Multifamiliar, principal base teórica que subyace en los grupos que desarrolla en Buenos Aires desde hace más de 50 años y en los que posteriormente han ido apareciendo por el resto del mundo. Excusó su asistencia por motivos personales, pocos días antes del inicio de las jornadas, pero estuvo presente traído por la mayoría de las intervenciones, al ser una de las principales referencias teóricas para la gran parte de los conductores de grupos multifamiliares que se dieron cita en Bilbao, muchos de los cuales han presenciado además de forma vivencial sus grupos.

El presidente del comité organizador, Norberto Mascaró, y una de las principales colaboradoras del Dr. García. Badaracco, María Elisa Mitre, hicieron lectura de la conferencia inaugural escrita por Badaracco. En ella destacó el acento que puso en los aspectos sociales y relacionales tanto en la génesis como en el proceso terapéutico de la enfermedad mental, y en consecuencia la idoneidad para su abordaje en el grupo grande que es el grupo multifamiliar, como lugar de representación en miniatura de la trama social.

También hubo acento argentino en la segunda conferencia de las jornadas, por parte del licenciado Eduardo Mandelbaum, que expuso un detallado y riguroso trabajo teórico acerca del concepto de “intervención” desde la práctica del psicoanálisis multifami-

liar y los distintos tipos de intervenciones en el seno del grupo multifamiliar.

Aunque se trataba de unas jornadas europeas, hubo más representación latinoamericana en las distintas mesas, al ser invitados varios profesionales argentinos y uruguayos que han mantenido estrecha colaboración profesional y personal con el Dr. García. Badaracco. Expusieron su experiencia con el Psicoanálisis Multifamiliar en Buenos Aires, María Elisa Mitre, a través de un ejemplo clínico de un caso pensado y abordado desde esta concepción, y Eva Rotenberg, que habló de una “escuela para padres”. La representación uruguaya, a través de Julio Lindner, Eva Palleiro y M^a Cristina Fulco, compartió su experiencia de trabajo desde el Psicoanálisis Multifamiliar en un Hospital de Montevideo. Especialmente las dos últimas se hicieron particularmente presentes en las jornadas, con algunas disertaciones en los turnos de preguntas que llegaron a generar algunos susurros y tema de conversación entre los asistentes en los descansos.

Ya desde tierras europeas, compartieron su experiencia con los grupos multifamiliares María Joao Centeno, que habló de la experiencia portuguesa en un Hospital de Día de Lisboa, y la amplia representación italiana que trabaja en Roma con grupos multifamiliares: Fiorella Ceppi, Luciana De Franco, Silvia Conti, Rosa M^a Scalise, Federico Russo, y Andrea Narraci, que impartió la tercera conferencia de las jornadas, con un trabajo serio en el que articulaba los principales conceptos del Psicoanálisis Multifamiliar con su aplicación en su medio y unas reflexiones más cercanas a nuestra práctica asistencial.

Compartieron también su experiencia de conducción de grupos multifamiliares, desde Bilbao, Andrea Ruiz de Eguino, Claudio Maruottolo, Jose M^a Ayerra, Maribel Blajakis y Jose Luis López Atienza, los dos últimos además apoyados por fragmentos de una grabación de un grupo multifamiliar en su clínica. También desde Bilbao, Juan Mendivil expuso un trabajo sobre la aplicación en una escuela del modelo del Grupo Multifamiliar con un grupo de padres de alumnos, y Roberto Pereira, ya algo más apartado de la concepción teórica del Psicoanálisis Multifamiliar propiamente dicho, habló sobre “entrenamiento de grupos de padres en Resistencia No Violenta”.

Hubo además representación de otros grupos multifamiliares que vienen desarrollándose actualmente en España, por parte de Javier Sempere en Elche (Alicante), Manuel Martínez García de

Castro en Vélez-Málaga (Málaga), Jesús Salomón en Marbella (Málaga), y Esther García de Bustamante y Fernando Burguillo en Madrid. Mención especial por su seriedad y proximidad a nuestro ámbito, las interesantes participaciones de los dos últimos. En Madrid, y concretamente en las (hasta ahora) áreas sanitarias IX y X de la Comunidad, se vienen desarrollando varios grupos multifamiliares en los últimos años. Esther García de Bustamante aportó un trabajo, fruto de una reflexión grupal, en el que se abordaban algunos aspectos técnicos y diferenciales de los distintos grupos multifamiliares llevados a cabo en diferentes dispositivos de la red pública de Salud Mental en Getafe, Parla y Leganés. Por otra parte, Fernando Burguillo expuso un trabajo de reflexión más personal sobre aspectos teóricos y acerca de su experiencia en la conducción de grupos multifamiliares en Parla.

También hubo tiempo en las jornadas para la exposición de material audiovisual, por un lado por parte de Rubén de Pedro Ullate con un documental sobre un proyecto de inserción social a través del arte, y su visión bajo el prisma del Psicoanálisis Multifamiliar; y otro por parte de la “delegación italiana”, que era más bien un regalo-homenaje para el Dr. Badaracco con mención especial a su esposa fallecida hace menos de un año. Este último vídeo, tremendamente emocionante, hizo arrancar algunas lágrimas en el auditorio y por solicitud de muchos de los asistentes, fue nuevamente proyectado el día de clausura de las jornadas.

El broche de oro para el cierre de las jornadas, lo puso el encuentro que se organizó entre pacientes, familiares y profesionales de los grupos multifamiliares, que como allí mismo se dijo fue una buena “demo” de lo que se trata un Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. La excesiva presencia de terapeutas no logró evitar que se dieran situaciones de un intenso clima emocional, y que se apreciara “in situ” la tremenda potencialidad terapéutica de estos grupos. Incluso la reunión post-grupo ayudó no sólo a hacer una lectura de cierre-resumen de este grupo, sino de la totalidad de las jornadas. Allí se pudo poner palabras al pesar por la destacada ausencia de Badaracco, principal figura del Psicoanálisis Multifamiliar, que quizás en ocasiones intentó ser sobrecompensada. En cualquier caso, también quedó patente en estas jornadas la importante presencia de grupos multifamiliares en marcha en Europa, así como la conveniencia de intentar dar un énfasis mayor a la comprensión y difusión de los fenómenos grupales y así complementar las aportaciones del Psicoanálisis Multifamiliar propiamente dicho.

