

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

Tiempos duros, tiempos de lucha.
Junta de Gobierno de la AMSM

COLABORACIONES [pág. 4]

Derechos Humanos y salud mental.
¿Dónde estamos los profesionales?
Ana Moreno Pérez

Los profesionales de salud mental
ante la historia clínica electrónica.
Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto

Escisión y reconstrucción.
El lugar de la psiquiatría
en la política del presente.
Álvaro Múzquiz Jiménez

El equipo terapéutico
en patologías mentales graves.
María del Pilar Nieto Degregori

A propósito de los cambios organizativos
de los Centros de Salud Mental (CSM)
de la Comunidad de Madrid.
Antonio Espino Granado

HEMOS LEÍDO... [pág. 37]

Mariano Hernández Monsalve

PANÓPTICO [pág. 41]



AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 34 **PRIMAVERA** año **2012**

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

JUNTA DIRECTIVA 2011-2014
DE LA ASOCIACION
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTES

Miguel Donas Hernández

M^a Luz Ibáñez Indurria

SECRETARIA

Agustina Crespo Valencia

TESORERO

Ángel Luis Lucas Sanz

VOCAL DE PUBLICACIONES

José Morales Zamorano

VOCALES

María Alonso Suárez

Mariano Hernández Monsalve

Eva Muñiz Giner

Alberto Ortiz Lobo

Editorial

TIEMPOS DUROS, TIEMPOS DE LUCHA.



Fuente: mats-madrid.com

La situación
de la Sanidad madrileña
en su conjunto,
y la Salud Mental
en particular,
viene condicionada
por esta situación:
recortes, privatizaciones
y re(des)organización
asistencial

Al inicio de la crisis financiera parecía que ya no había lugar para el engaño. Como en el cuento del rey desnudo las políticas neoliberales nos mostraba sus vergüenzas y ya no había motivo para callar lo que se veía. Sin embargo, las explicaciones que tratan de imponernos los mismos que originaron la crisis para justificar las injustas medidas de ajuste y austeridad son también relatos engañosos. Dicen que vivíamos en una fiesta, pero sería la de ellos. Olvidan estas explicaciones que fueron los abusos de las entidades financieras, la política de la construcción y los políticos de la construcción los que generaron la deuda que ahora tenemos que pagar los ciudadanos con prioridad absoluta, como bien dice ya nuestra constitución. Culpabilizan a los sistemas de protección social, a los empleados y servicios públicos, a los derechos laborales, a las prestaciones de desempleo, a los pacientes, a los pensionistas, a los inmigrantes sin papeles, a la universalidad de la educación y la sanidad de ser la causa del déficit público mientras perdonan a los evasores fiscales y salvan a los banqueros. Las medidas de austeridad para controlar el déficit público, los recortes, tomadas por los sucesivos gobiernos no solo parten de un engaño inmoral sino que los fines que persiguen son un engaño en sí mismos. No son medidas contra la crisis, no se trata de un esfuerzo transitorio. Se trata de medidas que atacan los pilares básicos del modelo social hasta ahora conseguido: la universalidad y la equidad. Los derechos sociales, no solo la educación, pensiones y sanidad, sino los mismos derechos laborales tienen que restringirse, hacerse selectivos entre los que disponen de ellos. Este es el espíritu del Real Decreto aprobado por el gobierno bajo el eufemismo de *“medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”*. Se trata de terminar con la universalidad de las prestaciones, de estratificar el acceso a las mismas, de redefinir a la baja la cartera de servicios. Marcan un horizonte en el que las familias asumirán mayores costes económicos de sus gastos sanitarios. No son medidas anticrisis son un expolio de los bienes comunes y de los derechos conquistados. Conviene recordar que ya en 1994 el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios impulsado por la Organización Mundial del Comercio apostaba por la liberalización (reducción/eliminación de regulaciones con el fin de fomentar el comercio) del sector servicios, en el que se encuentran actividades tales como la sanidad, la educación, la protección social, los transportes públicos o el agua, mercantilizando por tanto servicios públicos esenciales. Hace mucho tiempo que quieren cambiar el modelo y han encontrado la justificación. El objetivo final es dar un nuevo significado al término universalidad recortando prestaciones y en nombre de “la libertad” dar paso a los seguros privados. Se acelera así la desigualdad en materia sanitaria, caminado hacia una atención sanitaria de varias velocidades en función de los niveles de renta.

La situación de la Sanidad madrileña en su conjunto, y la Salud Mental en particular, viene condicionada por esta situación: recortes, privatizaciones y re(des)organización asistencial. Los recortes en realidad no son nuevos. Desde la finalización del anterior Plan de Salud Mental, la inversión ha sido prácticamente inexistente. Las plantillas de los profesionales de los Centros de Salud Mental no han crecido desde hace varios años, pese al incremento constante de la demanda y de la sobrecarga de las agendas. Especialmente grave es la situación de los profesionales que trabajan en los programas de continuidad de cuidados (trabajadores sociales y personal

Se ha apostado
por un modelo hospitalario,
tecnológico, consumista,
a través del cual
se organiza la inversión
asistencial, olvidando la atención
cercana y las necesidades
de cuidados de enfermos
crónicos y sus familias

de enfermería) que se mantiene en los mismos números de hace casi una década. Además desde hace tiempo las plantillas de profesionales se venían preparando para ser recortadas. Tras la convocatoria de las oposiciones de facultativos se ha creado una dualidad en los equipos entre el personal fijo y el personal eventual (que supone entre un 20 al 30% de los contratos). El personal eventual está ocupando plazas estructurales que antes se convertían en interinidades. Actualmente estos profesionales viven en la incertidumbre sobre la duración de sus contratos, hoy tres meses, mañana seis y en diciembre ya se verá. Están en situación de despido permanente. A esto cabe añadir la pérdida del poder adquisitivo que los profesionales venimos sufriendo en los últimos años bien sea con la bajada de sueldo o con el incremento de la jornada laboral y la ausencia de perspectivas para los profesionales que terminan la residencia. Todo ello jalonado de un discurso socarrón y demagógico sobre la productividad de los empleados públicos, que pretende minar nuestra moral y desmovilizarnos. La Red de Rehabilitación también ha frenado su crecimiento y las consecuencias ya se empiezan a ver con un aumento en el tiempo de espera de los pacientes para acceder a los recursos y la sobrecarga de las familias. De momento se da por bueno que simplemente se haya rebajado un 5% el presupuesto asignado a cada centro y aumentado en un 5% la capacidad de atención. Que se hayan salvado los muebles no esconde la fragilidad en que también se encuentra la Red de Rehabilitación a expensas de si la Consejería de Familia y Asuntos Sociales decide también establecer algún tipo de copago al no considerarse un servicio sanitario básico y poder entrar en el circuito de la Ley de Dependencia.

El otro camino hacia los recortes es el proceso de privatización de la Red de Salud Mental. Si el año pasado el CSM de Moncloa pasó a ser gestionado por CAPIO este año les toca a los CSM de Navacarnero, Torrejón, Arganzuela y Collado-Villalba. La privatización de estos centros supone romper los vínculos de los pacientes y las familias con los equipos que los atendían y con la incertidumbre del proyecto asistencial que se va a desarrollar, del que poco sabemos, mucho imaginamos y todo nos tememos. Supone además una agresión a los profesionales de estos equipos, que de la noche a la mañana serán reubicados o cesaran sus contratos. Pero no se trata solo de estas privatizaciones efectuadas y previstas, sino que todo el sistema sanitario madrileño se está metiendo en una lógica de mercado. La ley 15/97, la LOSCAM con la separación de financiador y provisor, el Área Única y la Libre Elección son el marco normativo. En esa lógica el motor del sistema no es la solidaridad y responsabilidad sobre una población sino la competencia y la selección de pacientes adaptados a la oferta. La planificación sobre necesidades de salud desaparece y el sistema pasa a gobernarse por la oferta asistencial y la demanda. Los indicadores de salud se sustituyen por el fetichismo de los indicadores asistenciales (que dicen poco de los objetivos de salud) y el prestigio local de los profesionales se sustituye por el marketing y el estrellato sanitario. Es un terreno donde las empresarias sanitarias privadas se mueven como pez en el agua y donde se halla perdido todo el sistema. Se ha apostado por un modelo hospitalario, tecnológico, consumista, a través del cual se organiza la inversión asistencial, olvidando la atención cercana y las necesidades de cuidados de enfermos crónicos y sus familias. Es un modelo irracional y costoso para un sistema de salud público, pero una oportunidad para los intereses privados, que en último término se deben a sus accionistas. La sanidad madrileña se está descapitalizando en recursos materiales y humanos pasando a

manos privadas y además se está hipotecando con bancos, constructoras y empresas sanitarias a las que tendremos que pagar durante décadas intereses en concepto de alquileres de hospitales y cánones por la asistencia.

En este panorama el modelo de Salud Mental que tenía como objeto la creación de una red de servicios coordinados capaz de dar una respuesta integrada a las complejas necesidades de las personas con enfermedad mental continúa desmantelándose, como venimos denunciando en los últimos editoriales. Desaparecida la Oficina de Salud Mental como autoridad pla-

nificadora, cada gerencia hospitalaria impone en su zona de referencia el modelo que crea oportuno. Los principios de los programas de continuidad de cuidados (polivalencia e interdependencia de los dispositivos, cuidados longitudinales personalizados e intensivos, accesibilidad, trabajo multidisciplinar, etc), paradigma del trabajo en una red compleja, son invisibles para las gerencias e indicadores. Imponer un modelo vertical de consulta externa tipo hospitalaria, basado en el diagnóstico y la resolución rápida, a los problemas de salud mental implica un desconocimiento profundo de la complejidad de las intervenciones y de los equipos. Los resultados de la integración en las gerencias hospitalarias están siendo, salvo excepciones, contraproducentes para la red de salud mental.

Tenemos que aportar
nuestro esfuerzo
en las movilizaciones en defensa
de los derechos conquistados,
contra los recortes
y las privatizaciones

Las personas con enfermedad mental y sus familias, especialmente aquellas de clases económicas más vulnerables (que suelen ser la que soportan más carga de enfermedad) van a sufrir especialmente los nuevos recortes, igual que sufren más la crisis o sufrirán más la reforma laboral. El máximo exponente de esta violencia es la limitación del acceso a las prestaciones que sufrirán los inmigrantes indocumentados con enfermedad mental que, desposeídos doblemente de su condición de personas, transitarán por las urgencias y las unidades de agudos sin poder acceder a la continuidad asistencial de los CSM o del equipo de calle. Los sin papeles se convierten una vez más en chivo expiatorio del sistema y en una categoría ejemplarizante donde puedan reflejarse con miedo otros grupos diana de ser excluidos (desempleados de larga duración, enfermos mentales mayores de 26 años incluidos en las tarjetas sanitarias de sus padres, etc.).

Como profesionales no nos podemos resignar. Está en juego el Estado Social y de Derecho, el Sistema Nacional de Salud, el modelo de salud mental comunitaria, el empleo y los derechos laborales. Está en juego la democracia. Tenemos que aportar nuestro esfuerzo en las movilizaciones en defensa de los derechos conquistados, contra los recortes y las privatizaciones. Son tiempos duros, tiempos de lucha. Y ahí tenemos que estar.

Junta de la AMSM.

colaboraciones

DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL. ¿DÓNDE ESTAMOS LOS PROFESIONALES?

Ana Moreno Pérez

Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Alcalá de Henares. Madrid

La forma de tratamiento []
en los manicomios [], ha supuesto la
muerte social, la negación
de la palabra si no es como expresión
de psicopatología, la segregación
del resto de la sociedad

***“Del otro lado de la reja está la realidad, de este lado de la reja
también está la realidad; la única irreal es la reja...”***

Paco Urondo,

Cárcel de Villa Devoto, abril de 1973

Los profesionales de Salud Mental, los profesionales de la medicina en general, venimos de una tradición que no facilita inicialmente la toma en cuenta de los derechos de las personas a las que atendemos. La beneficencia, la tradición paternalista, asumía que la enfermedad producía un desajuste físico, psíquico y moral que el médico, desde su saber, debía corregir. El médico, guiado por el principio de la beneficencia, sería el encargado de restablecer el orden, para lo cual el paciente debería obedecerle en todo, en tanto que médico-filósofo, técnico y científico. La enfermedad no sólo alteraría el equilibrio corporal del hombre, sino también el psíquico y moral, impidiendo al paciente tomar decisiones prudentes. La labor del médico, por tanto, sería tratar al paciente como un padre a un niño pequeño y la del paciente, obedecer. La forma de tratamiento de las personas afectadas de enfermedad mental ha residido durante mucho tiempo (aun hoy en gran parte del mundo lo es y no ha desaparecido en nuestro país) en los manicomios. Para las personas allí ingresadas, ha supuesto la muerte social, la negación de la palabra si no es como expresión de psicopatología, la segregación del resto de la sociedad.

Sin embargo, esta no es la única tradición de la que venimos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el desarrollo del Estado del bienestar, la promulgación de la Ley General de Sanidad, la reforma psiquiátrica, el consentimiento informado y el desarrollo de la Psiquiatría comunitaria, nos pone a todos, pacientes y profesionales, en un lugar diferente, un lugar que sitúa la recuperación de la autonomía como objetivo de toda intervención sanitaria.

Si estos son los antecedentes más cercanos en el tiempo, también en la situación actual encontramos esta doble vertiente que tensa la relación entre la defensa de los derechos y la conculcación de los mismos. Al mismo tiempo que nos hallamos inmersos en una crisis (económica, social, política, de valores?) que pone en riesgo derechos conquistados tras la segunda Guerra Mundial, tenemos noticias de la Primavera Árabe, un movimiento esperanzador que se ha extendido por Oriente exigiendo libertad y derechos. Al mismo tiempo que las políticas ultraliberales de nuestra comunidad (ahora también del gobierno central) ponen en riesgo el estado del bienestar, movimientos sociales como el 15 M nos hablan de una sociedad civil que no está dispuesta, no al menos sin dar la batalla, a que se pisoteen los logros conseguidos, a que haya un retroceso en los derechos ciudadanos.

¿De qué hablamos cuando hablamos de derechos, cuando hablamos de derechos en Salud Mental?. Si repasamos algunos de los que figuran en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y revisamos algunas de las situaciones que viven las personas afectadas de enfermedad mental a lo largo de su proceso de tratamiento y a lo largo de su vida, entendemos mejor la urgencia con la que colectivos de pacientes, familiares y profesionales exigen su cumplimiento:

Art.1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

*Art 2. Toda persona tiene todos los **derechos y libertades** proclamados en esta Declaración, **sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.***

*Art 5. **Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.***

*Art 7. Todos son **iguales ante la ley** y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.*

*Art 12. **Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.***

*Art. 25. 1. Toda persona tiene derecho a **un nivel de vida adecuado** que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial **la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios**; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

B Saraceno define como brechas la distancia existente entre el conocimiento y las estrategias efectivas para la atención de los problemas relacionados con la salud mental y su implementación real en la práctica a escala suficiente, señalando que estas

brechas son múltiples y variadas . También la responsabilidad sobre la existencia de estas brechas se sitúa a distintos niveles: no es posible eludir la responsabilidad de la administración en la brecha entre los recursos que han demostrado eficiencia y los servicios que se implementan, la falta de recursos, la no orientación de los mismos hacia la recuperación, la falta de control sobre el cumplimiento de derechos, la falta de oportunidades... En una revisión realizada en este mismo boletín , A Torras repasa la legislación aplicable en materia de derechos y salud mental en nuestro país (legislación internacional de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud, de la Unión Europea y legislación nacional), alguna de obligado cumplimiento así como su incumplimiento.

Otra de las causas que origina esa dificultad para el acceso a tratamientos eficaces reside en el estigma. López et al , estudiando los componentes del estigma, definen estereotipos como el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo, prejuicios, como predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas y discriminación como propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

Contra lo que podría pensarse, los profesionales no somos ajenos a la estigmatización de los pacientes, por tanto, a la contribución a que se limiten sus posibilidades de recuperación y autonomía. Los estereotipos y el estigma asociado con los trastornos mentales son los principales obstáculos para el tratamiento, señala Jakowska, los pacientes que sufren de esquizofrenia y sus familias con frecuencia han experimentado rechazo social y exclusión, no sólo del público en general, sino también de profesionales de la salud mental . Según otros estudios, el mejor conocimiento de los profesionales de la salud mental y el apoyo de los derechos individuales no implica menos estereotipos ni mayor disposición para colaborar estrechamente con los enfermos mentales . Y aún más, Lauber et al señalan que en comparación con la población general, los profesionales de salud mental tienen estereotipos respecto a las personas con enfermedad mental no siempre menos negativos que la población general especialmente en cuanto a “disturbios sociales”, “peligrosidad”, “normal y saludable”,

“destrezas” y “simpatía”. Los estereotipos sobre las personas con enfermedad mental se ven influidos por la experiencia profesional y sólo ligeramente afectados por género, edad, lugar de trabajo, horas de trabajo semanales o años de experiencia profesional. Los profesionales de salud mental, concluyen, deben mejorar sus actitudes hacia las personas con enfermedad mental de diferentes maneras, por ejemplo, mejorar su formación profesional o la calidad de los contactos profesionales, o supervisión regular para prevenir el agotamiento profesional. ¿Es cierto todo esto, es aplicable a nuestro medio, a la práctica habitual, es aplicable a nosotros?

La actitud de los profesionales incide directamente en las oportunidades de los pacientes. Algunas de las prácticas habituales merecen una reflexión:

- El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes visita, entre otros centros de detención, los hospitales psiquiátricos. Quizá porque las condiciones en las que se trabaja (aislamiento, falta de testigos...) son comunes a otros lugares en los que los trabajadores pueden/podemos convertirse/convertirnos en perpetradores de violencia.
- Continuamos utilizando la contención mecánica (bajo distintos eufemismos) como “medida terapéutica” y tenemos protocolos que posiblemente nos dejan tranquilos a la hora de aplicarla, cuando, posiblemente, no esconde otra cosa que el fracaso en la relación de ayuda y la falta de herramientas para abordar situaciones extremadamente complejas en condiciones respetuosas con los derechos de los pacientes.
- El recurso al ingreso involuntario, perfectamente legal y sometido a tutela judicial, en ocasiones es una forma de imponer un tratamiento sin que se hayan explorado hasta el límite compatible con el cuidado de la persona y su entorno la posibilidad de abordajes más complejos pero también más respetuosos.
- En un lugar cercano se inscribirían las propuestas siempre presentes sobre el tratamiento ambulatorio involuntario, recurrir a la obligación judicial de recibir tratamiento (¿qué tratamiento se puede obligar además de una medicación inyectable?, ¿qué relación terapéutica se construye con esta forma de violentar a la persona?, ¿qué idea del sujeto subyace a esta práctica?), sin que medie acción delictiva, en un sujeto que padece una enfermedad. FEAFES, en la Propuesta de Intervención Terapéutica, Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario de 2009 aboga por que “cada persona diagnosticada con una enfermedad

mental tenga garantías de un tratamiento integral adecuado, es decir, que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo y reivindicando el centro/unidad de salud mental comunitaria como estructura básica de atención. Dicho centro/unidad de salud mental comunitaria deberá contar con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo. Ello evitaría cualquier posibilidad de tratamiento ambulatorio involuntario”.

- Incluso en lugares en los que la reforma psiquiátrica ha tenido un mayor recorrido, podemos preguntarnos quién decide qué intervenciones, hasta cuándo, con qué medios, para lograr qué. Cuando hablamos de rehabilitación no siempre se cuenta con la idea de la persona afectada sobre su proyecto vital. Así, rehabilitarse es adecuarse a lo que hace la mayoría, a lo que entendemos —nosotros, clase media acomodada— por normalidad. En ocasiones, las personas afectadas de enfermedad mental cuestionan esta mirada que puede suponer una barrera más, una barrera importante, en su proceso de recuperación.
- ¿Existe el derecho a rechazar el tratamiento y asumir las consecuencias? La posibilidad de rechazar el tratamiento está recogida en la Ley General de Sanidad (art 10, punto 9) y en los artículos 2, 9 y 21 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y no excluye explícitamente a las personas afectadas de enfermedad mental de esta posibilidad. Sin embargo, somos los profesionales los que raramente nos planteamos este derecho cuando un paciente rechaza una opción terapéutica, en lugar de recurrir a la involuntariedad. En ocasiones, la enfermedad mental produce limitaciones en la capacidad para la toma de decisiones. Esta limitación en la capacidad condiciona la posibilidad de rechazar el tratamiento pero no en todos los casos. Existe un amplio desarrollo de las instrucciones previas aplicadas en situaciones de enfermedad mental, esperanzador en cuanto a la ayuda en la toma de decisiones y el respeto a los valores de la persona.
- En algunos foros de usuarios se plantea la cuestión de la inimputabilidad. Que una persona cometa un acto delictivo que se califica como inimputable cuando está claramente relacionado con una enfermedad mental, les cuesta la ciudadanía para toda la vida a todas las personas afectadas de enfermedad mental.

La vulneración de derechos de las personas afectadas de enfermedad mental es un hecho demasiado frecuente y, en ocasiones, los profesionales somos partícipes de ello. Además de acciones de conocimiento, defensa y denuncia, cambios en nuestra actitud pueden contribuir a un trato más humano, es decir, más complejo pero más enriquecedor. La normalidad no deja de ser la construcción que cada cual hace con lo que tiene, en un proceso para el que necesita de los otros y que le permite ser un ser en relación. Y nuestro trabajo, el de ayudar a alguien con sus valores y creencias a recuperar su autonomía, a lo largo de un proceso que cambia a lo largo del tiempo histórico y biográfico entre la protección y el cuidado y el estímulo de la autonomía.



Fuente: feafes.org

BIBLIOGRAFÍA

- Se puede ver la Declaración Universal de los Derechos Humanos, un texto que todos deberíamos conocer, en: http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CP_KoaDE-K4CFQ1JfAod-mBRvg
- Redacción Átopos. Entrevista a Benedetto Saraceno. *Átopos*, Junio 2011 (11): 73-84.
- Andrés Torras García. *Derechos humanos y salud mental. Todavía hay mucho que hacer: defendernos*. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Otoño 2011, 19-24. Puede consultarse en: <http://amsmblogfiles.wordpress.com/2012/01/boletin-otoc3b1o-20112.pdf>
- Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio. *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83.
- Jackowska E. *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia—a survey of studies and psychological mechanisms*. Psychiatr Pol. 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.
- C Nordt, W Rössler, C Lauber. *Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression*. Schizophr Bull. 2006 October; 32(4): 709-714.
- WLauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. *Do mental health professionals stigmatize their patients?* Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;(429):51-9.
- Para una información más detallada pueden visitarse en la web de la AEN www.aen.es los recientes posicionamientos argumentados en contra de esta medida, tanto de la Asociación Española de Neuropsiquiatría como de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
- FEAFES. Propuesta de intervención terapéutica, Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). 2009. <http://www.feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf>
- Ley General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986, páginas 15207 a 15224. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Puede visitarse una amplia selección de bibliografía en la web del National Resource Center on Psychiatric Advance Directives <http://www.nrc-pad.org/content/blogsection/9/50/>
- Raul Velasco. *Comunicación en las III Jornadas de la sección de Derechos Humanos de la AEN*. Bilbao, 20-22 de octubre de 2011.

LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Sara Terán Sedano¹. Paloma Ortiz Soto²

1) Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Arganda. Programa Infanto-Juvenil. Madrid

2) Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Retiro. Programa Infanto-Juvenil. Madrid



Fuente: educablogs.org

La informatización de las historias clínicas ha puesto sobre la mesa el tema de qué escribimos sobre cada paciente y cómo. El aspecto de qué datos ha de incluir la historia clínica está definido en el artículo 15 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud¹. Esta regularización legal de la recogida de datos quizás es suficiente para otras especialidades, pero la salud mental tiene unos aspectos diferenciales que quedaban hasta el momento a criterio de cada profesional.

Como en todas las especialidades médicas, en salud mental, aquello que escribimos depende sin duda de lo escuchado y observado en la consulta. Pero, en este campo, las diferencias entre las distintas orientaciones teóricas determinan tanto lo que percibimos como lo que registramos por escrito. Algunas orientaciones teóricas prestan más atención a la modalidad de la escucha, por ejemplo diferenciando conceptos como el contenido latente/manifiesto del discurso, o considerando los aspectos transferenciales y contratransferenciales. De aquí podemos deducir que algunos profesionales sientan que su trabajo está más comprometido con este cambio que otros.

Además de lo anterior, surge el tema de la identidad de cada profesional como otro factor determinante de la escucha. Siguiendo aquí a Juan Francisco Rodríguez, este autor señala la importancia de considerar cuál es nuestra tarea "... curar a nuestros pacientes, o bien interpretarles, hacerles más felices, o aportarles conocimiento o hacerles más autónomos, ya que, aunque no lo hagamos explícito con el paciente, ese es el compromiso que nosotros, internamente, adquirimos con él"². Como terapeutas, vamos a escuchar e interpretar los datos aportados por el paciente en función de este marco invisible, cuyos límites vienen dados por nuestras concepciones acerca de la mente que estamos investigando y por las metas que nos hemos propuesto. Asimismo, el contexto en el que se ve al paciente determina la modalidad y la capacidad de escucha. En el contexto ambulatorio, las dificultades para mantener un encuadre psicoterapéutico, debidas a la presión asistencial, modifican la actitud de escucha, al igual que otros elementos técnicos. La sobrecarga asistencial nos impone menos tiempo y disponibilidad para escuchar y reflexionar antes de escribir, lo que directamente afecta a la esencia de nuestra tarea. Kernberg alerta sobre los efectos del desbalance entre la tarea y las condiciones administrativas que impone la institución y afirma que "el primer requisito para el funcionamiento efectivo de una organización es la relación adecuada entre la tarea global y su estructura administrativa; la tarea debe estar dotada de sentido, y ser factible, congruente con los recursos disponibles, más que abrumadora"³.

1) De Lorenzo y Montero, R. Manual práctico de la Ley de Autonomía del paciente para Psiquiatras. Madrid: Saned, 2003.

2) Rodríguez Pérez, J.F. El problema de la identidad del terapeuta. Revista de Psicoterapia y Psicopatología. 1981; Nº 2.

3) Kernberg, O. Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.

PARTICULARIDADES DE LA CONSULTA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

En el ámbito de la consulta de salud mental infanto-juvenil se dan algunas particularidades concretas. El ordenador supone una gran interferencia en el contacto con los niños. Además de introducir una mayor asimetría en la relación terapéutica, la comunicación con el paciente cambia, y se pierden muchos aspectos de comunicación no verbal, incluso aunque no estemos continuamente mirando a la pantalla.

Además, la historia clínica electrónica tiene otros inconvenientes como instrumento de trabajo, por ejemplo la imposibilidad de incluir los genogramas. La implantación de este nuevo sistema tampoco considera que hay otra documentación (cartas de los padres, informes remitidos a instituciones judiciales etc...) cuya custodia es fundamental. Uno de los temas que más preocupa a los profesionales que atienden menores es la imposibilidad de incluir en las historias los dibujos de los niños u otro tipo de material expresivo. Aunque pudiera existir la opción de escanear los dibujos, se perdería la posibilidad de apreciar correctamente aspectos gráficos, como por ejemplo, la presión del trazo. Además, con esta modificación se obvia también la importancia de que los dibujos tengan una presencia física en la consulta, pues su función no es sólo diagnóstica, sino también psicoterapéutica en cuanto medio de expresión, sirviendo de soporte de representaciones mentales y constituyendo un material sobre el que directamente se actúa: el niño los pueden romper, añadir cosas, querérselos llevar etc.

En las sesiones con niños, surgen muchas dudas sobre cómo registrar, por ejemplo, una sesión de juego (la costumbre al utilizar el papel era transcribirla literalmente en la medida de lo posible y abstraer el significado al leerla, o poder reinterpretarla en encuentros posteriores con el paciente). Ahora, puesto que la información está más expuesta a la posibilidad de ser consultada por otros profesionales médicos, sentimos cierta obligación de “traducir” el significado de las producciones simbólicas (dibujo, juego, otros test...). Esto exige un esfuerzo tremendo, para el que hay que tener unas mínimas condiciones. Pero además, el hecho de escribir únicamente la interpretación de lo observado en sesión, implica dar un sentido prematuro a estos contenidos y perder la posibilidad de resignificación enriquecedora y de puesta a prueba de hipótesis iniciales.

Lo mismo ocurre al registrar la entrevista con el niño, en aras de facilitar la comunicación interprofesional, uno se siente en la necesidad de “traducir” el significado de algunas preguntas que realizamos en la anamnesis (proyección de futuro, intereses, etc.), ya que para nuestros compañeros de otras especialidades pueden no tener el mismo sentido o juzgarse de banalidades. También surgen otras preocupaciones, por un lado, un pudor a expresar las inclinaciones de niño, y por otro lado, que se desvalore o malinterprete nuestro trabajo por desconocimiento, y que de esto se derive por ejemplo que un neurólogo medique a un paciente nuestro (por ejemplo a un niño “hiperactivo”), dejando para el psiquiatra la parte de lo “psicológico”.

En algunos centros se está imponiendo la obligatoriedad de incluir tras la evaluación un diagnóstico de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

con esta modificación
se obvia también
la importancia
de que los dibujos
tengan una presencia física
en la consulta, []
constituyendo un material
sobre el que directamente
se actúa

Con mucha frecuencia, no vamos a ser capaces de “traducir” lo observado en la evaluación en términos de un diagnóstico etiquetable a través de las clasificaciones comúnmente utilizadas (DMS IV y CIE). Una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la invasión de diagnósticos que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos, que se terminan transformando en enunciados identificatorios, y que llevan a que un niño sea catalogado por los síntomas. Esto implica patologizar algunos comportamientos y designar al niño, impidiendo una visión más amplia de los factores intervinientes (tanto constitucionales como familiares) y de la función del síntoma ⁴. Teniendo en cuenta las limitaciones de las clasificaciones actuales, pensamos que la imposición de un diagnóstico codificado pueda implicar en muchos casos un riesgo importante de estigmatización del niño.

Por otra parte, es esencial tener presente que la psicopatología infantil, en contraste con la psicopatología en el adulto, tiene una característica fundamental: es expresión de un psiquismo en estructuración, abierto a la potencialidad y al cambio. La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales en la Infancia y Adolescencia (CFTMEA-R-2000), considera dicha particularidad y nos recuerda que “la impresión diagnóstica surgida de una primera evaluación, puede modificarse ulteriormente y en particular bajo la influencia de intervenciones terapéuticas” ⁵.

Recientemente, y en relación con la próxima publicación del DSM-V, se está alertando de los riesgos derivados de establecer umbrales más bajos para el diagnóstico y de incluir variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental ⁶.

El diagnóstico es también aquello que devolvemos a los padres sobre las dificultades de su hijo. Por ello, deberemos tener en cuenta que un diagnóstico prematuro y máxime si se convierte en un enunciado de síntomas, modifica en muchos casos la capacidad de reflexión y las actitudes tanto de los padres como de los niños respecto a la sintomatología ⁷.

CONFIDENCIALIDAD

El tema de la confidencialidad es el que está generando mayor preocupación entre los profesionales de salud mental.

Intimidad y confidencialidad son dos conceptos próximos, pero que difieren en algunas de sus formulaciones. La palabra intimidad se refiere al “conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior” y a las “cosas de esa intimidad que se cuentan a alguien” ⁸. La confidencialidad, deriva del derecho a la intimidad, y se refiere a aquello “que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas” ⁹.

El derecho a la intimidad se halla recogido en el art 18 de la Constitución. Dentro de este artículo, el apartado Art 18.4 dice: “... la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”. Además del texto constitucional, el derecho a la intimidad

-
- 4) Janin, B. El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2006; 41/42, 83-110.
 - 5) Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2004.
 - 6) Frances A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM-5. Psychiatric Times.Vol. No. February 11, 2010. Disponible en: [http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0%20\(blog%20amp\)](http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0%20(blog%20amp))
 - 7) Salzberger-Wittenberg, I. La relación asistencial. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
 - 8) Moliner, M. Diccionario de uso del español María Moliner. Madrid: Gredos; 2007
 - 9) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa-Calpe; 2001

se halla protegido también por otros tratados internacionales ratificados por España. En el ámbito de la salud, la Ley de Autonomía del paciente, en su artículo 7, protege este derecho ⁽¹⁾.

Esta normativa legal forma parte de un contexto social de cambios importantes con respecto a la información y a la intimidad. La información constituye un motor de las sociedades avanzadas y también es un elemento imprescindible para el desarrollo de múltiples iniciativas. El conocimiento en general y el científico en particular exigen hoy día el acceso a múltiples fuentes de información. Se suele afirmar que los Estados, las asociaciones, las empresas cumplen mejor sus funciones en la medida en que disponen de grandes volúmenes de información ⁽¹⁾. Pero también tenemos que plantearnos que existen otros intereses en juego en el acceso a la información. Además de convertirse en un bien jurídico de gran valor, la información de todo tipo, incluso la que revela aspectos íntimos de la personalidad, se ha convertido en un bien de consumo; hay una auténtica demanda social de información ⁽¹⁾. Estamos en una sociedad en la que no se hace crítica por ejemplo de programas televisivos en los que se expone la intimidad de niños y sus familias sin ningún pudor.

Para profundizar sobre la confidencialidad en la práctica asistencial en Salud Mental, hay que analizar por separado dos temas: las anotaciones clínicas (aspectos de exploración psicopatológica, semiología, anotaciones subjetivas), y, por otra parte, la información personal revelada por el paciente.

no toda la información
es útil, es más,
algunas de nuestras
anotaciones pueden
interferir negativamente
en el trabajo de otros
profesionales



Fuente: atencionatupsique.wordpress.com

ANOTACIONES CLÍNICAS



Fuente: contalqueseasanito2009.blogspot.com

Uno de los argumentos a favor de la informatización de la historia clínica, es que la accesibilidad de las notas de distintos especialistas ayude a que los profesionales desempeñemos mejor nuestra labor asistencial. Parece que aquí se sigue la doctrina del “más es mejor”, sin pensar en qué situaciones y de qué manera beneficia o perjudica. Muchos profesionales de Salud Mental, coincidimos en que no toda la información es útil, es más, pensamos que algunas de nuestras anotaciones pueden interferir negativamente en el trabajo de otros profesionales. Por ejemplo, no se ha tenido en cuenta que otros especialistas, acostumbrados a manejar datos más “objetivos”, pueden interpretar algunos datos de la exploración con una connotación negativa (manipulación, quejas somáticas...) y esto puede tener consecuencias en la relación que ese otro profesional establezca con el paciente y su familia. La relación médico-paciente influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento, pero no sólo en salud mental, sino también en otros procesos médicos. Por tanto, mantener cierta privacidad en nuestra historia parece indicado para poder preservar y cuidar esas otras relaciones terapéuticas.

Además de la exploración psicopatológica, nuestro trabajo incluye la formulación de una hipótesis sobre la función del síntoma, que nos aporta un marco comprensivo y de intervención. También la diferenciación entre “demanda” implícita y explícita tiene valor fundamental en nuestra especialidad. Sin embargo, son conceptos con los que los especialistas de otros ámbitos médicos no están familiarizados y pueden llevar a confusión.

En la historia clínica en Salud Mental aparecen términos de diversos enfoques teóricos. La informatización de la historia clínica implícitamente conlleva una cierta imposición de modelos (descriptivos, fenomenológicos, biológicos). Planteamos que la naturaleza compleja de nuestro objeto de estudio implica una necesaria y enriquecedora diversidad de enfoques.

Volviendo al contexto ambulatorio y, teniendo en cuenta que la frecuencia de las citas es como mínimo mensual, los profesionales necesitamos, para recordar, apoyarnos en las anotaciones que vamos realizando. A veces, al escribir, tratamos de que las notas clínicas nos ayuden a evocar una escena, recordar el relato del paciente sobre un tema importante, o a recrear una situación emocional/ relacional determinada. En ocasiones, se utiliza la trascripción de comentarios entrecomillados, no tanto para escribir datos concretos, sino más bien para recordar matices, aspectos defensivos, o bien recrear/evocar la relación establecida entre paciente y terapeuta. También aquí estamos en la tesitura entre describir o utilizar términos de la teoría, atribuyendo prematuramente un significado lineal a lo dicho por el paciente. Asimismo, expresar en entrecomillado lo que dice un paciente nos permite ver de qué manera utiliza el lenguaje y los símbolos, esto es importante puesto que algunas estructuras psicopatológicas pueden asirse en función de las alteraciones en las relaciones entre significantes y representaciones.

INFORMACIÓN REVELADA POR EL PACIENTE

Las obvias limitaciones en nuestra capacidad de memoria nos obligan a anotar datos referidos a la esfera más íntima de las vidas de nuestros pacientes.

Cuando pensamos en la información que el paciente o la familia revela en la consulta, siempre nos inquietamos ante situaciones de maltrato, abuso, secretos familiares, etc. Es indudable que hay contenidos o informaciones más comprometedoras que otras. Pero no debemos olvidar que hay otros muchos datos que pertenecen a la vida íntima de nuestros pacientes y que también debemos proteger. Hay que pensar no sólo en el contenido de lo que expresan los pacientes, sino en la posibilidad misma de expresar algo íntimo (diferenciando lo íntimo de lo secreto). No se trata ya de preservar lo que dicen los pacientes, sino de proteger la existencia misma de ese “poder contar” de forma confidencial ⁽¹⁰⁾. Nos parece evidente que lo que los pacientes refieren, se lo cuentan a un profesional en concreto y en un momento determinado, y no de forma extensiva al traumatólogo, neurólogo, etc.

Asimismo, en función de las características de personalidad, nivel cultural, cognitivo etc., los pacientes se posicionan de diferentes maneras ante este “revelar información al ordenador”: algunos desconfían, otros se “entregan” sin reservas a nuestra decisión de qué hacer con la información, otros ni se lo plantean (y es el terapeuta el que se preocupa en su lugar). En general, la población de pacientes es poco consciente de los “peligros” de la informatización, quizás porque todavía persiste una visión paternalista de la medicina. En cualquier caso, acabamos siendo nosotros los que tenemos que decidir qué escribimos y sin duda el tipo de persona que tenemos delante nos influye (por ejemplo, con un paciente paranoide, podemos tener más cuidado que con otro tipo de pacientes menos demandantes). Estas actitudes defensivas habituales en nuestra práctica diaria se magnifican con el uso del ordenador.

En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil este tema puede ser especialmente complejo, por las repercusiones de la información incluida de terceros (separaciones conflictivas, secretos familiares sobre la adopción de un niño, casos de abuso, maltrato...). Además, en la consulta infanto-juvenil, aunque debemos comunicar a los padres situaciones que supongan un riesgo evidente para el menor o para otros, hay múltiples circunstancias, sobre todo con adolescentes, que nos confrontan con el dilema de los límites del secreto profesional. Recordamos que, en la adolescencia, el tema de la confidencialidad tiene especial importancia porque esta etapa del desarrollo conlleva una diferenciación y separación afectiva progresiva de los padres. Sin embargo, el secreto profesional se pueden saltar si, por ejemplo, otro médico ve en nuestras notas algún dato que nos ha comunicado el paciente de forma confidencial y se lo dice a los padres. De esta situación se puede derivar una ruptura de la alianza terapéutica en un paciente que precisa atención. La práctica clínica nos enseña que existe tal posibilidad y que implica un riesgo real (abandono del tratamiento en pacientes a veces graves). Hasta el momento, las recomendaciones realizadas por expertos institucionales plantean que las anotaciones deben ser públicas y que cada profesional sea el responsable de la información clínica a la que accede y de lo que hace con esta información. Pensamos que para poder preservar de forma adecuada la confidencialidad, la limitación debería estar colocada en otro nivel.

10) Pardo, J.L. La intimidad. Valencia: Ed. Pre-Textos.
1ª Ed. 1996.

hay múltiples circunstancias,
que nos confrontan
con el dilema de los límites
del secreto profesional

CONCLUSIONES

- La implantación de la historia clínica electrónica ocurre en un contexto social con tesis imperantes como “más información es mejor”, y una difuminación de los límites entre lo privado y lo público. Este cambio se realiza en beneficio de la gestión sanitaria. El beneficio para el paciente, al menos en lo que concierne a la atención en Salud Mental, no está tan claro.
- La imposición de un modelo más médico (a través por ejemplo de la necesidad de utilizar aproximaciones descriptivas para evitar registros escritos más comprometidos) implica reduccionismo e interpretación prematura de lo explorado, y dificulta una actitud de “teorización flotante” (es decir, la movilización del bagaje teórico de cada terapeuta en relación con lo que nos impone el acto clínico, que es justamente la relación con lo desconocido) ⁽¹⁾. Estos cambios imponen un paradigma de exclusivismo biológico de la salud mental, equiparándola con otras especialidades médicas, sin reconocer sus aspectos diferenciales.
- Es evidente que con el ordenador se pierde contacto y empatía entre el médico y el paciente, y que esto influye en la relación terapéutica. Condiciona tanto lo dicho por el paciente, como lo escuchado por el profesional.
- Cuando hablamos de confidencialidad es importante diferenciar los dos “usos” de la historia clínica. Por un lado, es un documento que recoge datos del paciente. Pero también es un instrumento de trabajo del profesional. La historia clínica es el soporte de algunos elementos técnicos de la atención a los pacientes, sobre todo constituye el soporte de nuestra función reflexiva, es decir, la capacidad de reconocer en nuestros pacientes pensamientos, sentimientos y deseos, la capacidad de dar un sentido a su experiencia interpersonal y de atribuir significado a sus actos o a sus palabras ⁽²⁾. Resulta evidente la importancia de preservar nuestra propia función reflexiva en la ayuda a pacientes con dificultades importantes en su capacidad simbólica. Retomando la idea de Kernberg sobre la necesidad de una adecuación entre los objetivos de la tarea y los medios, es incuestionable que este soporte debe ser adecuado para la función que tiene.
- Las anotaciones clínicas, básicas para el desempeño de nuestra práctica clínica, en manos de otros profesionales pueden suponer un perjuicio para el paciente en forma de estigmatización o discriminación. También pensamos que existe un riesgo de confusión para otros especialistas médicos sobre nuestro trabajo dado el poco peso que tiene la salud mental en los programas formativos de las diferentes especialidades médicas.
- Dada la naturaleza de esta especialidad, es imposible que no influya en el profesional de Salud Mental el saber que otros pueden leer nuestras notas. Este hecho puede llevarnos fácilmente a actitudes defensivas, sobre todo en aquellos casos que implican el manejo de situaciones de incertidumbre (por ejemplo, sobre la intencionalidad suicida de un paciente) o de sospecha (sobre temas de abuso o maltrato) y de riesgos potenciales (suicidio o acting agresivos etc.).

Pensamos que son argumentos suficientes para insistir en que la información expuesta a todos los profesionales sea la estrictamente necesaria. Consideramos que bastaría con recoger: el motivo de consulta, la valoración diagnóstica, el plan terapéutico y cualquier otro aspecto que, a criterio del profesional, se considere necesario recoger. Creemos que gran parte del contenido de los registros evolutivos debería ser privado, y que se deberían mantener las vías de coordinación interprofesional que se han utilizado hasta este momento.

11) Aulagnier P. *Un intérprete en busca de sentido*. Madrid: Siglo XXI, 1994

12) Marrone, M. *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática, 2001.

ESCISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN. EL LUGAR DE LA PSIQUIATRÍA EN LA POLÍTICA DEL PRESENTE



Fuente: blogs.publico.es

Álvaro Múzquiz Jiménez *

*MIR de Psiquiatría
Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental
José Germain, Leganés

“Si en el límite está la violencia, todo el resto es ya también violencia”

Rafael Sánchez Ferlosio

Con fecha de 11 de febrero de 2012 se publica en el BOE el “Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral”. La Constitución Española contempla el Decreto-ley sólo en caso de extraordinaria y urgente necesidad (Constitución Española, artículo 86). Las medidas limitan la capacidad de negociación y decisión sobre sus propios asuntos laborales a los trabajadores asalariados. Las reacciones de la población frente a los distintos acontecimientos que se vienen sucediendo desde el comienzo de la crisis económica parecen lentas y sin impacto suficiente. Revistas biomédicas atienden al posible dismantelamiento del estado de bienestar en Europa (McKee 2011). Justificaciones economicistas bastan para la adopción de cualquier medida. En la red de atención a personas drogodependientes se recortan aquellos recursos que se consideran como “sociales” (comunicado AMSM, 2012). El espacio público está deteriorado y la población poco implicada en los instrumentos de participación política. Tanto la emigración como la búsqueda y aceptación de trabajo en actividades que no se corresponden con el nivel de cualificación son opciones ya habituales. El presidente del gobierno aseguró en noviembre de 2011 que no “metería la tijera” a la sanidad ni la educación (declaraciones de Rajoy en ABC Punto Radio). En la psiquiatría española hay un renovado interés por la polémica en torno al tratamiento ambulatorio involuntario.

desde esta sorprendente
preponderancia, centralidad y
sacralidad de un asunto como
la sanidad en la lucha política,
podemos ordenar
este desconcierto

La realidad de estos hechos así, yuxtapuesta y poco coordinada, se presenta cada vez con mayor velocidad y violencia. Ante esto es importante contestar a la pregunta sobre sus determinantes y ver si encontrarlos ayuda a ordenar la mera enumeración: las implicaciones de que se considere a ésta como una situación excepcional, las causas del deterioro del espacio público, el proceso por el que las prácticas e instituciones que se encargan de la mera protección de la vida, de su mantenimiento, moldeamiento y reproducción, se encuentren en el centro de la política, como se observa en la inclusión en sus revistas de un contenido eminentemente político o la insistencia del presidente del gobierno en lo sagrado de las mismas. Y es que es quizá aquí, desde esta sorprendente preponderancia, centralidad y sacralidad de un asunto como la sanidad en la lucha política, desde donde podemos ordenar este desconcierto.

LA BIOPOLÍTICA: CAMPO DE ACCIÓN EN LA MODERNIDAD

A partir del siglo XVII la vida entra en los cálculos del poder (Foucault, 2002). Los griegos distinguían entre lo que llamaban *zoé*, esto es, la vida común a todos los seres, y *bios*, la forma de vivir de un individuo o de un grupo (Agamben, 1998). Hasta la modernidad era la *bios* o forma-de-vida (Agamben, 2001), la que constituía el ámbito propio de la política. En el paso a la modernidad esta distinción se difumina y es la *zoé*, que hasta entonces parecía reservada al ámbito doméstico (*oikos*), la que se sitúa como su valor central. Instituciones, prácticas, regulaciones, se conforman en torno a una actuación sobre una vida, que en su proceso de constitución como objeto se instala en el cuerpo (Esposito, 2005). Foucault distingue dos formas en las que el poder ha venido actuando sobre este cuerpo: una encaminada hacia su adiestramiento (el cuerpo como máquina), la otra, hacia su mantenimiento, proliferación, protección, etc., (el cuerpo-especie); a las disciplinas correspondientes las nombró, respectivamente, anatomopolítica del cuerpo humano y biopolítica de la población (Foucault, 2002).

Pero en el hombre toda vida es ya una forma-de-vida. No existe ninguna vida biológica pura previa a todo lenguaje y ordenamiento jurídico-político (Agamben, 2004). Por tanto, para que la vida sin mayor cualificación entre en los cálculos del poder, y, a través del cuerpo, pueda ser manipulada, es necesario un proceso político que la separe y aisle. Giorgio Agamben, en el curso de las investigaciones que le han llevado a la publicación de los volúmenes que constituyen su obra "Homo sacer", sostiene que este proceso ha sido siempre el fundamento mismo del poder soberano. El derecho, para establecerse conforme a una estructura de normalidad, necesita incluir la vida de los hombres dentro de ésta. Esta inclusión sólo se produce bajo el supuesto de la posible desaplicación de la norma, esto es, bajo la virtualidad de que el poder soberano decreta un estado de excepción que suspenda esta estructura normal y exponga a esa propia vida al máximo de vulnerabilidad: la posibilidad absoluta de darle muerte. En la suspensión de la norma se encuentra la violencia que permite su aplicación.

Agamben establece una simetría entre esta situación constitutiva de la norma y una figura del derecho romano: el *homo sacer*. *Homo sacer* era aquel hombre insacristable pero a quien cualquiera podía dar muerte sin cometer homicidio. Expulsado, como pena, de la esfera jurídica y religiosa, su vida ya no revestía ninguna cualidad, y, por tanto, era pura vida indiferenciada, mera *zoé*. Por primera vez encontramos

en una figura jurídica esta posibilidad de aislar en un hombre la vida desprovista de toda cualificación. Soberano sería entonces aquél para el que todos los hombres son potenciales *homo sacer*, y *homo sacer*, aquél para el que el resto son soberanos (Agamben, 1998).

Toda esa sacralidad de la vida, su cuidado, el poder que se introduce en ella, las disciplinas que se ocupan de ella, se basan entonces en el cuestionamiento de la política de la vida de sus cuerpos y en su propio reverso: la posibilidad de matarla (Foucault, 2002).

Lo característico de nuestros tiempos es que la política ha sido completamente asaltada por esta estructura íntima del poder soberano convirtiéndolo en la única política, que en nuestra política no se encuentra otro valor que la vida natural, la *zoé*, una vida identificada con la vida biológica. La excepción soberana se ha convertido en regla. Esto es la biopolítica.

LA BIOPOLÍTICA BAJO EL CAPITALISMO

Cualquier lectura de la biopolítica se muestra insuficiente si no se atiende a la estructura económica que define nuestros tiempos: el capitalismo.

Walter Benjamin se refiere, en un fragmento póstumo (Benjamin, 1991), al capitalismo como una religión. Una religión de puro culto, sin dogmática. Un culto permanente para el que todos los días son días de fiesta. El capitalismo todo lo inviste, todo adquiere significado en cuanto referido a este culto. La biopolítica, como "elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo" (Foucault, 2002), debe ser entendida desde esta óptica.

La condiciones capitalistas de producción precisan de una situación de expropiación generalizada de los medios de producción de la población (Marx, 1962). Bajo tales condiciones, sólo los miembros de las clases privilegiadas (propietarios) pueden ser considerados portadores de los requisitos indispensables que aseguren la independencia civil, es decir, sólo ellos no dependerán de la voluntad de otro para garantizar su subsistencia. Por tanto, serán éstos los únicos que puedan ser llamados ciudadanos de pleno derecho. Únicamente ciertas anomalías en el Derecho (como los convenios y negociaciones colectivas que tienen en cuenta el desequilibrio entre las clases sociales), permiten un mínimo de ejercicio político del resto de la población (Alegre, 2009).

La biopolítica puede ser reinterpretada ahora bajo esta estructura elemental capitalista. Agamben encuentra en la palabra pueblo una ambigüedad que remite a una fractura biopolítica en el interior de las sociedades (Agamben, 1998, 2001). La palabra pueblo designará, por un lado, a aquellos sujetos portadores del derecho, al sujeto político, y, al mismo tiempo, a los excluidos de hecho de la política (los pobres, marginados, etc.). El proceso por el que se aislaba en el hombre una vida sin cualificación, una mera vida biológica, reaparece entonces en el interior mismo de una sociedad fracturándola y reduciendo a parte de su población a esta vida biológica indiferenciada. La expropiación necesaria para las condiciones capitalistas de producción expulsaron a la mayor parte de la población a esa región en que la palabra pueblo, utilizada para designarla, no significa más que un grupo de individuos con una vida biológica sin existencia política.

Ahora disponemos de más herramientas para comprender lo que está ocurriendo. Durante años ha parecido que se desarrollaba un proceso en el que se incluían progresivamente los individuos de las sociedades occidentales en ese espacio en que dejaban de ser una mera vida biológica. Las luchas sociales han traído consigo anomalías en el derecho que han permitido un mínimo de existencia política de los individuos. Este proceso ha creado la ilusión de que en el interior de la estructura capitalista-biopolítica en los países europeos podía darse una situación en que los integrantes de los mismos fueran sujetos políticos portadores de derecho, ciudadanos. Ahora, en una situación que se nos dice excepcional, la ilusión se disuelve. Los pertenecientes a las clases privilegiadas son los únicos que ostentan la capacidad de decisión política, el espacio público se deteriora y está copado por ellos, ya que el pueblo queda reducido a biología; desaparecen las consideraciones sociales en los cálculos del poder, los individuos no pueden pensar más que en su supervivencia, ya que cualquier espacio político, cualquier cualificación de sus vidas, parece cada vez más lejano. No retorna una ideología, que habitualmente ha venido a llamarse neoliberalismo. Lo que ocurre es que la estructura íntima de nuestra sociedad, que había permanecido oculta, ahora refulge con intensidad.

La medicina y la psiquiatría como disciplinas biopolíticas

La medicina moderna y la psiquiatría surgen en este marco biopolítico. En él se constituye como positividad un hombre comprendido como un cuerpo en el que habita una vida biológica. A pesar de los embates sufridos desde distintas posiciones (el psicoanálisis, el análisis existencial o la antipsiquiatría son ejemplos), la concepción de la vida en la psiquiatría como vida

biológica ha sido constante desde el origen de la disciplina (Ramos, 2009), y es esta firme idea la que, agazapada durante parte del siglo XX, aparece de nuevo como la tendencia dominante desde los años 70 (Shorter, 1997). Aún así, la desinstitucionalización de los enfermos mentales y la aparición con este proceso de la psiquiatría social y comunitaria mostró las insuficiencias del modelo. Por ello, fue necesario añadir, superpuestas, otras dimensiones que suplieran lo que previamente se había apartado del hombre y sin las cuales se tornaba imposible entender su manera de desenvolverse en la comunidad. Así es como se introduce el conglomerado bio-psico-social en psiquiatría, que, a pesar del dominio de la psiquiatría biológica, aún perdura en nuestros oídos y en ocasiones se considera el abordaje más completo posible de los pacientes. Sin embargo, este modelo biopsicosocial adolece de la deficiencia de aceptar sin más la separación impuesta por el modelo biológico: acoge una vida fragmentada en componentes aislados (lo biológico, lo psicológico y lo social), que luego trata de reconstruir por una simple suma.

Pero éste no es un problema exclusivo de la psiquiatría. En la prevención y abordaje de los enfermos somáticos crónicos nos encontramos con distintas perspectivas posibles: desde aquellas que abogan por una especie de compromiso individual del paciente como mejor alternativa, hasta las que encuentran que este problema debe ser entendido y tratado desde una perspectiva política. La evidencia para la defensa de la primera de las posturas es baja y cada vez se hace más evidente que la inclusión de una perspectiva y abordaje que incluya aspectos sociales y políticos puede ser más beneficiosa (Greenhalgh, 2009).

Este ejemplo sobre los enfermos crónicos es útil para señalar los posibles derroteros que pueden tomar la medicina en general y la psiquiatría en particular. Los extremos en que nos sitúa este ejemplo son frecuentemente el centro de disputas con una apariencia ideológica. Las psiquiatrías llamadas comunitaria y biológica se han identificado y alineado con las izquierdas y derechas. Hay voces que intentan eliminar y reconducir estas disputas a una discusión técnica que se encontraría más allá de esas diferencias políticas. El problema es que en realidad no hay ese más allá. En una sociedad en la que la vida es el mayor de sus valores políticos, en que toda política es biopolítica, la medicina y la psiquiatría son las disciplinas políticas por excelencia, en ellas es donde se está haciendo política. Los supuestos problemas técnicos de la psiquiatría son, entonces y sobre todo, problemas políticos. El concepto de vida procedente del interior de las prácticas médica y psiquiátrica definirá potencialmente la vida de los hombres.

Uno de estos problemas en la psiquiatría española actual es la posible legislación del TAI (tratamiento ambulatorio involuntario). Ante un proceso en que están menguando los recursos para el tratamiento de los enfermos, que facilitan su atención en relación con la complejidad de sus trastornos, surge como alternativa la capacidad coactiva del estado para obligar a cumplir con un tratamiento farmacológico. El TAI actúa como una máquina que, mediante la violencia, separa la vida biológica para constituir la en el objeto del tratamiento psiquiátrico, y, por tanto, de la psiquiatría en conjunto. Éste es uno de los lugares donde está en juego el concepto de vida que la psiquiatría puede manejar. La psiquiatría, decíamos, parte ya de una sociedad determinada por una maquinaria biopolítica que suprime la cualificación de las vidas de sus miembros, pero prácticas concretas como el TAI ahondan en esta fractura originaria.

Presentado este panorama, las palabras del presidente del gobierno y el contenido de algunas revistas médicas toman un nuevo sentido: hacen referencia directa a la centralidad de la medicina en la política moderna. Pero esta centralidad contiene la posibilidad de un uso emancipador, porque, si bien las disciplinas sobre la vida se formaron como estrategias del poder, al mismo tiempo se transformaron en un lugar en que se apoyan las fuerzas que resisten (Foucault, 2002). La psiquiatría puede entonces ser una práctica que aborde al hombre como una mera vida biológica o reconstruirlo y atenderlo de acuerdo con la imposibilidad de suprimir en él su vida cualificada, y de esta manera es como forma parte de las entrañas de la lucha política que viene.

si bien las disciplinas
sobre la vida se formaron
como estrategias del poder,
al mismo tiempo
se transformaron en un lugar
en que se apoyan las fuerzas
que resisten

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben G. *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos, 1998.
- Agamben G. *Estado de excepción. Homo sacer II, 1*. Valencia: Pre-textos, 2004.
- Agamben G. *Medios sin fin*. Valencia: Pre-textos, 2001.
- Alegre Zahonero L, Fernández Liria C. *Capitalismo y ciudadanía: la anomalía de las clases sociales*. Viento Sur, 2009; número 100, 9-20.
- Benjamin W. "Kapitalismus als Religion" En: *Gesammelte Schriften Band VI*, pp.100-103. Frankfurt am Main: Shurkamp, 1991.
- Comunicado de la AMSM sobre los recortes en la Red de Atención a las Personas con Drogodependencias. Madrid, enero 2012.
- Declaraciones de Mariano Rajoy en Punto Radio en: <http://www.abc.es/20111104/elecciones-20n-2011/abci-rajoy-punto-radio-miralles-201111040900.html>
- Esposito R. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- Foucault M. *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- Greenhalgh T. *Chronic illness: beyond the expert patient*. BMJ 2009;338:b49
- Marx K. *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie*. Berlin: Dietz, 1962.
- McKee M, Stuckler D. *The assault on universalism: how to destroy the welfare state*. BMJ 2011;343:d7973 doi: 10.1136/bmj.d7973
- Ramos P. *Vida, psiquiatría y biopolítica. Un asunto psicopatológico*. Frenia, vol. IX-2009, 7-32
- Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE número 36, Sec. I. Pág. 12483-12546
- Shorter E. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and sons, 1997.

EL EQUIPO TERAPÉUTICO EN PATOLOGÍAS MENTALES GRAVES

María del Pilar Nieto Degregori

Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Tetuán (Madrid).

Artículo publicado originalmente dentro del libro *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis* (Editorial Grupo 5, Madrid, 2011. ISBN: 978-84-938948-8-7), obra coordinada por Mariano Hernández Monsalve y María Pilar Nieto Degregori, con la participación de Isabel Blasco Fernández, Mercedes Chico del Río, Antonio Tarí García, Carmen Ferrer Dufol y Eva María Muñiz Giner.



Fuente: civitasdigital.wordpress.com

El objetivo de este artículo es centrar la atención en un aspecto del trabajo de los equipos terapéuticos que suele pasarnos desapercibido o no ser suficientemente tenido en cuenta aunque sea de vital importancia.

Me refiero a la organización del trabajo del equipo terapéutico en lo que concierne al cuidado de las personas psicóticas y digo cuidado porque me quiero referir a la actividad de cuidar tal como la define Racamier, es decir, como “una preocupación, un conjunto de métodos, una organización del trabajo destinada, en primer lugar, a preservar, y si es posible a reforzar, a lo largo de los días, las capacidades sanas potenciales, siempre presentes pero siempre batiéndose en retirada y frecuentemente escondidas, en las personas con estos padecimientos” ⁽¹⁾.

- 1) RACAMIER, P. C. “*Los esquizofrénicos*”. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid (1983).
- 2) GARCÍA BADARACCO, J. E. “*Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*”. Tecnipublicaciones S.A. Madrid (1990).
- 3) HOCHMANN, J. “*L’institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques desinstitutionnalisés*”. *L’information psychiatrique*, vol.58,8, 985-991 (1982).

Esta función se ha definido de diferentes formas. Por ejemplo, para García Badaracco se trata de “hacerse cargo del paciente” o de “tomar a cargo al paciente” ⁽²⁾. Hochmann se refiere a ella como “un tratamiento a través de la realidad compartida” ⁽³⁾.

Las denominaciones pueden ser más o menos diversas pero los autores que cito y muchos otros, coinciden en que esta función del cuidado de las personas con patología mental grave es primordial y debe ser realizada por un equipo, en palabras de Racamier, “que hará de embajador de la realidad”. Y ser embajadores de la realidad significará convertirnos, para las personas con quienes trabajamos, en objetos/sujetos lo suficientemente disponibles y, a la vez, lo bastante discretos.

Racamier plantea que “una de las funciones, humilde pero esencial, de cualquier proceso de cuidado consiste no solamente en revalorizar de todas las formas posibles la vida psíquica y las fuerzas inconfesadas que estas personas poseen sino también en tratar de despertarlas a los más pequeños placeres de la vida”. Hay que tener presente que los momentos placenteros no abundan precisamente en la vida de estas personas y que, por ejemplo, el hecho de salir de su aislamiento y de poder relacionarse con otros de forma no dolorosa en el contexto del tratamiento puede proporcionarles satisfacciones significativas. En este sentido, nuestra presencia deberá ser estable y disponible pero nunca asfixiante.

La realización de nuestro trabajo debe llevarse a cabo en un clima lo suficientemente estable para delimitar un espacio en cuyo interior cada uno de los profesionales, con sus técnicas y objetivos de trabajo específicos, además de con sus características personales y desde el lugar profesional que ocupen, pueda favorecer en los pacientes su capacidad de tejer nuevas relaciones que permitan la instauración y el mantenimiento de un proceso terapéutico.

El psicótico reniega de la realidad y lo hace porque “paradójicamente no puede abstraerse de ella, no puede aceptar su relativización. Una vez pasada la fase de perplejidad que precede al delirio, no hay lugar para juegos de sombras y de luz, es decir, no hay lugar para las dudas” ³.

García Badaracco plantea que este tipo de patología se basa en lo que denomina “carencia de recursos yoicos” o “falta de la confianza básica” y que son estos déficit estructurales del ‘yo’ los que impiden a las personas afectadas de enfermedades mentales graves enfrentar la realidad, tanto interna como externa, y desarrollar un mínimo de seguridad en su relación con quienes les rodean. Las características de las enfermedades mentales graves, hace hincapié este autor, se manifiestan más en la relación con los otros (familia, medio social y espacios terapéuticos) que en la forma de un “conflicto” interno, como sería en el caso de padecimientos neuróticos.

De esta forma la enfermedad mental de una persona aparece como un tipo de funcionamiento mental “condicionado en gran parte por otras personas” que tienen sobre ella el “poder de accionar y de producir efectos perturbadores” que le impiden funcionar con autonomía ⁴. Esas “otras” personas pueden activar los efectos perturbadores desde el mundo real o pueden hacerlo desde una “presencia” en el mundo interno del paciente.

4) GARCÍA BADARACCO, J.E. “*Psicoanálisis multifamiliar: una teoría del enfermar y la cura*”. Paidós. Buenos Aires (2000).

5) PÉREZ SÁNCHEZ, A. “*Prácticas psicoterapéuticas: psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*”. Paidós Ibérica (1996).

El concepto de 'duelo' cobra para estos enfermos una dimensión nueva. Con frecuencia suelen olvidarse los procesos de duelo específicos que tienen que vivir las personas que sufren una enfermedad mental grave. Así, cuando se habla del duelo solemos tender a pensar exclusivamente en las vivencias de pérdida de familiares o personas cercanas que hayan podido padecer a lo largo de su vida sin tener presente que la primera pérdida es la ocasionada por el padecimiento de la enfermedad mental. Si los delirios de grandeza o las alucinaciones pueden surgir de una herida profunda en la autoestima de los pacientes, de la misma forma el pensamiento omnipotente y megalomaniaco o los trastornos de la percepción pueden ser esfuerzos del paciente para contrarrestar sus heridas narcisistas. Todos estos síntomas no dejan de ser formas de mitigar el dolor que ocasiona la propia enfermedad mental. Y es esta pérdida por sentirse enfermo la que tendrá que convertirse en uno de los objetos de nuestro trabajo para poder facilitar la elaboración de ese duelo.

No deberíamos olvidar que una manera de entender la psicopatología desde una concepción psicodinámica, además de tener en cuenta toda una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales, es que surge como consecuencia de una intolerancia frente al dolor mental que origina el contacto con la realidad, con lo que se tiende a huir de este dolor mediante diferentes recursos defensivos: negación de la realidad tanto externa como interna, manejo omnipotente de las relaciones objetales, aspectos transferenciales de tipo simbiótico, más primitivos éstos cuanto más acusada sea esa intolerancia ⁵ y más grave el padecimiento.

Volviendo a los equipos terapéuticos, entiendo que los diferentes dispositivos (Hospitales de día, Centros de rehabilitación psicosocial, Centros de día, Comunidades terapéuticas, etc.) en los que trabajamos con personas que padecen enfermedades mentales graves, además de sus condiciones específicas de trabajo, tienen como ob-

jetivo común la creación de ese espacio de relación e intercambio que permita a los pacientes dar forma a una nueva calidad relacional ⁶. Hago hincapié en este aspecto de intercambio, porque me parece un elemento fundamental del cuidado al que vengo refiriéndome, y porque ese intercambio de relaciones formará parte sustancial del proceso terapéutico de las personas enfermas y también de los procesos por los que todos los equipos terapéuticos transitan por el hecho de constituirse en un equipo.

Es esencial que, partiendo de la proximidad empática que necesitamos crear y conservar con los pacientes, podamos pensar nuestro trabajo con la distancia suficiente para mantener vínculos de interdependencia recíproca sana que nos permita trabajar desde ese lugar compartido en el rescate que el paciente necesita para poder salir de su situación de extravío.

Para García Badaracco, las interdependencias recíprocas pueden ser de dos tipos: normogénicas y enfermantas y/o enloquecedoras.

Las interdependencias recíprocas normogénicas son inherentes a la condición humana y es en ellas donde se configura nuestra identidad a través de los procesos de identificación: “los otros en nosotros” ⁶. El conjunto interactuante de esos procesos con nuestras propias capacidades constituirán los recursos ‘yoicos’ genuinos.

Sin embargo, también conservamos experiencias de interdependencias traumáticas, patógenas, que pueden generar un círculo vicioso de relaciones fijas o psicóticas que impidan o dificulten gravemente la creación de nuevos vínculos.

Se podría producir, de esta manera, una distorsión o detención del desarrollo por la persistencia de formas de relación objetales internas que impregnen las nuevas relaciones. El problema se agrava porque estos periodos distorsionadores del desarrollo tienden a actualizarse y a repetirse favoreciendo una tendencia a configurar relaciones enfermas y enfermantas ⁶.

Hay que tener en cuenta que, cuando los vínculos patógenos se mantienen, esto ocurre por una estrategia defensiva, es decir, porque, a través de ellos, se intenta evitar toda una serie de vivencias muy penosas como el desamparo, la inseguridad, la desprotección o el duelo.

Los que conformamos un equipo terapéutico debemos ser capaces de crear ese espacio de relación intermediario en el que la persona que sufre pueda poner a prueba su funcionamiento mental, es decir, se trataría de un espacio que sirviera de paraexcitación entre el paciente y el mundo exterior, un espacio en el que fueran posibles las luces y las sombras. De alguna forma, los miembros del equipo tendrían que configurarse como unos “otros nuevos” que favorecieran un proceso distinto a “aquellos otros” que generaron sus interdependencias patógenas.

Por todo ello, para los pacientes que atendemos es imprescindible disponer de un contexto vital que haga posible la actualización positiva de toda una serie de experiencias esenciales que les permita iniciar, mantener y asentar el proceso terapéutico,

debemos ser capaces
de crear [] un espacio
que sirviera de paraexcitación
entre el paciente y el mundo
exterior, en el que fueran
posibles las luces y las sombras

6) GARCÍA BADARACCO, J.E. (2000). “*Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*”. Paidós. Buenos Aires (2000)

entendiendo por proceso toda la sucesión de cambios en dirección hacia la salida de su difícil situación. Estos cambios pueden tener diversas y variadas formas de presentación pero irán por el buen camino si mantienen una coherencia interna y un sentido progresivo. Sin embargo, no podemos entenderlos ni esperarlos como cambios lineales (un paso detrás de otro hacia la salida del túnel), sino como la integración de sucesivos momentos de descompensación y compensación, desestructuración y reestructuración, hacia adelante y hacia atrás, integración que favorezca una transformación más o menos profunda del funcionamiento mental de estas personas.

Entendido así, el proceso terapéutico no se circunscribirá únicamente al ámbito de la relación “psicoterapéutica”, ya sea ésta individual o grupal, y los miembros de los equipos terapéuticos se convertirán en agentes importantes de cambio al ser los protagonistas principales de la creación y mantenimiento del contexto vital señalado.

7) BION, W.R. “*Experiencias en grupos*”. Editorial Paidós. Buenos Aires (1980).

8) MASCARÓ MASRI, N. “*El trabajo en equipo*”. *Avances en salud mental relacional*, vol. 1, num. 3-Nov. 2002.

9) PICHON-RIVIÈRE, E. “*El proceso grupal I y II. Del psicoanálisis a la psicología social*”. Nueva Visión. Buenos Aires (2003).

10) BLEGER, JOSÉ. “*Temas de psicología (entrevista y grupos)*” Editorial Nueva Vision. Buenos Aires. (1985).

El término “vértice psicoanalítico” de Bion⁷ es un término relacional que se refiere a la capacidad de entender los diferentes puntos de vista que tenemos o nos construimos cada uno de los miembros del equipo terapéutico a propósito de las personas a las que atendemos así como los puntos de vista que ellas puedan tener sobre nosotros. Este punto de vista de integración de todas las miradas puede ayudarnos a situar el potencial del equipo en un sentido creativo.

En cuanto a la constitución de los equipos terapéuticos, ésta se puede y debe analizar desde diferentes ópticas complementarias: la primera se refiere a los miembros del equipo en donde, al margen de su tarea, las personalidades de cada uno interactúan entre sí y constituyen una matriz grupal; la segunda, la conforman los lazos relacionales en la tríada paciente-familia-equipo y la tercera, el nivel de la relación institución-equipo terapéutico⁸. Me voy a centrar exclusivamente en el concepto de matriz grupal que he señalado.

El equipo terapéutico se estructura como un grupo operativo. En palabras de Pichon-Rivière como “un conjunto de personas con un objetivo común que intenta abordar esa tarea interviniendo como equipo”⁹.

Tenemos que comprender que, en nuestro caso, la tarea consiste tanto en el tratamiento de las personas con trastorno mental grave como en el acompañamiento y el trato con ellas. El factor humano cobra, así, una importancia primordial ya que se constituye en “el instrumento de todos los instrumentos”¹⁰.

José Bleger añade que, cuando se forma parte de un equipo terapéutico con una tarea específica a realizar o de un equipo organizado como grupo terapéutico, “se debe lograr una integración de las personalidades de los seres humanos que en ella intervienen” y esta integración abarca tanto las funciones instrumentales (yo) como las normativas (super-yo). Integración difícil pero absolutamente imprescindible.

Para Bleger, en todo grupo u organización existe una matriz básica que él denomina “sociabilidad sincrética” y que agrupa una serie de aspectos que tienen que ver con las partes desestructuradas e indiferenciadas de los miembros del grupo. Se trata de los aspectos más primitivos y menos elaborados. Bion describe con el término “va-

lencia”⁽¹¹⁾ la existencia de un factor cohesivo espontáneo, fundado en las necesidades básicas que se originan en los niveles regresivos profundos de la persona y que da lugar a la unión de los individuos que originan ese grupo.

Cuando se constituye un equipo terapéutico no es del todo cierto que ésa sea la primera experiencia grupal de sus miembros puesto que “cada uno de ellos ha vivido ya una experiencia grupal con su propia familia de origen”⁽¹²⁾. Ese es el grupo que cada miembro lleva incorporado en su mundo interno y que incluirá indefectiblemente en cada relación, especialmente cuando forme parte de un equipo.

En los equipos terapéuticos, como en todo grupo, aparecerán entonces una serie de fenómenos que tendrán tendencia a actuarse cuando no se pueden elaborar, como la aparición de fenómenos primitivos: las reacciones de celos, envidias o rivalidades. En consecuencia, para la consolidación de un grupo con capacidad de intervenir terapéuticamente se necesitará como condición sine qua non la elaboración de los diversos fenómenos grupales, por ejemplo, de la fantasía de idealización del grupo que Bion denomina “estructura mesiánica del grupo” y que suele aparecer en los inicios de la formación de los grupos. Esta fantasía da paso a otras distintas como la del perseguidor exterior o la del perseguidor interno (chivo expiatorio). Son formas distorsionadas de intentar evitar los conflictos inherentes al grupo.

El equipo terapéutico corre el riesgo de organizarse como un grupo donde predominen los procesos más primarios y desorganizados y donde los aspectos indiferenciados e indiscriminados sean compartidos por todos los miembros del grupo porque, a la vez, se trata de aspectos ocultos e inconscientes para ellos mismos.

En la capacidad de elaboración del equipo terapéutico se encuentra la posibilidad de que el equipo se estructure de una manera diferente, de tal forma que se permita y facilite el intercambio de los diferentes conocimientos que aporta cada miembro del grupo, el refuerzo de la coherencia e identidad de cada uno, el respeto a sus diversos marcos de referencia y aspectos tales como que cada uno asuma una tarea y se responsabilice a todos los efectos de la misma.

La elaboración del equipo como grupo, aunque difícil, es posible, pero para ello se debe disponer del tiempo suficiente para la reflexión y el planteamiento de los conflictos que surgen, e insisto que entiendo por elaborar la capacidad de detectar en qué problema estamos situados en cada momento, de poder nombrarlo y de darle un valor en el funcionamiento mental de cada uno, es decir, que cada uno entienda el valor o importancia que cada asunto tiene realmente para él y pueda así compartirlo. Solo así podrá realizarse un trabajo fructífero y creativo en el equipo.

Por otra parte, en el trabajo que los miembros de los equipos tienen que llevar a cabo día tras día surgen una serie de fenómenos de los que he entresacado algunos que, a mi modo de ver, suelen ser los más frecuentes. Me refiero a “los fantasmas de invasión, de vaciamiento y de reducción al absurdo”⁽¹³⁾.

Estos fantasmas surgen del encuentro entre los miembros del equipo y los pacientes, entre las estructuras mentales de unos y de otros. Las situaciones afectivas intensas

11) BION, W.R. “*Volviendo a pensar*”. Ediciones Hormé. Buenos Aires (1965).

12) LÓPEZ-ATENZA, J.L. *VII Jornadas nacionales de Hospitales de día y centros de día Madrid* (1989).

13) GABBARD, G. O. “*Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*”. Editorial Panamericana. Madrid (2002).

que se producen en esa relación se transforman en fantasma cuando no se pueden elaborar, es decir cuando no llegamos a saber lo que significamos en cada momento para los pacientes y lo que ellos despiertan en nosotros. Estamos hablando de procesos que se recorren inevitablemente, seamos o no conscientes de ellos.

Los miembros del equipo se sentirán invadidos en determinados momentos. No hay que olvidar la tendencia habitual en este tipo de pacientes a establecer relaciones simbióticas con quienes les rodean. Y, como la reacción de los equipos terapéuticos suele ser defensiva ante las dificultades (igual que en cualquier grupo humano), se suelen presentar diferentes actitudes de respuesta posibles, entre las que destacaría el aislamiento, el activismo, que, a su vez, puede tomar distintas formas (activismo social, farmacológico, psicoanalítico, etc.) y otro mecanismo defensivo como el fantasma de la institución ideal, que es un momento de ilusión del equipo terapéutico en el que parece que no existen los problemas y que no hay diferencia alguna entre sus miembros.

Por la vertiente contraria a la institución ideal, el sentimiento de vaciamiento suele aparecer en los equipos y se asocia generalmente con una vivencia fuerte de agotamiento, una sensación de incapacidad para poder conseguir llevar a cabo el trabajo.

La única salida es
que podamos aceptar
que nuestro trabajo
no desembocará
necesariamente en el
éxito absoluto

La reducción al absurdo (el sentimiento de que nuestro trabajo es absurdo y que carece de sentido) puede provenir, entre otros aspectos, de que asumimos inconscientemente el dolor, el desamparo y el miedo de los pacientes hasta un punto que nos sobrepasa, lo que nos lleva a “un verdadero anonadamiento del pensamiento”³, es decir, a la imposibilidad de poder pensar (tejer pensamientos) con respecto a ciertos pacientes (los más complicados en cada momento), que suelen ser quienes más ponen a prueba nuestra omnipotencia desde su propia omnipotencia. La única salida es que podamos aceptar que nuestro trabajo no desembocará necesariamente en el éxito absoluto para alegrarnos de las pequeñas mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

Es necesario, sin embargo, insistir en dos aspectos: el primero, que, al hablar de fantasmas de invasión, de vaciamiento y de reducción al absurdo, formas de sentirnos que reaparecen una y otra vez, y de los movimientos defensivos que “el tratamiento por la realidad compartida” conlleva, hay que entender que no se habla de errores a evitar sino de elementos del proceso de acompañamiento, que surgirán inevitablemente.

Como segundo punto, que, además, dicho tratamiento reside entre otros aspectos, y muy esencialmente, en el discernimiento, el análisis o la aclaración de las emociones que estos procesos despiertan en los implicados en esa tarea, tanto en los terapeutas como en las personas con patología mental grave.

Para Hochman, el interés de la realidad compartida, y esta es otra aclaración fundamental, reside sobre todo en su ausencia, es decir, en que nuestra presencia debe ser parcial, como ya he mencionado al principio, nunca invasiva. Tenemos que tener en cuenta los ritmos presencia-ausencia, dentro-fuera y las frustraciones que estos ritmos entrañan para las personas con padecimientos mentales graves y que, sin em-

bargo, son imprescindibles para la movilización de la actividad psíquica del paciente hacia unas nuevas relaciones menos enfermas.

Todas estas reflexiones nos llevan a la conclusión de que la acción terapéutica debe inscribirse en un encuadre espacio-temporal preciso. El cuidado no puede convertirse en una actividad anárquica que dependa de la buena voluntad de los terapeutas o de su mayor o menor disponibilidad hacia la demanda o ausencia de demanda de los pacientes. Se define según horarios y lugares determinados que permitan aparecer al cuidador de una forma específica, recortada sobre el fondo mas general de la existencia de las personas con las que trabajamos, afectas de enfermedad mental grave.

Bleger nos plantea que el encuadre se entiende como “un conjunto de reglas que definen y delimitan un campo de acción, creando un terreno de observación. Cumple la función de modelar las ansiedades más primitivas (psicóticas) de los pacientes y las angustias de los terapeutas o del equipo” ⁽¹⁰⁾. Define dos tipos de encuadre: explícito e implícito y ambos tienen como constantes un límite espacial, un límite temporal, los roles del equipo y los elementos técnicos que utilizemos como herramientas terapéuticas.

Para los pacientes el encuadre es variable por necesidad (encuadre explícito o acuerdo básico con los pacientes sobre horarios, actividades a las que asisten, etc.) Seremos los miembros del equipo quienes tengamos un concepto estable del encuadre (encuadre implícito). Este aspecto a veces puede confundirnos porque cuesta entender que lo exige nuestro marco de trabajo y que no es un desastre que los pacientes puedan necesitar flexibilidad (aunque llegue a ser molesta) y que la estabilidad del conjunto es responsabilidad del equipo.



Fuente: psicoletra.blogspot.com

El mantenimiento por parte de equipo terapéutico de las constantes del encuadre permitirá fijar límites al esquema corporal del paciente, facilitando un núcleo fundamental de identificación y permitiendo que se depositen elementos desorganizantes primitivos, es decir, generando el sustrato que facilite al paciente el reconocimiento del mundo externo y la discriminación yo/no-yo. Sin el encuadre así entendido no es posible la creación y el mantenimiento del clima terapéutico necesario para poder poner en marcha un proceso terapéutico.

Quiero insistir en que, para las personas con enfermedades mentales graves, el encuadre explícito tiene que ser flexible. Cuanto más grave sea la enfermedad mental mayor flexibilidad deberemos ofrecer ya que mayores serán las dificultades que estas personas tengan para poder acudir y continuar el tiempo necesario asistiendo a nuestros dispositivos.

El concepto de “virtualidad sana”, desarrollado por García Badaracco, se entiende no solo por los aspectos neuróticos presentes en todo cuadro psicótico sino, y muy especialmente, como un potencial a partir del cual se van a poder desarrollar “recursos yoicos nuevos” que posibiliten un proceso de desarrollo de recursos yoicos genuinos hacia la salida de las interdependencias patógenas en las que la persona enferma se encuentra atrapada.

Y esta tarea no puede ser abarcada de ninguna manera solo a través de experiencias terapéuticas bipersonales. La idea de “los otros en nosotros” está orientada a que la relación con otras personas pueda crear en los pacientes la movilización de sus estructuras internas, inmóviles y fijas. García Badaracco ha llegado a este planteamiento desde su trabajo en los grupos multifamiliares (padres, familiares, terapeutas y pacientes) entendiéndolo como el motor fundamental de un proceso terapéutico de estas características. Y es esa imagen la me lleva a sostener la necesidad de un equipo porque ante los miembros del equipo el paciente puede encontrar la diversidad imprescindible para una movilización tan compleja. El trabajo en equipo con estas personas es más una necesidad que una elección.

En cualquier caso, no deberíamos nunca olvidar aquel axioma de Gabbard ⁽¹³⁾ que dice que son mayores las similitudes que las diferencias entre los miembros de un equipo y sus pacientes.



Fuente: escueladeperdidas.blogspot.com

A PROPÓSITO DE LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM) DE LA COMUNIDAD DE MADRID

*Antonio Espino Granado. Médico Psiquiatra
Jefe de Servicio. CSM de Majadahonda/ H. U. Puerta de Hierro*

a. INTRODUCCIÓN

Los Centros de Salud Mental se han desarrollado entre nosotros siguiendo el modelo comunitario de atención a la salud mental que se establece en los años '80 y que tiene su principal referencia documental e institucional en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad.

El surgimiento de los CSM responde a dos principios de actuación marcados por la Ley de Sanidad: potenciar la atención a la salud mental en el ámbito comunitario (en el entorno habitual del enfermo) y dar atención integral al enfermo mental, lo que incluye las tareas de rehabilitación en coordinación con el resto de servicios de protección social.

el sistema sanitario público
se consolidará manteniendo
sus niveles primario
y especializado
fracturados entre sí

Frente al modelo tradicional de asistencia psiquiátrica con el eje en la hospitalización (manicomial y de beneficencia) y el añadido de una asistencia ambulatoria ineficiente (las viejas consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social), la nueva atención a la salud mental se configura en forma de red de servicios capaz de abarcar e integrar los diversos niveles de atención sanitaria y social, priorizar la atención dentro de la comunidad y responder organizativamente a la complejidad del trastorno mental mediante la ordenación funcional (niveles primario y especializado) y territorial (zona básica, distrito y área de salud) de los distintos recursos socio-sanitarios disponibles, garantizando la continuidad de cuidados del enfermo mental dentro de una red integrada en el sistema público de salud.

En la práctica, sin embargo, el sistema sanitario público se consolidará manteniendo, en gran medida, sus niveles primario y especializado fracturados entre sí.

Los equipos de salud mental comunitaria que aparecen con la reforma psiquiátrica tendrán asignados, al menos sobre el papel, una función estratégica en el desarrollo de la misma, constituyéndose el Centro de Salud Mental en eje tanto del dispositivo asistencial como del proceso de reformas. Se trata de una estructura clínica, asistencial y de gestión necesaria para articular el conjunto de servicios de atención a la salud mental y que se ha ido desarrollando en base a diferentes experiencias. Desde una perspectiva conceptual, no es una simple variante de la consulta externa hospitalaria o el dispensario de higiene mental anejo al hospital psiquiátrico ni existe en el resto de la red sanitaria una estructura similar. Tendrá la misión de coordinar e integrar propuestas y dispositivos provenientes de varias administraciones y distintos proyectos de cambio.

La implantación de los CSM, muy especialmente en su primera fase, sirvió para mejorar de forma significativa la atención de los pacientes:

- Aumentando el número y tipo de pacientes en contacto con la red pública de salud mental (MÁS PACIENTES)
- Creciendo el número de enfermos crónicos en seguimiento en los CSM y fuera de las instituciones hospitalarias (MÁS SEGUIMIENTOS DEL EM EN LA COMUNIDAD)
- Ampliando el abanico de prestaciones dedicadas a la atención a la salud mental (MÁS TIPOS DE PRESTACIONES)
- Aumentando, igualmente, los recursos dedicados a la salud mental (MÁS RECURSOS CLÍNICOS Y DE REHABILITACIÓN)
- Haciendo más accesible a los pacientes, en su conjunto, la atención de su salud mental dentro del sistema sanitario público (MÁS ACCESIBILIDAD)

A más largo plazo, la creación de una nueva oferta asistencial creciente y mal definida, fácilmente accesible y gratuita, junto con la actitud tolerante de los profesionales aceptando todo tipo de problemas y el propio crecimiento de la demanda asistencial en el nivel primario, ha ido saturando los centros, al crecer sus recursos muy por debajo del crecimiento de la demanda de la población. En algún sentido, los CSM están corriendo el riesgo de “morir de éxito”.

La generalización de una cultura de demanda creciente de servicios de salud mental, no siempre justificable desde la consideración clínica de los trastornos psíquicos, ha hecho cada vez más necesario establecer medidas bien pensadas para su control:

- mejorando la coordinación con los equipos de primaria
- mejorando la capacidad de diagnóstico y resolución de problemas de salud mental del médico de primaria
- definiendo con más rigor el compromiso de atención a la salud mental existente en el nivel primario y el especializado (cartera de servicios)
- explicitando y homogeneizando los procesos asistenciales propios de la red de salud mental (instauración de protocolos de derivación y guías clínicas en primaria y especializada)
- mejorando la efectividad de las intervenciones de los CSM

A fecha de hoy, un conjunto de aspectos está generando una insatisfacción creciente entre los profesionales de los CSM con sus tareas clínico-asistenciales:

- la saturación asistencial y la burocratización de los centros orientados hacia la cantidad de actividad (oferta) en lugar de a evaluar resultados globales de la misma (calidad y efectividad)
- la reducción de la autonomía organizativa de los centros en favor de las políticas del hospital
- la falta de incentivos externos (formación) e internos (dificultad creciente para el desarrollo del trabajo en equipo)
- la falta de reconocimiento del papel que desempeñan como consecuencia de la devaluación de la atención a la salud mental realizada extramuros frente a la psiquiatría hospitalaria.
- la falta de una definición institucional clara del papel y objetivos de los CSM en el conjunto de la atención sanitaria y la salud mental
- la progresiva medicalización de la asistencia psiquiátrica
- las sucesivas promesas incumplidas por parte de las administraciones sanitarias y gestores públicos, atrapados en su actuación por exigencias de carácter mercantilista y asistencialista.

b. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

b.1. Sobre la atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid: el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014.

El Plan Estratégico de Salud Mental para el periodo 2010 a 2014 ha renunciado a los pocos compromisos asumidos por el anterior, careciendo de memoria económica y quedando reducido su papel a dar una serie de recomendaciones y algunos principios rectores para el desarrollo de las políticas a seguir en materia de salud mental en nuestra Comunidad.

Algunos de estos principios afectan directamente al desarrollo de los CSM, al proponer:

- La integración de la atención a la salud mental en los sistemas de información y gestión en la red sanitaria general.
- La territorialización de la asistencia a la salud mental, en base a los Centros de Salud Mental, junto con el derecho a la libre elección de centro y médico especialista en el ámbito de toda la Comunidad.

- La coordinación con la atención primaria mediante el establecimiento de protocolos de derivación y tratamiento y la definición de las responsabilidades clínico-asistenciales del nivel primario y el especializado (ordenación de la demanda asistencial).
- El carácter prioritario de los programas de atención a niños y adolescentes y a las personas con TMG y persistentes (Programas de continuidad asistencial)
- El desarrollo de la actividad clínico-asistencial de los CSM mediante equipos multiprofesionales y la importancia dada al trabajo en equipo.
- La implantación de procedimientos normalizados de actuación y guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica (homogeneización de la red de salud mental).

b.2. Sobre el proceso de integración de los CSM en los hospitales de la Comunidad de Madrid: luces y sombras.

Con la integración de la red de centros de salud mental en los hospitales de la Comunidad de Madrid en 2010 y su paso a depender de las direcciones médicas, se inicia un proceso de adaptación de estos centros a la cultura de los gestores de cada hospital, dando lugar a cambios en la organización de los mismos de distinto calado dentro de un contexto que prima el papel de la consulta clínica directa sobre el resto de actividades asistenciales y de coordinación del CSM y a la introducción de nuevas herramientas de apoyo a la actuación clínica consolidadas en la cultura hospitalaria, principalmente la informatización de la consulta clínica y el nuevo sistema de gestión de citaciones, junto a medidas de coordinación entre el área hospitalaria y extrahospitalaria de psiquiatría y salud mental.

El cambio en los instrumentos de apoyo a la actividad clínica de los profesionales ha supuesto, en muchos casos, dificultades añadidas de adaptación al no haberse entrenado y evaluado de forma sistemática a los profesionales de los CSM en el manejo de las nuevas herramientas.

Frente a la organización en red de los distintos CSM de la Comunidad, con un ámbito responsable de la coordinación administrativa –la Oficina Regio-

nal de Coordinación de Salud Mental–, los nuevos CSM se han estructurado como servicios adscritos a su hospital de referencia, poniendo en riesgo la continuidad de aspectos propios de su organización asistencial de corte más horizontal consolidada estos años en favor de una tendencia hacia grandes consultorios clínicos más fácilmente accesibles a la población, incluso, que las consultas externas del hospital.

La puesta en marcha de las agendas electrónicas –con su corolario, la nueva historia clínica– y la externalización, centralización y desprofesionalización del nuevo sistema de citaciones de “primeras consultas”, ha tenido un impacto negativo casi general sobre los tiempos de espera, que han aumentado de forma significativa.

A pesar del poco tiempo transcurrido y la ausencia de datos fiables del conjunto de la red, es posible llevar a cabo una primera valoración para proponer, en su caso, medidas que ayuden a corregir las disfuncionalidades observadas en este periodo tanto en relación con la oferta existente como con la evolución de la demanda asistencial.

En el caso del CSM de Majadahonda la puesta en marcha de las agendas electrónicas de cada profesional ha tenido también un impacto negativo sobre la accesibilidad de los usuarios al centro:

- En casos no preferentes para psiquiatra remitidos por los MAP al CAP, puede darse una demora de hasta 8 meses, pudiendo elegir el paciente, en todo caso, otros CSM con menos tiempo de espera si así lo considera (incluido el otro CSM del área de Puerta de Hierro).
- Cuando se trata de casos preferentes remitidos por los MAP al centro mediante una solicitud de VPE –están llegando casos desde los centros de salud de ambos Distritos del área de Puerta de Hierro– son atendidos en un plazo aproximado de un mes a partir de la solicitud. En estos casos el procedimiento seguido garantiza una derivación correcta desde un triple contexto técnico, normativo y de coherencia con la limitación de recursos del CSM, lo que juega en favor de una mayor eficiencia del dispositivo.

- La derivación no preferente para psicología clínica desde el CAP puede demorarse hasta tres meses en agendas de adultos y hasta cuatro en las de infantil.
- Si se trata de una derivación preferente a psicología clínica a través del SCAE, estamos dando citas con un mes en las agendas de adultos pudiendo llegar a dos para las de infantil.

c. SOBRE EL CRECIMIENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL CSM DE MAJADAHONDA

En nuestra opinión, el factor más influyente en estos meses en el crecimiento de los tiempos de espera ha sido un aumento no previsto de la demanda asistencial sobre nuestro centro. En la generación de este aumento de la demanda parecen haber intervenido distintos factores:

- Ha desaparecido el filtro que venía realizando el CSM (a través de la Comisión de Evaluación de Casos) sobre las derivaciones remitidas por los MAP y que permitía remitir y reorientar un porcentaje significativo de casos a otras unidades asistenciales (ej.: CAID del Distrito en el caso de las personas derivadas por consumo y/o abuso de sustancias, programas de conciliación familiar de los Ayuntamientos de la zona en casos de diferentes conflictos de pareja sin patología psíquica añadida, centros base de la Comunidad para la evaluación del grado de discapacidad, psiquiatras y clínicas privadas que ya atendían a esos pacientes, unidades especializadas para violencia familiar, servicios sociales de los ayuntamientos, unidades de atención psicopedagógica de colegios e institutos, etc.), descargando de esta forma las agendas de primeras consultas (reales) de los psiquiatras y psicólogos del CSM. Con la externalización, centralización y desprofesionalización de las “primeras consultas” este filtro ha dejado de funcionar, debiendo realizarlo cada facultativo en su primer contacto con el paciente.
- Es posible, también, que el procedimiento actual de obtención de cita con los especialistas de salud mental junto a la propia presión asistencial existente en el nivel primario esté generando un crecimiento artificial de la demanda y una derivación menos selectiva de los casos, lo que puede acabar reduciendo la motivación real de los usuarios y acentuar su perfil de pacientes-consumidores con consecuencias negativas sobre su compromiso real con el tratamiento.
- Junto a lo anterior, continúa existiendo un alto índice de fallos en las derivaciones que llegan desde el CAP, lo que obliga a su reprogramación “sobre la marcha” desde el propio CSM, con desaprovechamiento de falsas “primeras consultas” (casos que ya están en seguimiento con otro profesional del propio Servicio, niños remitidos a un profesional que sólo tiene agenda de adultos, pacientes que vienen por motivos ajenos a su tratamiento en el centro –por ejemplo, a por las recetas de su psiquiatra privado–, etc.) y, en consecuencia, con pérdida de la capacidad real del dispositivo.
- Ha aumentado la demanda de casos para psicología infantil muy por encima de nuestra limitada capacidad asistencial, al encargar a nuestro centro la dirección del hospital atender toda su área de influencia y coincidir, además, con la reducción de la oferta en este campo a menos de la mitad al estar de baja dos de las tres psicólogas clínicas que atienden estos casos, sin cubrir sus bajas. Esta situación se ha ido mitigando con distintos parches, como reconvertir las agendas mixtas de estos profesionales (atendían pacientes de todas las edades) en agendas exclusivas para el programa infantil (reduciendo la oferta general de psicología clínica de adultos) o aumentar el número de primeras consultas (reduciendo el tiempo para el seguimiento psicológico posterior de los menores de edad).
- Ha supuesto una vuelta de tuerca más en el crecimiento de la demanda la discrecionalidad con la que algunos MAP han empezado a derivar sus pacientes, a la vez, al especialista en psiquiatría y al especialista en psicología clínica del CSM, sin tener en cuenta ni las recomendaciones de la ORSM que propone –en consonancia con la normativa general de la Comunidad de Madrid–, derivar al especialista más adecuado para resolver el problema clínico de su paciente (psiquiatra, psicólogo clínico), pero no a los dos a la vez, ni nuestra limitada capacidad asistencial, ocupando su paciente un doble hueco para “cada primera consulta” en nuestro Centro. Cuando desde el CSM descubrimos con antelación dicha situación, podemos anular la cita con mayor tiempo de espera y ocuparla con un caso nuevo, pero esto, desgraciadamente, no siempre ocurre.
- Nos han empezado a llegar pacientes del Distrito de Collado Villalba que, hasta la fecha y de acuerdo con la territorialización de los CSM, derivaban sus pacientes al CSM de referencia de su Distrito. Al no tratarse del ejercicio de libre elección de centro y médico especialista, generan una disfunción organizativa artificial y aumen-

tan discrecionalmente la presión asistencial sobre nuestro Centro, cuyos recursos humanos, siempre por debajo de las necesidades reales, se han ido estableciendo en base a criterios de población atendida, en este caso los municipios que constituyen el Distrito Sanitario de Majadahonda. De otra parte, dicha actuación interfiere en la organización del trabajo en equipo de cada Centro de Salud mental con un impacto negativo sobre la propia calidad asistencial y la eficiencia en los resultados globales de estos centros.

- El sistema de bloqueos de las agendas electrónicas es menos flexible que las citaciones y cambios “artesanales” que se llevaban a cabo desde el propio centro (un ejemplo son los bloqueos por vacaciones del personal y su efecto temporal sobre el aumento de los tiempos de espera). Sin olvidar que pueden dar lugar a situaciones de inequidad en el acceso a las prestaciones, con tiempos de espera variables y aleatorios para cada paciente según el momento en que haga la solicitud.
- Una derivación extensiva a nuestro centro de las personas que acuden a la urgencia del hospital (mucho más accesible ahora que está en Majadahonda que cuando tenían que llegar hasta la calle Martín de Porres del antiguo hospital), a veces por incidentes psicosociales puntuales de pequeña o moderada importancia clínica y que podrían ser seguidos correctamente por su MAP, reducen los huecos para preferentes de las agendas de los profesionales del CSM en detrimento de otras personas con trastornos psíquicos de mayor severidad que necesitan ser atendidos con mayor intensidad y en el tiempo más breve posible.
- Por último el impacto de la crisis financiera actual sobre la población puede estar dando lugar a un crecimiento de la demanda real de usuarios del Distrito por una doble vía: un aumento del malestar emocional general y una mayor llegada de casos al sistema público desde la sanidad privada y los seguros médicos, un sector significativo entre los ciudadanos de nuestro Distrito y que ha venido permitiendo un funcionamiento razonable del centro a pesar de su insuficiencia de recursos en términos de población.

En relación con el paso al nuevo sistema de citaciones y la nueva organización de la actividad asistencial ha habido un crecimiento de la demanda (y de los tiempos de espera) que no se justifica por un incremento similar en la incidencia de nuevos casos de patología psíquica aparecidos en nuestra área de influencia.

d. SOBRE LA OFERTA DEL CSM A PARTIR DE LA NUEVA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

d.1. Antecedentes

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, se recoge la actividad comparada de los CSM de Distrito, a partir del Registro de Casos Psiquiátricos del año 2007. Al mantener la atención en salud mental un carácter personalizado, un indicador de primer orden para evaluar la actividad (y rentabilidad) asistencial de cada facultativo es el número de casos atendidos durante un tiempo, cifra que expresa la cartera de pacientes real de cada especialista del Centro, el número de pacientes a los que cuida su salud mental (con el apoyo del resto del equipo terapéutico). Al tratarse de centros con atención básicamente programada, horario reglado y disponer de criterios de buena práctica asistencial para toda la red (por ejemplo, tiempos mínimos para una atención correcta de los pacientes establecido desde la ORSM), el número total de casos atendidos en un centro determinado depende, en gran medida, de los recursos humanos puestos a su disposición, lo que sigue siendo muy variable en el caso de los centros de la Comunidad de Madrid.

Otro aspecto de interés en estos Centros es conocer la relación existente entre el número de casos nuevos atendidos y los pacientes en seguimiento, por darnos idea de la capacidad de absorción de casos nuevos del Centro y del índice de personas con trastornos crónicos en seguimiento a largo plazo dentro del CSM. En dispositivos sanitarios con un compromiso territorial, como es el caso de los CSM, a más años de funcionamiento más crece el número de casos en seguimiento estable dentro del centro, reduciéndose poco a poco y de forma proporcional la capacidad de absorción de casos nuevos si la plantilla del centro no crece. En los CSM de la Comunidad de Madrid este índice se encuentra actualmente en torno a los 2/3 de los pacientes atendidos: de cada tres pacientes vistos en el centro, uno lo es por primera vez.

Sorprendentemente, la media de asistencias por paciente y año no llega a 6, menos de una asistencia bimensual, cifra difícil de interpretar, sin embargo, al incluir estos centros pautas e intensidades de tra-

tamiento muy diferentes según los pacientes atendidos. En esa cifra se incluyen pacientes que vienen al centro, tienen una o dos consultas y son dados de alta o abandonan el tratamiento junto con enfermos psicóticos en fase aguda o subaguda a los que se les va a dar una atención intensiva y por parte de varios profesionales del servicio.

Distrito	Casos atendidos	Casos nuevos	Casos con contactos previos (Pacientes en seguimiento)	Consultas programadas
Majadahonda	5491	1752 (32%)	3739 (68%)	27.687
Collado Villalba	4699	1700 (36%)	2999 (64%)	26.220

Plan de SM 2010-14 (Año 2007)

Los últimos datos obtenidos en el CSM mediante gestión directa de los PIC de los MAP por la Comisión de Evaluación, en 2010, dan los resultados siguientes:

Casos atendidos	Nuevos/ Reinicios	Adultos/ Infantil	Normales/ Preferentes	Derivados a otros dispositivos
3475	2519/ 956	2942/ 533	2314/ 1161	295
100 %	72% / 28%	85% / 15%	67 % / 33%	8%

Comisión de Evaluación de casos (CSM Majadahonda)

Son dignos de tenerse en cuenta para la planificación de los recursos humanos dentro del centro los porcentajes referidos a adultos y menores de edad (> 5 a 1), a derivaciones normales y preferentes (2 a 1) y a pacientes que contactan por primera vez con el centro respecto de los que ya habían tenido algún contacto previo (2,5 a 1).

Igualmente, un 8 % de los casos derivados por los MAP no llegan a ser atendidos por ningún especialista del centro (psiquiatra o psicólogo clínico) al ser remitidos a otras unidades asistenciales o resueltos mediante una entrevista previa con la enfermera o la trabajadora social del centro.

d.1. La inclusión de la actividad de consulta en las agendas electrónicas

Los datos anteriores nos sirvieron de pauta a la hora de diseñar las agendas de los distintos profesionales del CSM.

un 8 % de los casos
derivados por los MAP
no llegan a ser atendidos
por ningún especialista
del centro

Las agendas electrónicas recogen exclusivamente la actividad de consulta directa de los profesionales de los CSM, una parte, sin duda, muy importante del conjunto de su actividad asistencial. Por indicación de la Unidad de Admisión trasladamos de la manera más fidedigna posible la actividad clínica directa de cada profesional a las nuevas agendas electrónicas, manteniendo la oferta general de los psiquiatras, psicólogos clínicos y personal de enfermería y trabajo social del centro. En la práctica, la dificultad de las nuevas agendas para dar cuenta de la práctica asistencial real desarrollada

en los CSM y una menor flexibilidad en la gestión de pacientes respecto de la que disponía previamente el CSM, junto a errores cometidos por los profesionales en su manejo —capturando menos actividad de la realizada—, ha dado lugar, al menos inicialmente, a una reducción de la oferta asistencial previa del centro.

Conviene remarcar los errores habidos en la aplicación de la nueva herramienta informática por parte de los profesionales del CSM y, en no menor grado, las limitaciones propias de dicha herramienta a la hora de capturar fielmente la actividad de los CSM. Sumando las deficiencias habidas en la captura de la actividad de consulta realizada con los pacientes a los propios fallos del sistema, hay un significativo descenso de la actividad recogida por el hospital respecto de la que se les remitía anteriormente por el sistema tradicional, habiendo contabilizado en el mes de marzo hasta 3747 citas de usuarios pendientes de ser gestionadas informáticamente por los profesionales, lo que puede ayudar a entender la diferencia encontrada entre la actividad realizada en el centro y la actividad capturada por los profesionales a través del sistema informático (SELENE).

Por último, las exigencias de puesta en marcha y gestión de la agenda electrónica, están necesitando de un tiempo asistencial extra en tareas burocráticas de nuevo cuño sacado del tiempo clínico real con que cuentan los profesionales para atender a sus enfermos.

d.3. Sobre nuestra experiencia

Lo ocurrido en estos meses nos plantea las siguientes cuestiones:

- Al contar con una plantilla muy corta para atender a la población del Distrito, especialmente en el caso del programa infantil, los tiempos de espera se disparan si no hay un control estricto de la demanda asistencial. En el caso del programa de infantil, además, se ha sumado la baja, no cubierta, de dos de las tres psicólogas clínicas con que cuenta, ambas con una amplia cartera de pacientes. En consecuencia, el CSM ha dispuesto de menos profesionales para una demanda creciente

de casos nuevos y de menos huecos libres el resto de profesionales al hacerse cargo de una parte de sus pacientes. A lo que aun podríamos añadir la ausencia por primera vez en la historia de nuestro centro de la rotación de un MIR de psiquiatría que, al carecer de agenda propia, podía hacerse cargo de forma puntual y con supervisión de un psiquiatra de plantilla de determinadas situaciones imprevistas.

- En el caso de la atención psicológica infantil a la restricción de personal se ha sumado un crecimiento de la demanda al facilitarse por primera vez a los médicos de familia de los CS del Distrito de Collado Villalba derivar casos para “psicología infantil” a nuestro Centro. Si con la baja prolongada y no cubierta de una psicóloga clínica con dedicación completa nos quedamos a la mitad de recursos, al darse de baja una de las dos psicólogas restantes, la disponibilidad real del Centro se quedó reducida a un cuarto del inicial..., ¡ahora para atender a los menores de todo el área de referencia del hospital!
- La oferta de pacientes nuevos del Centro antes de la inclusión de las agendas electrónicas tenía un número mínimo garantizado, salvo en el caso de vacaciones reglamentarias y/o bajas por enfermedad y/o maternidad. Junto a un número fijo de pacientes nuevos, cada profesional se hacía cargo de todos sus reinicios (pacientes que ya había atendido previamente en el centro), un número variable en cantidad según el criterio del profesional a la hora de dar altas y el tamaño de su cartera de pacientes, creciente cuanto más tiempo llevara en el Servicio. La menor flexibilidad de las agendas electrónicas nos obligó a hacer un cálculo medio de los huecos para “primeras consultas” sumando el total de nuevos y reinicios del último año del que teníamos cifras fiables y “homogeneizando” el número medio de reinicios por profesional que tenía el Centro. Al reprogramar pacientes de forma automática en las libranzas de guardia y otros permisos por formación, etc., se reducía la oferta real del Centro para primeras consultas, lo que hemos empezado a corregir. Por último la reprogramación obligada de las derivaciones equivocadas que llegan desde el CAP de pacientes “para primera consulta” con historia abierta en el Centro y profesional responsable del mismo, ha tenido un impacto también negativo sobre la oferta real del Servicio.

- La nueva organización de las citas ha reducido el importante papel clínico-asistencial que venía realizando el personal de enfermería y trabajo social del centro a través de la Comisión de Evaluación de Casos y con su participación en Programas asistenciales específicos del Servicio (Trastornos de la alimentación, alcoholismo, trastornos psicóticos crónicos, entrenamiento en relajación, etc.), haciéndose cargo de entrevistas de recepción, conteniendo al paciente mientras se le daba cita con un facultativo (psiquiatra o psicólogo), entrevistando a sus familiares o derivándolo a otras unidades asistenciales del distrito, del área o de la propia Comunidad de Madrid una vez analizado el problema presentado.
- A efectos de afrontar la falta de coordinación asistencial con la unidad de hospitalización psiquiátrica del hospital hemos incorporado al Programa de continuidad de cuidados de nuestro Centro la gestión de los casos dados de alta por las unidades de hospitalización (total y de día), habilitando huecos de gestión interna del CSM entre los existentes para preferentes y reinicios, ya de por sí limitados.

e. Sobre los objetivos a cubrir y las medidas a tomar

Es criterio sustanciado en los documentos relativos a planificación sanitaria que el hacer crecer indefinidamente la oferta como única respuesta frente al crecimiento genérico de la demanda y de los tiempos de espera (sin analizar e intervenir seriamente sobre las condiciones e ineficiencias de dicha demanda, conocer las necesidades reales de la población y tener en cuenta la capacidad y efectividad real de la oferta disponible a efectos de poder establecer prioridades), siempre conduce al fracaso, es decir, a nuevos desbordamientos de esa demanda no controlada y, en consecuencia, a una doble desmoralización y desafección final que afecta tanto al profesional, que se siente cada vez más incómodo y menos reconocido en su trabajo como al propio usuario, que siente cada vez más inaccesible y menos adecuado a sus necesidades el sistema sanitario público. Igualmente, es bien conocido, que en los sistemas sanitarios públicos bien organizados el primer y más sencillo elemento de control de la demanda, dentro de ciertos márgenes, es, precisamente la propia existencia de listas de espera.

Es cada vez más frecuente encontrarnos con visiones reduccionistas del problema que sólo hacen hincapié en garantizar a los usuarios una primera consulta rápida al precio (sanitario) que sea. Lo que ocurra después con ese paciente ya no es cosa suya. Sin embargo, aumentar la oferta de primeras consultas en el área especializada como principal y casi única decisión “de gestión” frente a las dificultades de acceso a la atención sanitaria, puede ayudar a consolidar una demanda artificial y perversa desde el nivel primario al facilitar derivaciones sin criterios claros y rigurosos, empeorando las condiciones reales de atención de sus pacientes por los especialistas, que no pueden regirse sin más en su actuación por la demanda generada desde atención primaria (número de derivaciones) sin introducir, a su vez, criterios de orden técnico en favor de una atención correcta, útil para el usuario y fuente de satisfacción para los profesionales.

Lo que significa, por tanto, que hay que arbitrar un conjunto coordinado de medidas si se quiere mejorar la capacidad y efectividad de las acciones de salud mental sin deteriorar la calidad de las prestaciones propias de los Centros de Salud Mental. Lo que hace necesario implicar en dichos objetivos a los profesionales de los Centros de Salud Mental, a médicos de atención primaria y psiquiatras que trabajan en los hospitales y en la urgencia. Sin olvidar, por último y muy especialmente, a los equipos directivos de los hospitales y a sus servicios de admisión.

• Proponiendo algunos objetivos

1. Del lado de la coordinación con la medicina primaria, es preciso promover una demanda más realista con una derivación cada vez más rigurosa y pautada de casos necesitados de apoyo especializado en salud mental.
2. Igualmente, el MAP debe estar en condiciones de poder discriminar el tipo de especialista del CSM (psiquiatra o psicólogo clínico) más adecuado para dar apoyo especializado al caso que está atendiendo.
3. Por último, el MAP debe poder concretar qué problemas clínicos deben ser objeto de apoyo especializado por parte del psicólogo clínico del CSM más allá del envío genérico para “apoyo psicológico y/o psicoterapéutico” de sus pacientes.
4. En relación con la actividad propia de la urgencia del hospital, es preciso discriminar los casos que

necesiten seguimiento especializado y preferente en el CSM frente a aquellos otros en los que, una vez resuelta la incidencia por la que fue el usuario a la urgencia, debe ser su MAP quien se haga cargo y valore la conveniencia o no de contar con apoyo especializado para su seguimiento posterior.

5. Los CSM deben tener condiciones organizativas y de personal suficientes para garantizar una oferta de primeras consultas adecuada y estable de acuerdo con las necesidades de los usuarios del Distrito y las posibilidades reales del centro, priorizando siempre la atención de los pacientes preferentes y el seguimiento de los enfermos crónicos severos
6. En relación con lo anterior, es preciso contar con programas concretos que garanticen una atención clínicamente correcta y en tiempo razonable al menos de los pacientes del Distrito que exijan atención preferente cuando sobrepasen las capacidades técnico-asistenciales exigibles a la atención primaria y contando siempre con su apoyo para el seguimiento general de la salud de las personas con trastornos mentales de evolución crónica

• Proponiendo algunas medidas

1. Para mejorar la coordinación con el nivel primario, conviene disponer de tiempo para reuniones de trabajo con los responsables de los Centros de Salud de cada Distrito, en el ámbito de la formación continuada. Entre las posibilidades a explorar podrían estar:
 - realizar grupos quincenales de discusión técnico-asistencial (Grupos “tipo Balint”)
 - contar con un buzón en el CSM para preguntas y dudas de los MAP en relación con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, como forma de resolver dudas sencillas del MAP y reducir, de esta forma, el número de derivaciones
 - acordar protocolos de derivación en base a las Guías de buena práctica asumidas por la comunidad científica (Sociedades de Medicina de familia, de Psiquiatría y de Psicología clínica)
2. Teniendo en cuenta el desbordamiento de la demanda actual, los MAP han de derivar a sus pacientes –salvo casos especiales acordados o sujetos a libre elección– al CSM de su Distrito de referencia.



Fuente: notisanpedro.blogspot.com

3. Los CSM deben garantizar una oferta clínica global, estable y suficiente de sus facultativos, reprogramando las libranzas de guardias, días por asuntos propios, permisos docentes de distinto tipo, etc. en huecos de consultas sucesivas, e incluyendo en esta medida también los cambios de especialista realizados dentro del Centro a petición de los usuarios. De esta forma, la oferta de los CSM sólo se vería afectada por las bajas de enfermedad, en cuyo caso el mantenimiento de dicha oferta quedaría en manos de los servicios de inspección médica y de su cobertura por parte de la gerencia del hospital
4. Para poder garantizar una oferta estable y suficiente cuando la escasez de recursos es la norma y las agendas de los profesionales están cada vez más apretadas, es necesario cubrir las bajas y cerrar las agendas al exterior (CAP) mientras dichas bajas se cubren
5. Hay que recuperar y potenciar la capacidad clínico-asistencial del personal de enfermería y trabajo social de los CSM para atender, contener, descargar y distribuir dentro del Servicio una parte de la demanda en base a criterios protocolizados y basados en el ejercicio de buenas prácticas en este campo asistencial. Esto se ha de llevar a cabo:
 - recuperando las entrevistas de recepción semiestructuradas para determinados casos preferentes a efectos de su valoración, contención asistencial y derivación interna a psiquiatra o psicólogo del Servicio en tiempo adecuado a su situación clínica.
 - incluyendo los pacientes del Distrito ingresados dentro del Programa de continuidad de cuidados y tutorizando las altas y su derivación a los profesionales del CSM a través de los profesionales del CSM que participan en la Comisión de Rehabilitación psiquiátrica del área.
6. Los CSM deben participar en la formación de los MIR de psiquiatría de acuerdo con sus posibilidades reales y las indicaciones del programa de formación de especialistas, y no en base a la actuación discrecional del servicio de psiquiatría del hospital en esta materia. La rotación por los CSM de los facultativos en formación, por tanto, debe corresponderse con la capacidad asistencial y docente real de los mismos, tanto directa como indirecta (donde debe incluirse, junto a los programas del Centro de actividades de Día, la coordinación del resto de recursos de rehabilitación e integración social del enfermo mental), disponiendo al menos y de forma estable, de un MIR de tercer año con capacidad para realizar durante un periodo formativo de rotación anual una atención psiquiátrica ambulatoria eficiente con supervisión.
7. Es preciso contar con un Programa de actuación en salud mental para el área de referencia de cada hospital, que incluya medidas de incentivación de los profesionales y busque mejorar el rendimiento de las unidades hospitalaria y extrahospitalarias y una mayor equidad en sus recursos respecto de la población a la que atienden y su carga real de trabajo. Para ello se tendrán en cuenta las aplicaciones derivadas de los contratos-programa, actualizadas y adaptadas a los CSM así como los criterios establecidos por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, el Plan Estratégico de Salud Mental aprobado por la Comunidad de Madrid y los documentos técnicos promovidos desde la ORSM.
8. Es preciso, igualmente, actualizar y concretar las “Directrices generales para la organización de los CSM” elaboradas en su momento por la ORSM a través de un Grupo de Trabajo para el “Análisis de la demanda en salud mental”, adaptándolas a las nuevas circunstancias surgidas con la integración de estos centros en sus respectivos hospitales y garantizando un funcionamiento racional y homogéneo de los mismos.
9. Igualmente, hay que reorganizar, en colaboración con la Unidad de Admisión del Hospital, los datos incluidos en “el cuadro de mandos para evaluación de los servicios”, adaptándolos a las necesidades de información propias de los CSM para poder evaluar su funcionamiento y rentabilidad sanitaria, utilizando para ello la experiencia acumulada en este aspecto y a lo largo de todos estos años a través del Registro de Casos Psiquiátricos de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid.
10. Para poder evaluar la actividad global y real de los CSM (más allá de los clásicos “nuevas y sucesivas” de los psiquiatras) hay que habilitar las agendas electrónicas de todo el personal del Centro que realiza actividades sanitarias, con sus autorizaciones pertinentes, y garantizar el manejo efectivo de las mismas por parte de todo el personal.

Denia, a 6 de abril del 2012.

hem(●)s leído...

Mariano Hernández Monsalve



ALTERNATIVES BEYOND PSYCHIATRY

Peter Stastny, Peter Lehmann (Eds.).

Peter Lehmann Publishing. Berlin / Eugene / Shrewsbury 2007

Aunque a casi todos nos suena la creciente pujanza del movimiento de usuarios, generalmente tenemos escasa información de lo que se cuece a este respecto, tanto en ámbito nacional como internacional y, salvo excepciones, es una información que alojamos en los archivos de lo anecdótico, lo periférico a nuestras preocupaciones más consistentes. Aún así, eppur si mouve, de modo que en los últimos 20 años se vienen acumulando un buen número de experiencias de muy distinto calado a nivel internacional que dotan a este movimiento de una personalidad cada vez más robusta, y con más fundamente teórico y práctico, en gran parte articulado en torno a la red europea y mundial de los “ex-usuarios y supervivientes de la psiquiatría” (ENUSP y WNUSP, respectivamente) y más recientemente (desde 2003), en INTAR (The International Network Toward Alternatives and Recovery) .

El libro que comentamos es ya de hace cinco años (versión original en alemán, traducido al inglés), pero puede ser considerado de total actualidad. Aporta una magnífica recopilación y puesta al día de muchas de las experiencias más significativas, y recoge un amplio arco de perspectivas, desde distintos ángulos de visión, desde los más críticos con cualquier lectura tecno-profesionalizada del sufrimiento psíquico, hasta las de mayor permeabilidad y colaboración entre los “expertos en primera persona y los expertos mediante formación” (Soteria, Windhorse, Open Dialogue, Runaway-House, Crisis Hostel...), pasando por las distintas experiencias de autoayuda, incluyendo la más conocida red de Intervoice (de los “escuchadores de voces) que marcan el eje de esta colección de experiencias ¿renovadoras, complementarias, alternativas? Y, en los capítulos finales, reflexiones ilustradas (con la colaboración de algunos psiquiatras, como Pat Bracken, uno de los protagonistas más activos del pensamiento crítico en psiquiatría) en torno al sentido de la Psiquiatría a día de hoy, y de los nuevos paradigmas emergentes.

Peter Lehmann, pedagogo y editor de profesión, es ya conocido por el lector del boletín (su libro “Coming Off Psychiatric Drugs” publicado en 2004 fue también comentado en estas páginas); es uno de los líderes del movimiento internacional de ex-usuarios y supervivientes y probablemente tendremos ocasión de contar con su presencia en las próximas Jornadas de la madrileña.

(Ampliar información en www.peter-lehmann.de/espanol)



MEDICALIZAR LA MENTE

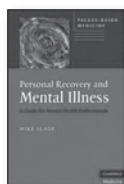
¿Sirven para algo los tratamientos psiquiátricos?

Richard P. Bentall. Herder. Barcelona 2011. Prólogo Jorge Tizón

Ya el título y el propio subtítulo de este libro producen efectos en el lector, alentando las tendencias indagatorias del escéptico o los temores antipanfletarios (quien no co-

nozca la trayectoria profesional y científica de Richard Bentall podría pensar que el subtítulo lo alinea en esa posición: ¿es que a día de hoy se puede poner en duda, seriamente, la utilidad de los tratamientos psiquiátricos?...). Bentall se vale de esta pregunta provocativa para ilustrarnos un recorrido que, ¡ahora sí! con todo rigor académico del profesor universitario, incluye una revisión tan bien documentada como reflexiva del nacimiento de la psiquiatría como disciplina médica, y se aviene a afrontar tres mitos sobre las “enfermedades” (¿ no quedamos en que son trastornos?) mentales: la significación y relevancia de los diagnósticos psiquiátricos, la dimensión genética de los mismos, o su pertenencia a la fisiopatología del cerebro. En la tercera parte, se revisan críticamente la relevancia terapéutica de los psicofármacos, especialmente los antipsicóticos y los antidepresivos, las psicoterapias y las intervenciones psicosociales, para finalizar con el imprescindible “balance y perspectivas” de nuestros clásicos documentos, qué el formula en modo interrogante ¿Qué tipo de psiquiatría desea?.

El libro me parece imprescindible para el profesional que quiera ejercer una clínica que pretenda algo más que el cumplimiento de protocolos, y desconfíe de las soluciones simplonas. A su vez, concluye con un excelente prólogo de Jorge Tizón, que por sí mismo merece un lugar en las baldas de la biblioteca



PERSONAL RECOVERY AND MENTAL ILLNESS.
A guide for Mental Health Professionals.
 Mike Slade. Cambridge University Press. 2009

Aunque “la recuperación” está injertada en el propio concepto de terapia, y ése es, por encima de todo lo demás, el propósito de cualquier intención o cualquier proyecto terapéutico, la propuesta de “recuperación personal” ha ido calando en la terminología de la salud mental como propuesta de los usuarios de los servicios - y de los ex-usuarios y del movimiento internacional de los autodenominados “supervivientes”- para referirse a la experiencia personal de viaje (es una metáfora muy utilizada al referirse a la recuperación) desde el sufrimiento, el estigma , la multiplicidad de renuncias y duelos en que consiste la experiencia de ser considerado y sentirse enfermo mental, hacia los territorios de la reconstrucción de la persona, de su identidad, de su lugar en la vida, desempeño de roles socialmente reconocibles y valorados, despliegue de un proyecto de vida a compartir según las peculiaridades de cada cual y tantos etcéteras, siempre conectados con el sentido y significado de la vida...

Palabras clave: *empoderamiento, autonomía, esperanza...*

A lo largo de estos últimos años, el término recuperación ha sido también empleado con otros significados algo distintos, en mayor conexión con la dimensión clínica, o como equivalente a remisión de síntomas o mejoría significativa en las funciones, con la consiguiente merma de discapacidad. Por esto aparecen como distintos; a veces como complementarios, a veces como contrapuestos los términos de recuperación personal y de recuperación clínica

En este excelente libro de Mike Slade se recoge muy bien esta disyuntiva y se propone un marco trabajo para los clínicos, que asienta sobre los principios de la recuperación personal. Además, lejos de eludir los aspectos más controvertidos (el choque de la cultura centrada en la eficiencia y la centrada en la recuperación, y de las inseguridades y controversias que el modelo sugiere, tanto entre los usuarios como entre los profesionales) lo aborda en sendos capítulos finales, así como también su impacto en la organización de los servicios.

En el capítulo de agradecimientos, el Dr. Salde los dirige a sus colegas que le permitieron un año de alejamiento del servicio para preparar este texto (¡podemos tomar nota del truco!!), agradecimiento en que uno se siente imbuido a suscribir también como lector.



TÉCNICAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA.
 Jesús García-Martínez. Ed. Síntesis. Madrid 2012

El interés del libro es doble, pues demuestra por un lado el asentamiento de las terapias narrativas entre nosotros, lo que no puede ser de otro modo, aunque solo sea por nuestra arraigada tradición de contarnos historias y de hacer nuestras propias versiones de lo vivido, lo sucedido y de lo que hubiera podido ser, además de la no menos consistente tradición literaria y escénica. Y por otra parte, nos aporta una aproximación práctica – tan coloquial, y doméstica si se me permite la expresión, como rigurosa y bien fundamentada-, mediante una colección de herramientas técnicas para trabajar esta tan antigua como novedosa forma de abordar el psiquismo, que a muchos puede servir de texto introductorio a la perspectiva de las narrativas en psicoterapia.

El libro está pensado para abordar la amplia gama de trastornos antiguamente llamados neuróticos Y entre sus aportaciones más interesantes (y esto es sesgo de quien hace este co-

mentario) está un capítulo dedicado a las “técnicas dialógicas” y un capítulo final dedicado a lo que titula como “la utilidad de la producción de escritos”.

El interés pedagógico del libro se pone de manifiesto con una de preguntas de autoevaluación, que más de uno agradecerá y otros muchos pasarán por alto, sin que pierda ni un ápice de valor esta interesante publicación.



ENTRE DOS MUNDOS.

Más allá de los trastornos mentales

May González Marqués. Ed Miret. Barcelona 2012

Como la propia autora se encarga de informarnos, May es una mujer de 43 años que estudió psicología, trabajo profesionalmente en el doblaje, y luego en otras actividades; que vive con su pareja, cuida a su madre, queda con los amigos y aprovecha lo mejor que puede su tiempo de ocio; y que desde hace 10 años tiene entre las cuestiones más importantes de las que preocuparse el atender los avatares e incidencias que se le han venido produciendo en su vida a raíz de ser diagnosticada de trastorno bipolar. Este es el desencadenante, el motivo de ponerse manos a la obra para sacar adelante este libro.

No es un libro al uso, no tiene pretensiones de psicoeducación convencional, ni de propiciar adherencias ni adhesiones a tratamientos ni a creencias específicas; no es una psicobiografía, ni mucho menos un relato de una víctima de enfermedad ni del destino. No sabría muy bien como definirlo, excepto por los efectos que proporcionó a este lector, a la sazón crítico ocasional de esta sección de “hemos leído”, del boletín de la madrileña: una impregnación de franqueza, valor, buen humor y buena dosis de originalidad. Escrito a modo de diálogo, conseguido al desdoblarse la autora en entrevistadora y entrevistada, la propia estructura literaria proporciona fresca y fácil lectura. Desprovisto de cualquier atisbo de autocomplacencia, ni en lo exitoso de los logros, ni en los desgarros del dolor de las peores crisis, May González nos facilita el acceso a muchos de sus devaneos, de su periplo interno para afrontar el desconcierto por esa bipolaridad inesperada, tan desconocida al principio, a la que va acercándose mediante una actitud de obligada curiosidad; curiosidad científica en unos momentos, y experiencial siempre. Nos pone al tanto de sus progresos en la aventura de ir descubriendo por sí misma y en su propia persona los enigmas de la tal bipolaridad, de su obligada circulación por el circuito asistencial, acusando los efectos secundarios (de la medica-

ción y de los servicios de salud mental), la desinformación, la soledad y desconcierto de los familiares, las múltiples caras del estigma, del que logró curarse por méritos propios (aceptación de sus variables personales, incluidas la vulnerabilidades, junto a conexión sincera con lo mejor de sí misma, y compromiso con la propia vida- separación constructiva del nido familiar de origen, abrirse a compartir, sentirse afortunada por querer y ser querida por Vicente, su pareja).

No faltan críticas ni sugerencias para que los profesionales demos un par de pasos adelante en favor de una mejor atención, más allá del trastorno-, a la persona que nos visita. Muchos otras personas aquejadas de algún trastorno mental podrán captar otras muchas sugerencias, y agradecerán el buen tono, realista esperanzado y bienintencionado que impregna todo el relato.

LA PSICOSIS.

Ideas sobre la locura.

Vicente Molina. Biblioteca Nueva. Madrid 2012.

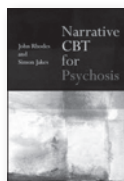


Concebido como una continuación de su publicación anterior “Las puertas abiertas de la cordura”, el libro representa un magnífico esfuerzo de actualización, síntesis e integración de una buena colección de aportaciones científicas sobre la psicosis, con especial relevancia de las neurofisiológicas, genéticas, sociodemográficas epidemiológicas y neuropsicológicas, incluyendo todo el espectro de novedades en torno a la llamada “teoría de la mente”. En estas áreas es el mejor texto disponible para ponerse al día; la información es clara, muy bien elaborada y ordenada. Lo hace desde una perspectiva académica no reduccionista, insistiendo en la necesidad de activar el imprescindible dialogo entre el discurso social, académico y científico. Y no escatimando en absoluto la toma de posición respecto alguna de las cuestiones más controvertidas, como es el papel de la industria como propagandista de la perspectiva de “psiquiatría centrada en el fármaco” que nos resultan tan familiares, y que el autor aborda de forma clara y bien informada.

El hilo conductor de su visión conceptual de la psicosis (en lo que atañe al encuadre nosológico, la etiopatogenia, lo psicopatológico) es, siguiendo el planteamiento ya iniciado en su anterior “Las puertas abiertas de la cordura”, conectar la psicopatología con los avatares de la psicología normal y apostar por lo tanto por la versión dimensional de los trastornos, frente a las versiones actuales centradas en las categorías.

No es un tratado sobre la clínica de la psicosis, y no aborda por tanto los aspectos más específicamente clínicos ni los procesos terapéuticos ni asistenciales.

En el capítulo final deja las ventanas abiertas a ese diálogo con otros saberes, que no son los académicos actuales, y lo hace acercándose a los planteamientos del construccionismo, dejando apenas esbozadas líneas a las que sin duda habrán de dedicarse múltiples esfuerzos en los próximos años.



NARRATIVE CBT FOR PSYCHOSIS.

John Rhodes and Simon Jakes.

Routledge. London and New York 2009

No parece requerir mucha explicación de entrada el que los autores propongan esta particular modalidad de integración, intentando un ensamblaje de dos perspectivas terapéuticas que viene demostrando su utilidad el abordaje de las psicosis, la perspectiva de las narrativas y la terapia cognitivo-conductual. Aunque en realidad, el modelo que nos proponen se apoya en un triplete, siendo el tercero “la terapia focal de solución de problemas”—Solution Focused Therapy (SFT)—, (si recordamos que es el modelo que tiene por referencia a Shazer, muchos lo identificarán mejor), que también cuenta con sus buenos resultados en terapia de psicosis.

El libro refleja la trayectoria —intelectual y pragmática— de los autores al efectuar estos ensamblajes, que parecieran estar desde el principio diseñados para encontrarse, sumando la perspectiva pragmática y sistémico-contextual de la TSF con la no menos racional y pragmática de las técnicas cognitivo-conductuales y la flexibilidad y adecuación a la subjetividad peculiaridades más biográficas y personales de las narrativas en su búsqueda de indagación del sentido significado de la experiencia de cada cual “en la salud o en la enfermedad”.

Aunque nos proponen un método de trabajo concreto y estructurado, no parece que los autores esperen un seguimiento al dictado por cada terapeuta que quiera aventurarse en seguir el mismo rastro en los procesos terapéuticos con sus pacientes; las terapias tendrán necesariamente esa dimensión creativa que hace cada proceso irrepetible.

El texto no se limita a una terapia centrada en síntomas, sino en la persona y la vida del paciente, de modo que dedica los

capítulos finales a consideraciones en torno a las amplias necesidades de la vida de relación y social de los pacientes, que van más allá de lo que se trabaja en el despacho, y conecta el fin de la terapia con al necesaria perspectiva de recuperación

Como aportación complementaria nos ofrecen una breve colección de 9 apéndices, con elementos que puedan ayudar, a modo de guía, en la evaluación y en cada una de las modalidades de intervención que nos proponen.

Los muy interesados en la materia podrán conocer más y mejor esta propuesta si acuden al próxima convocatoria del “Curso anual sobre la esquizofrenia” en el otoño madrileño, al que está previsto que acuda John Rhodes.

Y de forma complementaria, a título meramente informativo, decir que se publicó en noviembre de 2011 el libro: **PSICOTERAPIA Y REHABILITACIÓN PARA PACIENTES CON PSICOSIS**. Mariano Hernández y Pilar Nieto. Coautores: Isabel Blasco, Mercedes Chico, Carmen Ferrer, Eva Muñiz, Antonio Tarí. Ed Grupo 5. Madrid 2011.



panóptico

UN CENTRO DE SALUD MENTAL MULTADO POR ACUMULAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LA PUERTA.

El Jefe del Centro era un extremista biopsicosocial.



Fuente: blog.fractalteams.com

JOHN BUSH REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. La Concejalía de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Madrid ha multado a un Centro de Salud Mental por acumular varias toneladas de problemas psicosociales en la puerta del ambulatorio y su responsable podría ser acusado de inducción a delito medioambiental. Al parecer, desde hacía más de un año el sistema de gestión de residuos psicosociales no funcionaba adecuadamente. Fueron los propios trabajadores de salud mental los que advirtieron el problema y hace seis meses aplicaron un subproceso de contingencias, que fue infructuoso. “Se llamaba a todos los pacientes citados y se les pedía que dejaran los problemas psicosociales en su casa antes de venir a consulta, pero daba igual, venían con ellos”, comenta una administrativa. Fuentes de la Concejalía de Medio Ambiente han señalado los pacientes de este país tienen “la mala costumbre de mezclar siempre los síntomas con sus problemas personales y dejarlos en cualquier sitio”. Por su parte la Consejería de Sanidad declina cualquier responsabilidad. Señalan que el responsable de ese centro era partidario de una corriente psiquiátrica extremista llamada “biopsicosocial” que, si no se pondera, acaba tratando enfermos y no enfermedades. Por esta razón la propia Consejería está barajando la hipótesis de denunciarlo por inducir a las personas a descargar sus desechos psicosociales en el Centro con fines ideológicos.

EMILIO BOTÍN SE COMPRA EL HOSPITAL DE VALDECILLA PARA ÉL SOLO.

Invitará a su amigo Ted Lange a despigmentarse.



Fuente: misscompras.com

LUCAS SKYBEING. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. El presidente del Banco de Santander, Emilio Botín, ha mostrado su enfado con las propuestas de algunos dirigentes conservadores de restringir el acceso a la sanidad pública a las rentas más altas, comprando el Hospital de Valdecilla, el mayor de Santander, para usarlo “él solo”. Botín, que hace unos meses al ser preguntado por este tema señaló que “el la tiene más grande (la fortuna)”, está indignado con la posibilidad de perder sus derechos de ciudadano. Harto ya de que jugaran con la universalidad del sistema a su costa, ha decidido comprar todo el hospital para “hacerme un chequeo por aparatos diario y crearme mi propia cartera de servicios. A quién le moleste que se compre otro”. De esta guisa se despachaba con los periodistas el Presidente del Banco de Santander. Para Botín, “los hospitales o son de todos o son míos” según ha declarado esta misma tarde a un medio cántabro. Ni siquiera es partidario de que los use su familia hasta que no demuestren que no viven de las rentas. Al que si piensa invitar es a su amigo personal Ted Lange, conocido por su papel como camarero en “Vacaciones en el Mar”, que se está sometiendo a un tratamiento de despigmentación para convertirse en blanco.

CAPIO GANA EL CONCURSO DE ADJUDICACIÓN DE LA PLAZA DE LAS VENTAS.

Se teme que se sustituyan los toros por renos.

JOSEPH MULBERRYTREE. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. CAPIO, una de las principales empresas privadas de la sanidad madrileña, se ha hecho con la adjudicación de la Plaza de las Ventas para los próximos diez años tras ganar el concurso licitado por la Comunidad de Madrid. Al tratarse de una multinacional de origen sueco, sin experiencia en el mundo taurino, la decisión ha generado entre los aficionados el temor a que se sustituyan los toros de lidia por renos, que son más rentables. El crítico taurino-liberal, Bienvenido San Miguel, que defiende la fiesta y el toro sin reservas y amigo personal de Esperanza Aguirre, considera, por el contrario que es una oportunidad de negocio y renovación contar con los emprendedores suecos. "No hay que olvidar que CAPIO cuenta con la experiencia de la atención sanitaria, que no deja de ser parecida a los procesos de la ganadería industrial", señala el crítico, que tampoco ve objeciones en que se pinte la plaza de color salmón o se instalen saunas en los toriles.

LOS NIÑOS TRATADOS CON PSICOESTIMULANTES EN VEZ DE CRECER CAMBIAN DE NIVEL.

Es un hallazgo tranquilizador para miles de familias.

CHUCHO SWIMMINGPOLL. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. La idea que se desprendía de algunos estudios médicos de que

los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tratados con psicoestimulantes podían padecer un retraso del crecimiento podría ser engañosa. Un estudio reciente de expertos de la Universidad de Utah, publicado en el Springfield Academy of Pediatrics concluye que estos niños sí que se desarrollan, pero que en vez de crecer suben de nivel. En el seguimiento de los casos de niños con retraso del crecimiento los investigadores observaron como a los pocos meses los niños TDAH Nivel I evolucionaban a niños TDAH Nivel II adquiriendo nuevas habilidades, mayor capacidad energética y un nuevo aspecto. Las transformaciones han sorprendido tanto al equipo investigador como a los propios padres. Un vecino de Salt Lake City comentaba que su hijo al pasar al nivel 5 comenzó a hablar con acento tejano y otro que, el suyo, en el nivel 7 se hizo vegetariano. Jeremy Irons, investigador principal, asegura que sus resultados son un mensaje tranquilizador para las familias de estos niños respecto a su evolución y puedan seguir tratándolos adecuadamente.

EL TROIKAMAZIN NO CALMA A LOS MERCADOS Y ES ADICTIVO.

Investigadores griegos dicen que son intratables y piden su incapacitación.

HERNAN SUMMERBLUE. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID El problema de cómo calmar a los mercados es uno de los principales retos a los que se enfrenta la comunidad científica. Los Psiquiatras parece que se han puesto de acuerdo en que un porcentaje elevado de mercados sufren una nueva enfermedad llamada Dysruptive Mood Dysregulation Disorder, que se po-



Fuente: deficitdeatencioneinatencion.blogspot.com



Fuente: clarin.com

dría traducir como trastorno de la regulación del temperamento. El DMDD es una nueva enfermedad descubierta que se caracteriza por episodios recurrentes de ataques de ira desproporcionados en intensidad o duración a la situación presente. Los arrebatos se pueden manifestar en forma de agresiones verbales o físicas hacia personas o propiedades, deben suceder más de tres veces a la semana y a ojos de otros (profesores, médicos, familiares, etc.) el humor predominante entre las crisis es irritable. Hasta ahora el tratamiento más utilizado para calmar a los mercados ha sido un cocktail de privatizaciones, recortes e inyecciones de dinero conocido como Troikamazin comercializado por un laboratorio francoaleman y cuya eficacia está cuestionada. Un ensayo clínico realizado por psiquiatras griegos del hospital de Kilis, donde la prevalencia de mercados irritables es extraordinariamente alta, ha demostrado que el Troikamazin no es superior al placebo en eficacia calmante y además es altamente adictivo. Para el psiquiatra Georgios Seitaridis, no tiene sentido utilizar una medida terapéutica tan costosa para la población visto que no solo no sirve para calmar el comportamiento de los mercados, sino que además los empeora. Seitaridis defiende que la única medida posible es declararlos incapaces y someterlos a tutela judicial.

UNA FAMILIA DEL 15 M COLAPSA UNA CONSULTA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.

La presencia de un gerente perroflauta empeora la situación.

JOHN BUSH. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID Los familiares de J.M.Z., un paciente de un Centro de Salud Mental simpatizante del movimiento 15M, colapsaron durante cinco horas la consulta de un psiquiatra al exigir que la nueva medicación que se le iba a prescribir se decidiera por consenso en una asamblea familiar moderada por otro paciente. La asamblea comenzó en la consulta del psiquiatra a las nueve de la mañana. Enseguida se vio que había dos bandos: los que radicalmente se oponían a ponerle la nueva medicación y los que radicalmente se manifestaban a favor de prescribírsela. Ante la falta de acuerdo de la asamblea familiar el psiquiatra solicitó la presencia del gerente del hospital, un conocido perroflauta con un máster en resolución de conflictos, que, sin embargo, fue recibido al grito de “que no, que no, que no nos representa” y tuvo que abandonar el lugar. Entonces la reunión continuó en la sala de espera, ampliándose el debate al resto de pacientes y profesionales. Finalmente la asamblea decidió por consenso que

la probara el representante del laboratorio que se encontraba en la sala, pero este se desmayó y fue trasladado a un hospital cercano. Los familiares han convocado una nueva asamblea en la próxima cita dentro de tres meses.

UNA PACIENTE PIDE A UN JUEZ SER TRATADA INVOLUNTARIAMENTE PARA QUE LA ATIENDAN.

Le daban el alta sistemáticamente a pesar de ser prima de Riesgo.

FELICIANA CRESPINY. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. Andrea Calaf Riesgo, una mujer de 55 años de San Martín de la Vega, ha solicitado al Juzgado ser sometida a una medida de tratamiento psiquiátrico involuntario para conseguir ser atendida al menos una vez al mes en el Centro de Salud Mental que le corresponde. Andrea no sufre ninguna enfermedad mental, pero tiene mucho miedo de padecerla por la carga familiar por parte de madre. Los Riesgo son una familia con una alta prevalencia de psicosis entre sus miembros. Al ser Andrea prima de Riesgo considera que es susceptible de alguna intervención preventiva. Sin embargo los psiquiatras piensan que al no presentar síntomas no se la debe tratar todavía y es dada de alta reiteradamente. La mujer ha solicitado al juez que la obliguen a un Tratamiento Ambulatorio Involuntario para poder recibir mensualmente unas inyecciones de microesferas que le eviten pasar lo que a sus primas.

UN ANCIANO POLIMEDICADO SE FRACTURA LA CADERA AL APOYARSE EN LOS SERVICIOS SOCIALES.

Aumenta el número de polimedicados que echan la mañana en el ambulatorio.

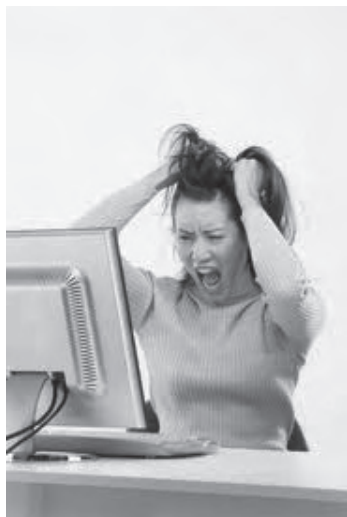
MIKE DONALD. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. A Fermín Calasparra, un hombre de 82 años del madrileño barrio de Carabanchel, se le ha terminado por una temporada el echar las mañanas en el ambulatorio de la Seguridad Social recogiendo recetas. Ayer, al salir de la consulta del médico con medio kilo de medicamentos, decidió apoyarse en los Servicios Sociales para descansar un rato. Sin embargo éstos no aguantaron el peso del anciano polimedicado venciendo su estructura, con el resultado de que Fermín se fracturó la cadera. Una vecina que prefiere estar en el anonimato por estar esperando a que le den “la dependencia”, ha declarado a El Panóptico que “era

una tragedia que se veía venir”. Según esta mujer, desde las ocho de la mañana se veía deambular a los ancianos polimedicados con sus pastillas y todos se apoyaban en los Servicios Sociales. “En este barrio no se han hecho obras y como los abuelos se aburren se van a recoger pastillas al ambulatorio, le han cogido vicio” comenta el dueño de una cafetería cercana. Al incremento de ancianos polimedicados hay que añadirle la falta de inversión de los Servicios Sociales en infraestructuras que puedan sostener la carga de ancianos dependientes. Una combinación letal que ha llevado a Fermín a una planta de traumatología.

UNA MUJER ESCUCHA REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS DENTRO DE SU CABEZA.

La mujer posee el poder de la evidencia.

PRIMADONNA MUNICH. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID El caso de una mujer que presenta alucinaciones auditivas que le cuentan las últimas revisiones sistemáticas y metaanálisis de los medicamentos que le van a recetar va a ser llevado al Comité Deontológico del Colegio de Médicos. Vicenta es una



Fuente: pysnnoticias.com

mujer analfabeta que recibe tratamiento psiquiátrico desde joven por escuchar unas voces dentro de su cabeza que no quiere oír. Desde hace unos años las voces le recitaban los prospectos de los medicamentos que tomaba para calmarlas y vivía aterrorizada. Sin embargo hace unos meses el contenido de las voces ha cambiado. “Ahora la mujer escucha las revisiones de los ensayos clínicos y ya no se deja medicar tan fácilmente”, comenta su psiquiatra, alarmado por el escepticismo de su paciente. La mujer niega ser una enferma y se autoproclama evidencióloga. Ha sido el propio psiquiatra el que ha elevado el caso al Colegio de Médicos para que decidan si es ético tratar a la paciente de forma involuntaria con sesiones de reestructuración cognitiva a cargo de conocidos expertos nacionales en psicofarmacología, ya que el exceso de información es contraproducente.

UN ALTO CARGO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD PIERDE LOS PAPELES Y LE DENIEGAN LA ATENCIÓN SANITARIA.

El indocumentado se desencajó la mandíbula.

FILomena LIGHT. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID El incidente sucedió durante una reunión celebrada en el Edificio Sollube de la Consejería de Sanidad, en que se discutía sobre la conveniencia de comprar una Nespresso para el departamento, propuesta a la que se oponían virulentamente los partidarios del Té, un sector minoritario, pero influyente en los ambientes del refrigerio. En ese momento de apasionamiento dialéctico, un alto cargo de la Consejería perdió los papeles y en aplicación de las medidas del gobierno central se quedó sin derecho a la atención sanitaria. El problema se hizo evidente cuando se le desencajó la mandíbula y fue trasladado al hospital más cercano. Tras la atención urgente, se le negó una cita de revisión con el especialista pues no tenía papeles y hablaba raro.

RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA INVOCAN ACCIDENTALMENTE A BASAGLIA A TRAVÉS DE UNA OUIJA.

El psiquiatra italiano les acusó de vagos contrarreformistas.

CARMINA LILY. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. Aprovechando el turno del adjunto, dos residentes practican una ouija durante el transcurso de una guardia en un hospital psiquiátrico de adscripción religiosa. Según han referido testigos presenciales,

la intención inicial del contacto espiritista estaría relacionada con la posibilidad de acelerar la liberación de una cama de larga estancia ocupada por un nonagenario de escaso interés docente. Sin embargo a lo largo de la sesión se obtuvo en reiteradas ocasiones el mensaje “a cavar zanjas os ponía” por parte de un ente que se identificó como Franco Basaglia. Ante el desconocimiento de sus interlocutores acerca de su identidad, la presunta presencia metapsíquica habría montado en cólera, cursando personalmente, a través del fax del centro, la comunicación de ingreso involuntario de los participantes en dicha sesión. “Esto es sólo una muestra de lo que haremos con los contrarreformistas. Hemos aprendido mucho de Anonymous.”, fue el mensaje final. Ambos residentes continúan ingresados, con pronóstico reservado hasta su próximo turno de guardia, momento en que está prevista su alta clínica y reincorporación laboral.

PÁNICO EN FARMAINDUSTRIA ANTE LA EXTINCIÓN DE LAS RESERVAS SILÁBICAS PARA CREAR NUEVOS NOMBRES COMERCIALES.

Se rumorea que hay un acuerdo de colaboración con la RAE.

CARMINA LILY. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. La Industria Farmacéutica presenta desde hace meses intensa preocupación por la inminente escasez de combinaciones fonéticas con las que bautizar nuevos psicofármacos. “Cuando llegamos al final del alfabeto dando luz verde a Zyprexa y Zeldox sabíamos que estábamos creando nombres fantasía por encima de nuestras posibilidades. Sin embargo confiábamos en la X y la eterna posibilidad de aleatorizar haches intercaladas. Pero una vez distribuidos Xeplion y Zypadhera nos dimos cuenta de que la combinatoria nos había traicionado” comentan desde los departamentos de Marketing. “Ahora que teníamos tan cerca el inicio del régimen MeeTooista en el que los consumidores por fin iban a hallar su lugar en la sociedad, nos sobreviene este contratiempo. Es el holocausto más grave desde el Efecto 2000, aunque esta vez las neveras están a salvo” afirmó. No han sido confirmados por parte de Farmaindustria los crecientes rumores acerca del acuerdo con la RAE para la obtención de nuevas denominaciones. Según ha podido escuchar esta redacción, Farmaindustria se comprometería a comercializar un nuevo principio activo con indicación específica para combatir el lenguaje SMS. La RAE tampoco ha querido hacer declaraciones, si bien el sillón T ha mencionado su nula colaboración “mientras no le quiten el litio”.

BREVES DEL PANÓPTICO

UN ADOLESCENTE DE MORATALAZ ATACADO POR DOS PROTOCOLOS PSIQUIÁTRICOS.

REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. Un adolescente del madrileño barrio de Moratalaz fue atacado en la tarde de ayer por dos protocolos psiquiátricos de detección, conocidos como TDAH y Ultrahighrisk, mientras esperaba a unos amigos en el parque. Afortunadamente el adolescente salió ileso gracias a que llevaba encima unos comprimidos de metilfenidato, lo que convenció a los atacantes de que ya estaba protocolizado.

LA HEPARINA DE LOS ADJUNTOS DE PSIQUIATRÍA DE GUARDIA DEJARÁ DE ESTAR SUBVENCIONADA.

REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. Los recortes de la sanidad pública también llegan a la heparina que utilizan algunos psiquiatras de guardia para prevenir trombosis durante sus horas de siesta. Así lo ha anunciado la Consejería de Hacienda de la Comunidad de Madrid en un decreto extraordinario. Para estos psiquiatras la medida es extrema y se suma a la disminución de sueldo en las horas de guardia consecuencia del incremento de la jornada laboral fijado por el gobierno central. Creen que la medida no busca el ahorro sino simplemente fastidiarles la siesta y obligarles a consumir en la cafetería.

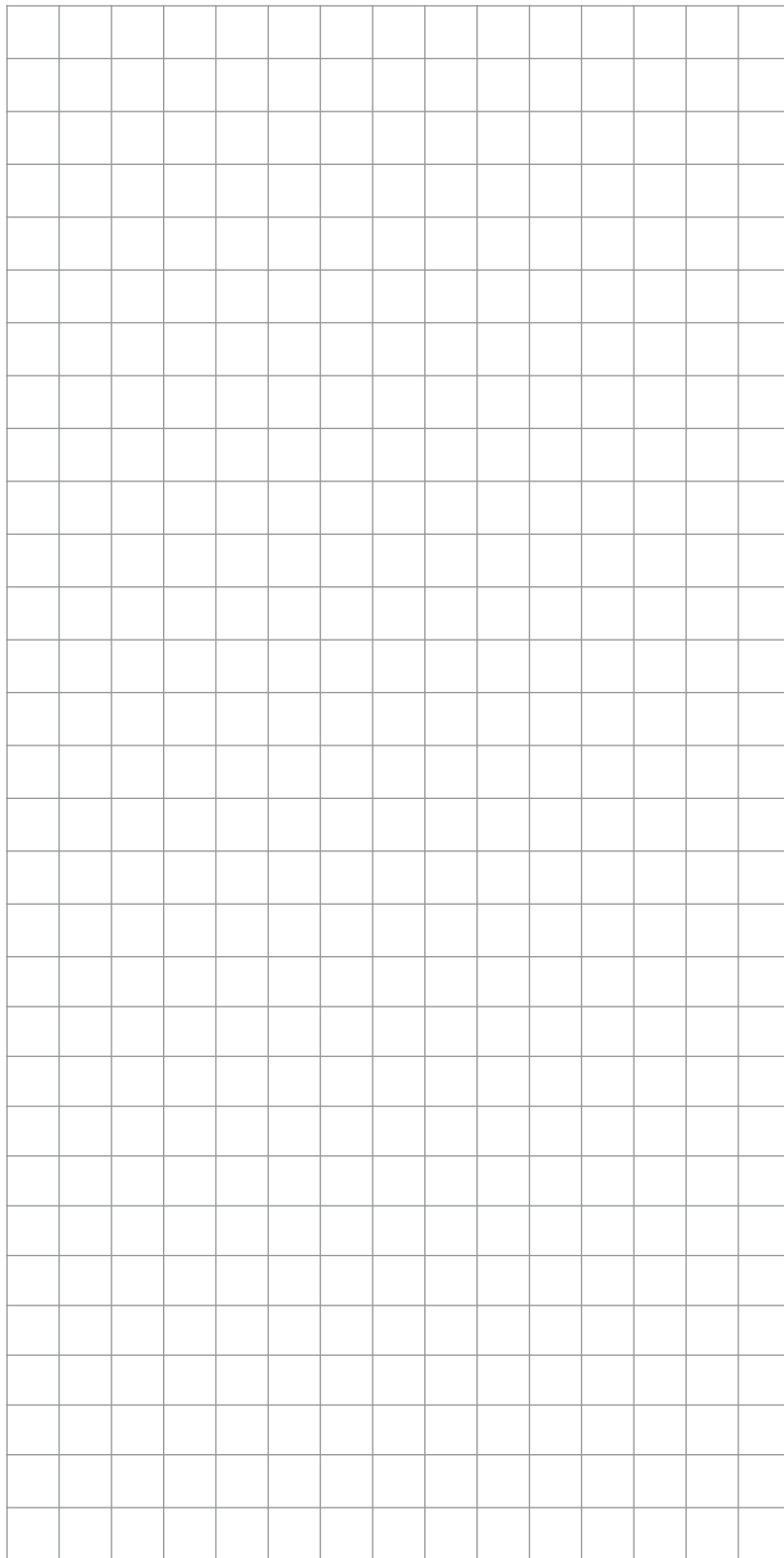
EL PRESIDENTE DE LA AMSM LLEGA TARDE A UN CONCURSO PARA RECAUDAR FONDOS.

REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. Dada la precaria situación económica de la Asociación Madrileña de Salud Mental, su junta directiva había enviado al Presidente al casting del concurso “Tu sí que vales” que emite la cadena Telecinco, con la intención de recaudar fondos para sus actividades. Al parecer el presidente iba a intentar pasar a la siguiente fase demostrando sus habilidades para hablar a un grupo de gente con un megáfono y sin power point. Sin embargo la conocida lentitud del Presidente de esta asociación le hizo llegar tarde al casting y se encontró con la grabación de una nueva edición del concurso “La Ruleta de la Fortuna” donde no supo completar un panel que decía: apellido de una conocida saga de psiquiatras propietarios de la clínica privada más famosa de Madrid y de la Jefatura de Servicio de un hospital público. No tenía ni idea.



Fuente: todosaw.espanaforo.com

no)tas



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante



www.amsm.es

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