

EDITORIAL
PÁG. 2

Junta de la AMSM

OPINIÓN
PÁG. 4

La sanidad de Madrid no va bien
Pedro Cuadrado Callejo

Riqueza y pluralidad
de la psicología y carácter
sanitario de la especialidad
de psicología clínica
Laura Hernangómez Criado

PANÓPTICO
PÁG. 7

COLABORACIONES
PÁG. 12
Gestión por procesos en salud
mental. La experiencia andaluza
Vicente Ibáñez Rojo

HEMOS LEÍDO
PÁG. 23

HEMOS ESTADO
PÁG. 27

CARTAS AL DIRECTOR
PÁG. 28

TABLÓN DE ANUNCIOS
PÁG. 30

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

invierno

06

EDITORIAL

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

JUNTA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL AMSM

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTES

Iván de la Mata Ruiz
Laura Hernández Criado

SECRETARIA

Maria Alonso Suárez

TESORERA

Ana Hospital Moreno

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alberto Ortiz Lobo

VOCALES

Luis Javier Sanz Rodríguez
Raquel Morales Andueza

BOLETÍN

Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz

Tras las elecciones del 1 de Diciembre, la Asociación Madrileña de Salud Mental tiene una nueva Junta de Gobierno. Junta que, como ya es tradición, es el resultado de renovar la anterior. Los objetivos que nos planteamos también comparten esta característica. Por un lado, dar continuidad a las tareas de las anteriores Juntas. La principal, representar a un colectivo de profesionales que se agrupan en torno a un quehacer común: la atención a las enfermedades y problemas de salud mental. Es por lo tanto una asociación multiprofesional. A fecha de 31 de Diciembre de 2005 somos 335 socios entre psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales y otros. Cada profesional tiene sus técnicas y sus maneras de intervenir y un lugar en la atención y en el proceso global de la misma. Es la tarea y la manera de afrontarla lo que nos une más allá de la formación y el bagaje de cada profesional. El objetivo de la Junta es servir de elemento integrador de los diferentes colectivos que componen la asociación y de las diferentes formas de ver nuestro quehacer en salud mental. Hay colectivos más representados que otros, la historia tiene su peso. Pero la atención a la Salud Mental no es la misma que hace 20 años y otros colectivos y las problemáticas específicas de los mismos van ganando presencia día a día. En este sentido, la posición de la Junta en el conflicto psicología/psicología clínica es clara y no puede ser de otra forma desde la defensa de la calidad de la atención: para trabajar en salud mental es preciso una formación específica y esa formación específica debe venir refrendada por el título de psicólogo clínico. También creamos que la asociación debe abrirse a colectivos de profesionales, que trabajan en otros campos de la salud mental y cuyo quehacer está en auge (rehabilitación, drogodependencia), y fomentar actividades conjuntas con los mismos.

La preocupación por la organización de la atención a las patologías psiquiátricas graves va a seguir siendo una tarea imprescindible. En Madrid, los procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica, cuya filosofía subyace en la organización asistencial actual, no solo tiene cuentas pendientes en determinadas zonas, dispositivos específicos y áreas de intervención, sino que la política sanitaria actual, con un predominio creciente de los conciertos para resolver todos los problemas, está poniendo los principales dispositivos de atención para estas patologías fuera del control de los profesionales del sistema público. Así, se establecen criterios de selección guiados, como es natural, por el contrato concertado más que por el compromiso con las necesidades asistenciales de una población asignada, y con ello se crean barreras de acceso para los pacientes de más difícil manejo, que por "criterios de inclusión" no caben en ningún dispositivo específico. Algunos dispositivos de hospitalización parcial, hospitalización breve, hospitalización prolongada y los dispositivos residenciales y de rehabilitación ya funcionan así. Los hospitales de nueva creación, con sus unidades psiquiátricas correspondientes, también parece que van a nacer con esta filosofía. Tenemos pendiente un debate y una toma de posición

clara respecto a este tema, que no se debe demorar mucho ya que no queda mucho tiempo para que se pongan en marcha.

También ha cambiado mucho la atención a la salud mental en cuanto a las demandas mayoritarias de atención. Las “patologías psiquiátricas menores”, los desajustes de personalidad y las dificultades de adaptación a una sociedad muy exigente y cambiante han llenado las consultas de atención psicológica-psiquiátrica ambulatoria. Este hecho, unido al papel creciente del manejo ambulatorio de la patología psiquiátrica grave, ha terminado por convertir, por la vía de los hechos, a los Servicios de Salud Mental de Distrito en el centro del sistema de atención a la salud mental. El éxito de los Servicios de Salud Mental de Distrito, por las múltiples funciones que desempeña y por el volumen de pacientes que atiende, no se ha correspondido con un aumento paralelo de los recursos. Si defendemos un modelo público de atención integral y de calidad a todos los problemas de salud mental desde las enfermedades más graves a los problemas que llevan aparejado un sufrimiento psíquico que desborda los recursos psicológicos de las personas para manejarlo; el aumento de las demandas, más allá de en qué lugar del sistema sanitario se atiendan, se va acompañar de una demora en la atención. Creemos que el problema de las listas de espera en salud mental es un problema creciente. En el último Boletín se planteaba el tema con “cifras y letras”. Creo que nuestro papel es colocarlas encima de las mesa de los responsables políticos como un problema sanitario prioritario.

El Plan de Salud Mental 2003-2008, ya ha pasado su ecuador. Ya hemos hecho balances parciales que han ido apareciendo en Boletines anteriores y seguiremos haciéndolos de las actuaciones puntuales ligadas al mismo. Y en algún momento de esta legislatura tendremos que plantearnos, con tranquilidad y tiempo: “¿y después del Plan qué?”.

Creemos también que la comunicación fluida entre los socios es un requisito imprescindible para el funcionamiento de la Asociación. En este sentido el Boletín, las Jornadas, Congresos, Mesas-Debate, Talleres, Grupos de Trabajo y otras actividades han permitido conocernos, crear inquietudes, fijar criterios y estrechar lazos y creemos que fomentar la participación y facilitar el acceso a estos instrumentos es otra tarea importante de la Junta. En este sentido, en vuestras manos tenéis el nuevo Boletín y con él sugerencias para participar en el próximo en todos sus apartados. Está en marcha la organización de las Jornadas, que están previstas para el 8 de Junio en el Hospital La Paz, una fecha y un lugar para recordar, y de las que os tendremos puntualmente informados. El funcionamiento a través de Grupos de Trabajo para desarrollar un tema específico ha dejado como fruto documentos importantes, que se han convertido en citas de referencia de muchos aspectos de la organización asistencial. Creemos que hay temas como los trastornos de Personalidad (hay en este momento tres o cuatro proyectos o propuestas asistenciales en Madrid con criterios muy dispares) que requerirían una profundización y una puesta en común. Seguro que hay otros temas como el de los Dispositivos del Programa de Rehabilitación, la atención a las Toxicomanías u otros que podrían tener la misma consideración. Y por último, mejorar las comunicaciones cotidianas a través de las nuevas tecnologías. Intentaremos aprovechar el correo electrónico para tener una información puntual de lo que se va haciendo así como poder recibir y canalizar las peticiones de los socios.

Junta de la AMSM

La sanidad de Madrid no va bien

La sanidad en Madrid no va bien. Y si la sanidad no va bien en Madrid es normal que la salud mental y la atención a la salud mental tampoco vaya bien. Eso no quita para que la sanidad de Madrid esté a la cabeza del país y sea una de las mejores del mundo, en palabras de nuestra presidenta. No podemos decir que no se hagan esfuerzos, que no haya proyectos o planes estratégicos. Tampoco podemos negar que haya voluntad para resolver los problemas. Pero la cuestión puede que no tenga nada que ver con todo esto.

El tema candente son las listas de espera. Van apareciendo por todas partes. Parecía que sólo esperaban los que tenían que operarse o hacerse pruebas diagnósticas; pero no: mires donde mires ves gente esperando. Y en Salud Mental también aunque, como siempre, transitando caminos paralelos no aparezcamos en las estadísticas oficiales. Las cifras están ahí y al final todos los debates nos llevan a ellas. Son las cifras las que discutimos con nuestros jefes de servicio, con nuestros gerentes, con nuestros directores de oficina, con nuestros directores generales y con nuestros viceconsejeros. Son las cifras las que ponemos delante las asociaciones para decir: "Aquí estamos nosotros y este es el camino". Aunque cada vez que hablamos de números entre nosotros la gente se lleva la mano a la cartera por si acaso. Y tiene buenas razones para pensar que le quieras quitar algo o que si te lo dan a ti se lo van a quitar a él. La comida escasea y todos nos miramos con recelo. O nos da por indignarnos porque el otro, sin apenas conocerte, se atreve a preguntarte por tus cosas más íntimas y ni siquiera te permite explicarle el sentido personal y profundo del concepto de "nuevo" y "revisión". Sea como sea, para conseguir una plaza más en el equipo son horas de sueño, horas de trabajo, múltiples borradores para hacer la propuesta: ¿dónde incidir? ¿en el tiempo, en la cantidad, en el daño, en el riesgo, en la injusticia, en el agravio, en los genes, en la arquitectura de la zona, en el clima, en el bagaje común, en quien eres tú, en quien quieras que venga, en quien son los otros? Las palabras elegidas no son banales: uno, a pesar del genoma, sigue teniendo fe en la palabra que, como todo el mundo sabe en esta profesión, es la creadora del tiempo y de la espera. Aunque luego, el

principal criterio de adjudicación tenga poco que ver con la palabra y más con criterios menos sofisticados como una simple división: "uno por Área" ó tan sofisticados que uno no es capaz de seguir toda la cadena de razonamientos seguidos hasta llegar a la decisión. Pero la cuestión puede que no tenga nada que ver con todo esto.

La solución de la que todos los profesionales hablan, de una manera u otra, parece clara: Cartera de Servicios. De la otra solución, que se acepta sin reservas y crece como la espuma, no nos atrevemos a hablar de ella: el tema de los conciertos siempre ha sido, para muchos, un tema doloroso. No está claro que la Cartera de Servicios sea una necesidad para los ciudadanos; pero sí que lo es para los profesionales. Todo el mundo que puede hace su Cartera de Servicios: las Unidades de Hospitalización Breve, de Media Estancia y Hospitalización Prolongada, los Centros de Salud Mental y los Centros de Salud. Cualquier especialidad, subespecialidad, colectivo de profesionales o profesional individual que se precie tiene su propia cartera de servicios. Así, en apenas unos años, la Cartera de Servicios ha pasado de ser un instrumento de gestión para repartir tareas dentro del sistema, a la solución que los profesionales ven a la masificación de sus consultas y a la llegada de demandas con las que no se encuentran cómodos. De ahí que lo llamativo de ellas, no sea tanto lo que se hace como lo que no se hace y no se está dispuesto a hacer. Y así el campo se está llenando de alambradas. Pero los inmigrantes siguen llegando. Además, a medida que el sistema se empantana, crece una tentación irresistible: hacerle la cartera de servicios al vecino, diciéndole lo que tiene que hacer o enviándole recaditos utilizando al paciente como correo. En una reunión reciente sobre el Observatorio en Salud Mental, la Responsable de Salud Mental de Cataluña se planteaba una cartera de servicios de salud mental, hecha por Salud Mental, para Atención Primaria con los apoyos que precise para llevarla a cabo. ¿Volvemos a la Unidades de Salud Mental de Apoyo a Atención Primaria? ¿Volvemos a las redes paralelas? ¿Aceptarán los inmigrantes nuestra propuesta: quedarse en sus países de origen a cambio de nuestras pequeñas ayu-

das? Otra forma, más elegante, es la que se propone desde profesionales de Salud Pública que hablan de llegar a un pacto con los ciudadanos para que no vengan de motu proprio. Una especie de pacto de civilizaciones. Pero no creo que cuele. Tanto ellos, nosotros y la parte que de ellos hay en nosotros, sabemos que no tienen donde ir. Todos sabemos en esta profesión que cuando las cosas se tambalean y el cuerpo y la mente se confunden no hay lugar más seguro que lo sanitario. Es la última frontera. Y si les sacamos de la sanidad, los que puedan se irán a otras sanidades de acceso restringido. Y entonces ya no será un problema de masificación sino de equidad. Reconozcámolo, la Cartera de Servicios según se está planteando, como otros problemas que tienen que ver con nuestro trabajo, más que soluciones para la población que atendemos son respuestas a nuestros estados emocionales que acaban por cristalizar en la convicción de “nosotros o ellos”. En el fondo, todos sabemos que el asunto que tenemos entre manos no es un problema de logística sino filosófico. Más que un problema de listas de espera, el problema es que los ciudadanos no tienen clara la definición de “caso”. Acuden al sistema sanitario a resolver problemas que éste no considera propios y no hay

quien les convenza de que están equivocados, que deben volver a sus casas, cerrar sus puertas, y reflexionar sobre lo dicho: “su problema no es un problema sanitario”. Sabemos que uno sale de la lista de espera, por concierto o por cambios en los criterios de contabilidad y “no es feliz”. No es que la función de la sanidad sea dar la felicidad; pero tampoco es estar al margen de ella. La excesiva carga tecnológica no la deja ver al hombre. Y todos sabemos que no hay curación sin cuidado. No se trata de atender pronto sino de hacerse cargo y de organizar para hacerse cargo. Sin embargo, la sanidad sufre, se queja y se agota en una tarea que cree que no le es propia. Tal vez sea esta la cuestión fundamental, que la sanidad tiene poca capacidad para resolver problemas filosóficos. Agobia ver a Sísifo montaña arriba montaña abajo. Sabemos que no sube y baja por voluntad propia. Pero también sabemos que Sísifo pertenece a la era de los dioses y estos son otros tiempos y Sísifo también puede ser un hombre libre que sube y baja la montaña y suda y se agota y se desangra y llega a la cumbre, y mira el paisaje, y se relaja, y disfruta y retoma el camino.

Pedro Cuadrado Callejo

Riqueza y pluralidad de la psicología y carácter sanitario de la especialidad de psicología clínica

El informe sobre el reconocimiento del título de licenciado en Psicología como profesión sanitaria aprobado por el Pleno del Consejo Asesor de la ministra de Sanidad el 22 de diciembre, constituye el más pleno reconocimiento de la enorme riqueza y pluralidad de la Psicología así como del carácter sanitario de la especialidad de Psicología Clínica. Desde un análisis exhaustivo –que incluye los orígenes y delimitación del problema, análisis de la formación básica y curricular de la licenciatura, y comparación de normativas en licenciatura y ejercicio profesional en la Unión Europea, entre otros aspectos–, consigue sintetizar de forma clara la información pertinente respecto a polémicas que, lamentablemente, han estado generando confusión y conflicto en el colectivo de profesionales de la salud mental.

En primer lugar, la información analizada en el informe da cuenta de la formación **generalista y polivalen-**

te que proporciona la Licenciatura de Psicología, que **habilita** para el ejercicio profesional de la psicología en una amplia variedad de actividades y contextos (educativo, laboral, judicial, deportivo, tráfico y seguridad...). Parece fundamental recoger literalmente una de las conclusiones respecto a la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones sanitarias (LOPS) por la luz que arroja ante uno de los temores –infundados pero difundidos– en el colectivo de psicólogos y estudiantes de Psicología: “**La LOPS no entra en la limitación del ejercicio profesional** a los licenciados de ninguno de los títulos oficiales existentes a los que habilita el Ministerio de Educación, a través de la titulación oficial. **Sí aborda, en cambio,** aspectos muy relevantes para el establecimiento y regulación de definiciones, criterios, procesos, órganos, formación, carrera profesional y otros como **garantía de calidad de las profesiones sanitarias**”.

Junto a lo anterior (y no en contra de ello), se reconoce el Modelo de Interno Residente como sistema de formación que, siendo semejante al del resto de especialidades sanitarias, garantiza la **capacitación y atención especializada** absolutamente necesaria en un sistema sanitario responsable y comprometido con sus ciudadanos. Por ello, se enfatiza la necesidad de aumentar las plazas de formación PIR y cuidar y mejorar este sistema formativo como la vía de capacitación diferencial a la que, en un futuro próximo, se pueda acceder tras la formación de Grado (en Psicología) y Master (en Ciencias de la Salud) dado que “las nuevas titulaciones de grado en Psicología tendrán una carga lectiva menor, según lo establece el Convenio de Bolonia”. Ello es coherente con la comparación con normativas de otros países de la Unión Europea en el acceso al ejercicio profesional dado que en la mayoría de los países analizados se requieren estudios posteriores a la Licenciatura para ejercer como profesional independiente en alguna de las áreas tradicionales de la Psicología, en especial en el ámbito de la Psicología Clínica donde los requisitos para el ejercicio son los más exigentes y requieren un mínimo de 3 años de entrenamiento adicional posterior a la licenciatura.

Otros aspectos relevantes del informe aluden a la necesidad del **reconocimiento del psicólogo clínico como facultativo especialista** en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el RD2490/98 por el que se crea y regula la especialidad, la necesidad de **modificación de las ratios actualmente existentes para los psicólogos clínicos** en el SNS a fin de satisfacer las necesidades asistenciales, la importancia de modificar el RD 1277 de autorización de Centros y Servicios sanitarios, la diferenciación entre el ejercicio

de profesiones sanitarias y la actividad de otras profesiones en el ámbito sanitario (e.g: un psicólogo que trabaje como gestor de Recursos Humanos no es sanitario porque ejerza esa función dentro del Sistema Nacional de Salud)...

Tras la lectura del documento, puede concluirse de forma clara cómo la defensa del reconocimiento de la Psicología Clínica como profesión sanitaria no es ni una lucha intra-psicólogos ni una clasificación de psicólogos “de primera y de segunda” como en ocasiones parece que se ha dado a entender. El hecho de no reconocer a la Licenciatura de Psicología como sanitaria no constituye una ofensa ni una devaluación: constituye un reconocimiento a su pluralidad y su riqueza, de la que algunos psicólogos no queremos prescindir. Por razones semejantes, el hecho de reconocer a la Psicología Clínica como una especialidad sanitaria no constituye más que el reconocimiento de una formación especializada y responsablemente regulada en el marco del sistema sanitario, que no es incompatible en ningún caso con el reconocimiento de la necesidad de formación específica que podrían –y posiblemente deberían– desarrollar otras especialidades –no sanitarias– de la Psicología, tal y como se desarrollan ya en otros países de la Unión Europea. Sólo nos queda, por tanto, apoyar, valorar, reconocer, agradecer y divulgar el trabajo realizado por el Consejo Asesor, esperando que sirva para dar luz a los conflictos que, a día de hoy, lamentablemente aún siguen confundiendo y dañando a todos: psicólogos –clínicos o no–, profesionales de la salud mental en general, y, sobre todo, usuarios o clientes del sistema sanitario.

Laura Hernangómez Criado

PANÓPTICO

El principio del fin de los Jefes de Área

Sabemos que toda institución que se precie lo primero que asegura es su continuidad. Ahí está el ejemplo de la vida misma, con su “gen egoísta”, o el lema universal que sustenta todas las monarquías: a rey muerto, rey puesto. Sin embargo, la institución de los Jefes de Área es otra cosa. Siempre ha tenido problemas, incluso dos nombres para la misma institución. La mayoría de los Jefes de Área se llaman asimismo Jefes y una buena parte de sus subordinados les llaman Coordinadores. Cada uno de ellos le ha dado el contenido que ha querido y ha ejercido su poder según su fe y su sensibilidad. A pesar de llevar vigente más de 15 años no ha conseguido tener estatus administrativo y se ha movido siempre en el campo virtual de la funcionalidad, desde el que muchos Jefes de Área se han creado un territorio real desde el que crear y resolver problemas y otros no tanto. El hecho en sí es que los Jefes de Área existían. Pero las cosas están cambiando y parece que es una figura llamada a desaparecer. Los hechos así lo atestiguan. En el Área 1 aprovechando la Jubilación del anterior Jefe de Área, hace ya dos años, La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental no ha nombrado sustituto y lo mismo ha ocurrido en el Área 5 hace un año. Son solo 2 de 11, pero no están muy lejanas las jubilaciones en otras Áreas, y con este criterio que la Oficina está generalizando, puede que en 10 años solo queden 2 de 11. Sabemos que muchos se estarán relamiendo al leer esta noticia: ¡Un mundo sin Jefes de Área parece un sueño! Pero también sabemos que estos temas se incorporan con facilidad a los sueños y a las pesadillas. Vaya lo uno por lo otro.

Alguien puede estar pensando que hay otras “narrativas” para explicar la ausencia de Jefes de Área en el Área 1 y en el Área 5. Tal vez un cambio de paradigma, una revolución en la concepción de la Jefatura de Área, cuyo desempeño se irá repartiendo entre todos y cada uno de los profesionales del Área, con períodos libres, sin Jefe, para que el azar también demuestre su eficacia y se pueda comparar. O, acaso, el hecho de que sean Áreas con números impares también esté influyendo. Sea como fuere, y respetando las narrativas que cada uno haya ido construyendo con La Oficina con éste y otros temas, nosotros seguimos apostando por el principio del fin de los Jefes de Área como la hipótesis más plausible.

Una anécdota... o no

Un amigo del Área 11 nos contaba una historia que parece real. Allí funciona desde hace tiempo un Hospital de Día concertado, al que pueden remitir pacientes todos los distritos del Área. “Yo he mandado 4 ó 5 pacientes desde que se abrió y no me han aceptado ninguno: uno que si fuma un porro, otro que si no tiene capacidad de insight, y cosas por el estilo. Ninguno se ajustaba al perfil. Pensé que sería yo que no hacía las cosas bien o, aún peor, que no les caía bien. Pero otros compañeros del Área me tranquilizaron: a ellos les pasaba lo mismo. Ya me había hecho a la idea de por donde iban las cosas cuando hace unos días me llevé una sorpresa. Apareció en la consulta un paciente al que hacía tiempo que no veía y me confesó que había estado acudiendo al Hospital de Día. Me sorprendió por que yo no le había remitido. “Un día pasé por allí, me hicieron una entrevista y me admitieron”, me confesó. Así que, ahora no derivo a nadie, solo dejo caer donde está, y lo bien que está, y espero ver que pasa”. Pero también tenemos un amigo en el Área 8 que cuenta cosas parecidas respecto a sus alcohólicos y la Unidad de Hospitalización Breve de Alcorcón y algunos amigos del Área 1 nos han comentado que llevan un parcial de 3-1 en su partido con la Unidad de Hospitalización de Media Estancia de Ciempozuelos: Tres presentados, uno admitido. Es lo que pasa: con los conciertos los dispositivos salen fuera del sistema y adquieren vida propia... y deciden irse a estudiar a Estados Unidos.

Dimisión de María Inés

Muchos desayunamos hace unos meses con una noticia imprevista: María Inés López-Ibor dimite de su cargo de Viceconsejera de Ordenación Sanitaria, Consumo y Salud Pública de la Comunidad de Madrid para reintegrarse a su actividad clínica y docente universitaria. Desolador.

Nuevos superhéroes

Según fuentes cercanas al programa de rehabilitación, se está desarrollando una investigación para identificar las causas por las que, desde hace al menos dos años, determinados directores de centros son capaces de desarrollar el trabajo que anteriormente hacían dos, o tres o incluso cuatro directores, lo que permitiría a las empresas concertadas por la Consejería de Familia y Servicios Sociales incrementar la capacidad de trabajo de los que aún se resisten a dirigir “sólo” un CRPS, o una MR, o un CRL, por ejemplo, en vez de dirigir tres recursos (y hasta cinco), al mismo tiempo. Dado que se ha observado que los que dirigen un solo centro siguen teniendo carga de trabajo suficiente para completar su jornada laboral (como llevaba siendo durante años), se están manejando hipótesis que permitan explicar esta nueva y sobrenatural capacidad de trabajo (se ha descartado que los centros puedan estarse dirigiendo con recursos insuficientes). Alguno de estos directores eran (cuando tenían tiempo para su vida personal) aficionados a pasear por la Pedriza, otros amantes de la gastronomía, y alguno tenía ambas aficiones, por lo que se está investigando tanto la posible presencia de algún alimento en exceso en su dieta, como el efecto de la exposición a las emanaciones de radón por el granito de la Pedriza.

No hay riesgo de tsunami asistencial ni se perseguirá a los críticos

El 11 de Octubre, al día siguiente de la celebración del día de la Salud Mental, nos despertamos con la siguiente noticia: “Aguirre anuncia la creación de 17 centros de salud mental hasta 2008” (El País 11 de Octubre de 2005) La noticia con mínimas variaciones apareció en casi todos los periódicos madrileños y posteriormente fue incluida en el número 28 de Octubre de 2005 de la hoja parroquial Salud.Madrid (Boletín de Comunicación Interna de la Consejería de Sanidad y Consumo), que se reparte por todos los centros sanitarios, con el siguiente titular: “El Gobierno regional aumentará más de un 50 por ciento los centros de salud mental, que pasarán de 31 a 48 en 2008”. En El País además se comentaba que se crearían 100 nuevas camas para enfermos mentales crónicos antes de 2008, y en la hoja parroquial se decía que los recursos rehabilitación psicosocial han experimentado un importante crecimiento con la puesta en marcha de un Plan de Atención al Enfermo Mental Crítico (sic) y que el número de plazas en hospitales de día para la asistencia a niños y adolescentes había aumentado en un 110% durante la legislatura. Ante esta avalancha de recursos nos preguntamos si no se trataba en realidad del primer caso real del fenómeno sísmico conocido por Tsunami asistencial. Este fenómeno descrito por autores escandinavos es una hipotética situación en que tras la colisión de dos placas administrativo-planificadoras se produce una falsa sensación de crecimiento de los servicios, que dura una media de una década, seguida de una marea de recursos asistenciales que caerían sobre la población con efectos devastadores. Los modelos simulados muestran riadas de profesionales sin control arrastrando a los ciudadanos hacia sus programas terapéuticos, personas refugiadas en la azoteas de las mareas psicotrópicas y edificios arrasados por institutos psiquiátricos que parecen salidos de la nada.

Para nuestra tranquilidad, tras consultar con la Oficina Sismográfica todo quedó en un susto y pasamos a aclararlo. Lo que parece que iba a crecer de esta manera no eran los centros de salud mental sino los recursos de rehabilitación psicosocial y laborales como estaba previsto en el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, que nada tiene que ver con la Consejería de Sanidad. El "Plan de Atención al Enfermo Mental Crítico" como tal no existe por lo que podemos estar relajados ya que no va a perseguirse a los disidentes vía salud mental. Respecto al crecimiento de las plazas de infantil nos viene a la memoria la frase marxista (Groucho) de que partiendo de la nada hemos alcanzado las más altas cimas de la miseria (un 110%). A la espera estamos de saber si las cien nuevas camas de crónicos van a ser nuevas de verdad y en ese caso en que manicomio y a que distancia las instalarán.

Mientras tanto nos surge la duda de si el responsable de la notas de prensa de la Consejería de Sanidad es un topo mental crítico o un genio de la desinformación.

Frases jíbaras

"La agresividad de nuestros días es una enfermedad de los afectos: irritación, desesperación, resentimiento, vacío. Y, como en las enfermedades afectivas, se sabe que existen alteraciones de la química cerebral que provocan las conductas agresivas. Por ello mejoran sustancialmente con tratamientos farmacológicos que acabarán tarde o temprano, generalizándose en su uso. Pocos dudan hoy entre los psiquiatras que muchos maltratadores no llegarían a donde llegan de haber sido tratados previamente con medicamentos apropiados, sobre todo los que regulan la serotonina. Medicamentos tan fáciles de tomar como las aspirinas y mucho más seguros".

José Luis Carrasco.
Profesor Titular de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.
ABC Domingo 30 de Mayo de 2004.

Política

ESTATUTO Y ESTATUTARIZACIÓN

Ejercicio previo

Para los que no estén familiarizados con el tema proponemos un ejercicio previo para coger soltura con el vocablo ESTATUTARIZACION. Buscamos que eviten caer en el más espantoso de los ridículos que avergüence incluso a sus propios padres. Para esta Asociación los padres son lo más importante. Esto es toda una declaración de intenciones desarrollada a lo largo de un extenso memorando que desgraciadamente no se puede encontrar en papel impreso, pero que se puede resumir en la siguiente sentencia de Guillermo de Ockham: "si surge un problema sobre el poder del Papa y afirma que le compete por derecho divino, se ha de acudir principalmente a las sagradas escrituras". Aclarado este punto sobre la importancia de los padres continuaremos con el ejercicio. Se trata de un ejercicio previo de repetición de un significante sin atribuirle un significado ideológico. El significante en cuestión es ESTATUTARIZACIÓN. En el libro Citas del Presidente Mao Tse-Tung encontramos lo siguiente: "al mismo tiempo debemos hacer saber al pueblo y a los camaradas que el camino es zigzagueante". Pues bien, nuestra intención en este ejercicio previo es librarse al término ESTATUTARIZACIÓN de cualquier significado zigzagueante. Tiene que aparecer vacío de contenido para poder realizar el ejercicio sin riesgos. Por ejemplo, tomemos otra sabia y perspicaz cita de Mao: "si existen problemas y no se colocan sobre la mesa per-

manecerán sin resolverse por largo tiempo y hasta seguirán pendientes durante años". Asociémosla emocionalmente al significante ESTATUTARIZACION. El resultado puede ser una grave tartamudez. Advertidos de los riesgos de esta letal asociación pasemos al ejercicio.

POR FAVOR REPITA: algunos están desestatutarizados. ¿Quién los estatutarizará? El estatutarizador que los estatutarice quién sabe si buen estatutarizador será. REPITA DE NUEVO.

Cuestiones impertinentes sobre la estatutarización

Podríamos ahorrarnos formular una serie de cuestiones de honda preocupación sobre el tema de la estatutarización citando simplemente lo que dijo Schopenhauer al respecto: "¿qué diríamos del relojero que se enfadara con su reloj porque este no marchara bien?" Es evidente que carecemos de la aptitud para la síntesis del filósofo, que como se puede ver en una sola frase condensa los siguientes problemas:

- ¿Este proceso de estatutarización significa que la salud mental y sus profesionales se integran ya totalmente en las estructuras de atención especializada del IMSALUD?
- En caso afirmativo ¿cómo va a ser esta integración? ¿qué pasó con aquella comisión consultiva que reclamaba algún tipo especificidad en la gestión de la salud mental dentro de la atención especializada? ¿existirán áreas privilegiadas con Institutos de gestión y otras donde se mantengan las estructuras jerárquicas del antiguo INSALUD? ¿tendrán autonomía funcional los distintos dispositivos? ¿qué significa que enfermería dependa de la dirección de enfermería del hospital o que los trabajadores sociales dependan de los servicios de atención al paciente?
- ¿Entienden los gerentes hospitalarios lo que se hace en los distintos dispositivos de la red? ¿nos van a evaluar nuestra actividad con los mismos criterios de nuevos y sucesivas de cualquier otra especialidad?
- ¿Tendremos una carrera profesional adaptada al trabajo de cada uno de los dispositivos o tendremos que meternos con calzador en la carrera profesional que se diseñe para los facultativos de los hospitales, sobre todo sin ser universitarios? ¿Arreglarán antes de la estatutarización el desaguisado cometido con la aplicación de la carrera profesional a los que dependían del SERMAS?
- ¿Qué pasará con la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental (a la que, aunque crean lo contrario, les tenemos bastante aprecio)?, ¿desaparecerá?, ¿se dedicarán a crear protocolos y guías para familiares que saldrán periódicamente anunciados en los periódicos?, ¿tendrán más tiempo para asesorar en las notas de prensa de salud mental de la Consejería?, ¿se dedicarán al mundo de la moda?, ¿concertarán más camas de crónicos y dispositivos intermedios para conservar su pequeño huerto?, ¿se convertirán en un coro griego?, ¿se colocarán bien antes de la estampida final?
- ¿Nos conservarán el abono transporte al que tenemos tanto cariño?

Teníamos más preguntas, pero con lo delicado del estatuto no queríamos pasar por independentistas. En cualquier caso en estos momentos de separación e inicio de una nueva vida, para todos nosotros: "siempre nos quedará Conde de Peñalver"

LOS PAPELES DE CONDE DE PEÑALVER (DISTRITO DE SALAMANCA)

De un tiempo a esta parte se reclama desde el archivo de Conde de Peñalver el traslado de los papeles informatizados del programa de continuidad de cuidados que se puso en marcha en cumplimiento del Plan de salud Mental. Este traslado de papeles tiene como fin evaluar dicho programa. Y aquí surgen nuestras retorcidas dudas. ¿Existe algún otro criterio de evaluación de los programas de continuidad de cuidados? Esperemos que la respuesta sea afirmativa, porque en caso contrario se puede llegar a pensar que tener a los pacientes archivados en fichas informatizadas significa tenerlos en seguimiento y cuidados y, viceversa, no llenar las fichas (por ejemplo por no tener tiempo ni ganas para un tedioso trabajo del que no se ven claramente las repercusiones prácticas) significa no realizar dichas actividades con los pacientes. Ardua tarea la del evaluador y planificador, no nos cabe la menor duda, pero confundir medios con fines es algo muy común en la burocracia de la gestión. Es más, ¿el objetivo del plan de continuidad de cuidados se mide por el número de fichas llenas? ¿rellenando

cien fichas cumplimos el objetivo? Sabemos que esto no son más que dudas retorcidas y que el programa de continuidad de cuidados contará en los próximos años con una excelente dotación de profesionales y un conjunto de indicadores reales que nos haga entender la importancia del traslado de papeles.

Televisión

GRAN HERMANO DE SALUD MENTAL

En la nueva entrega de GH-Salud Mental los Jefes de Distrito han pasado por el confesonario de la Oficina para dar cuenta de sus actuaciones. Cada uno con su estilo personal, pero de forma unánime, han expresado sus quejas sobre la poca comida que reciben y han tenido la oportunidad de pedir individualmente sus deseos personales para la cesta de la compra. La dirección del programa ha puesto nuevas pruebas para los concursantes como disminuir un par de kilos las listas de espera y conseguir abandonar el hábito tabáquico. Lástima que sólo se pueda ver en el canal restringido.

COLABORACIONES

Gestión por procesos en salud mental. La experiencia andaluza

Vicente Ibáñez Rojo

Psiquiatra.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Uno de los pilares del estado del bienestar ha sido la generalización y el desarrollo de la asistencia sanitaria que se ha acompañado de una expansión progresiva de los servicios de salud y del gasto. La crisis del estado de bienestar no ha puesto en cuestión esta expansión (determinada ahora por la medicalización de los problemas y por las necesidades del mercado de la salud) pero sí su modelo de gestión y financiación. Por otro lado el ciudadano ha pasado de ser sujeto pasivo de la dispensación de bienes sanitarios por un estado benefactor a protagonista de la acción en políticas sanitarias que no deben ser solo técnicamente correctas sino generar satisfacción.

Esto ha potenciado el desarrollo de modelos basados en la Calidad a pesar de gestionar recursos limitados. Una de las herramientas de estos modelos es la gestión de los procesos. Los procesos que nos interesan como profesionales de la salud son los asistenciales y la Junta de Andalucía ha creado un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados que se presenta en este artículo. En nuestra especialidad somos muy sensibles al cómo se hacen las cosas, y las políticas sanitarias inciden especialmente en nuestros resultados, por lo que la gestión de los procesos (el cómo) es una herramienta que puede ayudar a mejorar una asistencia fragmentada y desigual, y que nos conviene conocer.

DE DÓNDE VENIMOS

El sistema sanitario se enfrenta a varias dificultades¹⁻³: a) gran variabilidad de las intervenciones clínicas dentro del sistema; b) existencia de desigualdades interterritoriales; c) progresiva tecnificación de la medicina con alejamiento entre profesionales y usuarios; d) in-

eficiencia en la gestión de los recursos por discontinuidad y fragmentación de su provisión debido, entre otras cosas, a la dificultad de coordinación entre niveles asistenciales que ha llevado a que funcionen dos sistemas sanitarios en paralelo; e) tendencia inflacionista con aumento de actividad y consecuentemente del gasto no siempre en relación con criterios claros (de ahí la necesidad de medir los resultados de estas actividades incluyendo indicadores de satisfacción y de aumento de niveles de salud de la población); f) las dificultades en la medida de las actividades determinan además dificultades en su reembolso; g) progresiva desvinculación del personal con respecto de la organización del Sistema Sanitario en el que predomina la motivación extrínseca (en función del desempeño recompensado o penalizado) y no la intrínseca (sentirse parte de una organización y de sus logros).

LA RESPUESTA FRENTE A ESTOS RETOS: NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

El Sistema Sanitario frente a estas dificultades se plantea objetivos como garantizar la equidad en el acceso y atención, que el usuario sea eje del sistema con libertad de elección de profesionales, eficiencia en el uso de recursos, la competencia en la oferta con diferenciación entre financiación y provisión de recursos, y la participación de los profesionales en la gestión.

Para abordar estos objetivos se han tomado del mundo de la empresa privada estrategias para mejorar la calidad de las organizaciones. Estas estrategias parten del concepto de Calidad Total que puso en boga Deming⁴ (estadístico americano heredero de la tradición de Taylor) y que se desarrollaron en Japón a partir de los 70, pasaron a EEUU en los 80, y que se plasman en el ámbito europeo más modernamente en las normas de la EFQM (European Foundation for Quality Management)⁵ y los estándares ISO9000⁶.

El concepto más tradicional de calidad tiene que ver con la calidad del producto final o resultado, que en medicina se ha dejado al buen hacer del profesional. Un avance del concepto de calidad implica que no solo debe pensarse en un producto final de calidad sino en la capacidad de satisfacer al usuario y sus expectativas (que incluye no solo un producto bueno sino entregado a tiempo, con información suficiente,...). Aquí ya no es solo el profesional el implicado sino la organización que tiene que garantizar ciertos estándares. Este avance se exemplifica con la *Joint Commission on Accreditation of Health Organisations* y su definición de criterios y estándares de calidad. La corriente de la Calidad Total⁷ va más allá y en ella subyace la ideología de los procesos. Según ella si la conducción de las organizaciones debía rendir cuentas por resultados, para que ello fuera posible, los operadores dentro de éstas debían lograr el mejor aprovechamiento de los recursos, es decir, la eficiencia de los procesos, objetivos de la gestión (*business process management*). Hasta hace poco la gestión pública seguía básicamente criterios de resultados (no de procesos), legitimando para ello el incremento de la discrecionalidad acerca de cómo hacer las cosas. Las organizaciones que gestionan por procesos se caracterizan por la asignación de recursos principalmente para lograr disponibilidad de capacidad de producción de bienes o servicios de manera rutinaria. Los recursos se asignan por tanto con independencia de los resultados que se produzcan en cada momento. (Si un hotel está diseñado para atender a 100 personas, esta será su capacidad de producción, que podría o no utilizarse en su totalidad. Si hay 80 usuarios su capacidad de producción seguirá siendo la misma y los procesos de trabajo también). Este tipo de organizaciones se caracterizan por la estandarización de sus procesos. Sus controles se refieren a estos procesos más que a los resultados y de hecho la calidad y el control de los procesos se tratan como si fuera un producto o resultado más. En un proceso todo lo que no añade valor al producto es redundante o sobra⁸.

Dado que todos los agentes de la Organización están implicados en los procesos, la Calidad se convierte en una variable estratégica responsabilidad de todos. La organización es más horizontal y menos jerárquica pues se orienta a controlar el flujo de entradas y salidas y no a las estructuras departamentales. Pasa de ser una organización que produce productos de calidad a una organización gestionada con calidad. Esta filosofía se resume en “la mejor forma de lograr el mejor qué es

seleccionar el mejor cómo”, y “una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso, y un buen proceso aumenta las posibilidades de un buen resultado”.

El Sistema Sanitario es una organización compleja, con varios niveles y subsistemas de atención, lo que dificulta enormemente el control de los procesos asistenciales. Esto fragmenta la asistencia, dificultando la entrega del producto (asistencia al paciente, entre profesionales,...), la calidad de este (se producen retrasos, redundancias, carencias) y el control y reembolso de costes. La introducción de la gestión por procesos se convierte en un reto y en una necesidad⁹⁻¹².

Gestionar los procesos implica un análisis detallado de estos para definir todos sus elementos y poder mejorar su eficacia y eficiencia. Hay dos metodologías¹³⁻¹⁵ para mejorar los procesos, una llamada de mejora y modernización de procesos que determina áreas de mejora y sigue el ciclo PDCA (Planificar, Desplegar actividades, Comprobar la efectividad de los planes y Actualizar el proceso). La otra, conocida como reingeniería de procesos, rediseña nuevos procesos buscando un cambio organizativo.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias la aparición de la medicina basada en la evidencia permite estandarizar algunos procesos clínicos (que hasta hace poco solo seguían el criterio de según arte) y, por otro lado, la introducción de la gestión clínica para mejorar la eficiencia da protagonismo a los profesionales e introduce criterios de gestión en estos procesos¹⁶⁻¹⁸. Ambas herramientas han permitido introducir en las organizaciones sanitarias los criterios de calidad total a través de las indicaciones de la EFQM o de las normas ISO 9000 que llevan implícita la gestión de los procesos como señalábamos más arriba. No es intención de este artículo detenerse en estas herramientas sobre las que se pueden consultar otras revisiones.

LAS PROPUESTAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Las propuestas de la Junta de Andalucía para modernizar la gestión se articulan en el II Plan de Calidad¹⁹ y el III Plan Andaluz de Salud²⁰, que tiene como principio el estar centrado en el Usuario, como línea estratégica la Calidad y entre las líneas prioritarias de acción clínica está la salud mental²¹.

Los objetivos de la Línea Estratégica Calidad son:

- Desarrollo de un modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por Procesos Asistenciales, desde la perspectiva de la continuidad asistencial.
- Introducción, en la cultura de los Centros Asistenciales, de la necesidad de incorporar mecanismos de acreditación de los procesos, centros y servicios y de los equipamientos y estructuras, como elemento dinamizador y motivador de las organizaciones sanitarias.
- Introducción en los Contratos Programas, Conciertos y Convenios de la Consejería de Salud con los diferentes proveedores públicos y/o privados de criterios de calidad para los procesos asistenciales, desde una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas.
- Impulso del desarrollo de estructuras estables de calidad en todas las organizaciones de provisión de servicios, que sirvan de soporte a las actividades de mejora continua y a la consolidación de una cultura de calidad en los centros asistenciales.

GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

La gestión por procesos más allá de una herramienta para conseguir los objetivos de Calidad Total, es un modelo de cooperación para conseguir continuidad asistencial, la gestión eficiente de flujos de trabajo aportando valor añadido encaminado a satisfacer las necesidades y expectativas del ciudadano, y un medio para disminuir la variabilidad. Esta filosofía de gestión procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial mismo.

FIGURA 1. VENTAJAS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

- Incorpora las expectativas de los usuarios,
- Es participativo,
- Equitativo (garantiza una asistencia uniforme),
- Incorpora la mejor evidencia para el diagnóstico o tratamiento,
- Incorpora criterios de calidad,
- Permite comparar centros (con auditorias, sistemas de acreditación),
- Asegura la continuidad asistencial.

Una definición de proceso es la propuesta por JM Costa i Estany: secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (figura 2)²². La EFQM propone esta otra: organización lógica de personas, materiales, energía, equipos, y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico²³.

FIGURA 2



Para los técnicos de la Junta de Andalucía un proceso asistencial sería un conjunto de actividades de los proveedores de atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos estos en un sentido amplio (aspectos organizativos, asistenciales, etc.)²⁴.

En las organizaciones sanitarias habría varios tipos de procesos cuyas características se esquematizan en la figura 3²³.

Los procesos clínicos se han priorizado para su puesta en marcha en etapas, considerado su importancia estratégica, las posibilidades de mejora y el impacto sobre los usuarios, creándose inicialmente dos mapas de procesos que aparecen en la figura 4 que ya se han puesto en marcha. Como se ve en el mapa 1 aparecen el proceso Demencia y el Síndrome de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones y en el 2 el de Trastornos de la Alimentación. Más allá de estos dos mapas la Consejería de Salud ya ha desarrollado otros procesos y en Salud Mental este año se publicará el de Trastorno Mental Grave.

DISEÑO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

La Junta de Andalucía ha creado una metodología para el diseño de procesos asistenciales. Grupos de trabajo de cada especialidad implicada en un proceso, ayudados por la guía de diseño de procesos²⁴ y por algún técnico en gestión han ido configurando los diferentes

FIGURA 3. TIPOS DE PROCESOS. TOMADO POR XAVIER BADÍA

Procesos estratégicos o de gestión	Procesos operativos o clave	Procesos de apoyo o soporte
Necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización: – Plan estratégico – Encuestas de satisfacción – Planes de calidad – Plan de investigación – Autoevaluación...	Guardan relación directa con los clientes. Tienen impacto sobre su satisfacción: – Proceso clínico-asistencial	Apoyan a los procesos operativos para que se cumplan: – Gestión pacientes – Almacén – Hostelería – Mantenimiento – Farmacia...

FIGURA 4. MAPAS DE PROCESOS

Mapa de Procesos 1	Mapa de Procesos 2
<ul style="list-style-type: none"> – Ataque cerebro vascular – Atención al enfermo pluripatológico – Cáncer de cérvix y útero – Cáncer de mama – Catarata – Cefaleas – Colecistitis, Colelitiasis – Cuidados paliativos – Dolor torácico – Dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> – Diabetes – Demencias – Embarazo, parto y puerperio – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica – Fractura de cadera – Hiperplasia prostática benigna/Cáncer de próstata – Insuficiencia cardíaca – Patología osteoarticular crónica – Síndrome de ansiedad, depresión y somatizaciones – VIH/SIDA

procesos asistenciales que la Administración ha propuesto. El diseño de los procesos asistenciales tiene varias etapas que se esquematizan en la figura 5.

1. Definición global de proceso

Los procesos tienen una definición funcional acompañada de unos límites de entrada y de salida y unos lími-

FIGURA 5. ETAPAS DEL DISEÑO DE PROCESOS

1. Definición global del proceso	1. Definición funcional del proceso 2. Límites del proceso: entrada, marginal y final 3. Responsable del proceso
2. Destinatarios y objetivos del proceso	1. Destinatarios y expectativas del proceso 2. Objetivos y flujos de salida. Características de calidad
3. Componentes del proceso	1. Elementos que intervienen y recursos del proceso 2. Actividades del proceso. Características de calidad
4. Representación gráfica del proceso	1. Diagrama de flujos del proceso
5. Indicadores	1. Estructura de indicadores del proceso

tes marginales como se exemplifica en el proceso de trastornos de la alimentación²⁵:

- **Definición funcional.** Conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relaciones, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10, sin límites de edad.
- **Límite de entrada.** El momento de entrada será la solicitud de atención por parte del propio paciente, de sus familiares o de otras instituciones (escuela, instituto, etc.) en centros de salud, servicios de urgencias o servicios especializados.
- **Límite de salida.** El proceso finaliza cuando la mejoría clínica evidente permita su incorporación a la vida cotidiana, manteniendo estables, más de dos años, los siguientes criterios:
 - El peso y las alteraciones nutricionales.
 - La no-persistencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
 - Una vida relacional adecuada.
 - Unas relaciones familiares que permitan y favorezcan la independencia del paciente.
 - Sentimientos asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables.
- **Límites marginales.** Pica, trastorno por rumiación en la infancia, adicción a sustancias, obesidad mórbida, desnutrición secundaria a otro tipo de procesos orgánicos, hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, desnutrición por causas sociales y altera-

ciones alimentarias debidas a otros trastornos psíquicos como trastornos afectivos, fobias o trastornos del pensamiento.

Algunos procesos tienen una definición muy concreta y operativa. Cataratas: *“Secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las opacificaciones evolutivas del cristalino (catarata), realizadas en un determinado orden y por unos profesionales de la asistencia sanitaria, que garanticen la continuidad del tratamiento recibido y la calidad del mismo.”*

En otros casos se trata más bien del planteamiento de una filosofía. Ansiedad, depresión y somatizaciones: *“Atención a las personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticados de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos que no se expliquen por una enfermedad orgánica. La asistencia estará basada en los principios de buena práctica y evitará tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, y generará autonomía y satisfacción en usuarios y profesionales”* y abarcan un amplio espectro de problemas.

2. Destinatarios y objetivos del proceso

Los destinatarios son las personas o estructuras sobre los que la salida del proceso tiene impacto (pacientes, familias, asociaciones, sanitarios de Atención Primaria y Especializada, otras instituciones, etc.). La razón última del proceso es satisfacer las necesidades y expectativas de sus destinatarios.

FIGURA 6. ALGUNAS EXPECTATIVAS DE DESTINATARIOS DEL PROCESO ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES

Usuarios

- Que exista una adecuada coordinación entre el Médico de Familia y el Especialista, así como entre niveles.
- Que no existan tiempos de espera largos para ser atendidos por el Especialista.
- Que el médico dedique suficiente tiempo de consulta para ser bien atendido.
- Ser atendidos con educación y respeto.
- Que den suficiente información sobre el estado de salud.
- Que exista accesibilidad telefónica para la petición de citas.
- Que me quiten las molestias rápidamente.
- Que haya flexibilidad de horarios de las consultas, y se adapten a las circunstancias personales de los pacientes.
- Que me hagan todo tipo de pruebas rápidamente.
- Que escuchen mis opiniones acerca de lo que me pasa, sus causas y el tratamiento que debo recibir.
- Que se mejore el trato de los celadores y del personal de atención al usuario.

Médicos de familia

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los especialistas sean profesionales competentes que consideren mi trabajo.
- Que atiendan en un tiempo razonable a los pacientes remitidos.
- No “perder” al paciente cuando lo derivo al Equipo de Salud Mental.
- Poder diagnosticar razonablemente las enfermedades mentales en la consulta y en Urgencias.

Psiquiatras

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los médicos de familia deriven correctamente a los pacientes con causas justificadas y con informes completos y legibles.
- Que los médicos de familia consideren mi trabajo: se lean los informes que escribo, respeten mis indicaciones y me informen de lo que hacen.
- Poder comentar los casos con mis compañeros.
- Personalizar las relaciones con los profesionales de Atención Primaria.

El análisis de expectativas se ha llevado a cabo a través de encuestas, grupos de discusión y entrevistas en profundidad. Cada proceso recoge estas expectativas y trata de canalizarlas en objetivos y flujos de salida que serían la “adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades y expectativas del usuario” (figura 6)²⁵.

Los procesos definen flujos de salida concretos y características de calidad que aseguren cubrir las expectativas del usuario (figura 7)²⁵.

3. Componentes

Personas, recursos, unidades y actividades implicadas en el proceso. Incluye

- Todas las actividades, su secuencia, quién, cuándo, dónde y cómo se realizan.
 - Unidades de soporte en las que se apoya.
 - Estándares y criterios de calidad de dónde se pueden extraer indicadores.
 - Protocolos, guías clínicas.
 - Diagnósticos y planes de cuidado de enfermería.
- Cuanto más estandarizada esté la atención mayor control de calidad y posibilidad de que el proceso se pueda gestionar con la metodología de *process management*.
- Esta parte del diseño incluye un detallado qué, quién, cuándo y cómo de cada una de las actividades en cada uno de los sitios donde se desarrollan, específicamente:

FIGURA 7. FLUJOS DE SALIDA PARA EL DESTINATARIO PACIENTES Y/ FAMILIARES DEL PROCESO TCA

Destinatarios: Pacientes y/o familiares

Flujos de trabajo: información

Características de calidad

- Información sobre el modelo de atención del proceso, desde la consulta inicial, hasta la resolución final del mismo, que incluirá: pruebas, tratamientos prescritos, pronóstico y evolución; y que quedará formalizada en los informes generados en cada una de las etapas del proceso.
- La información se proporcionará de forma adecuada, de manera comprensible para el paciente y la familia.
- Toda la información facilitada a los padres y tutores estará sujeta a los aspectos legales vigentes.
- Se proporcionará información sobre aspectos legales en caso de riesgo psíquico o físico, que pongan en peligro tanto al paciente como a los familiares.

Flujos de salida: apoyo y formación

Características de calidad

- Apoyo y formación general a lo largo del proceso y específica con grupo psicoeducativo de padres.

cando el profesional que lo hace y detallando la actividad y sus criterios de calidad. Un ejemplo parcial de esto aparece en el siguiente cuadro (figura 8)²⁵. Parcial por lo detallada y extensa que es esta parte, que hace que por su extensión no sea posible su reproducción aquí, pero que se puede consultar en la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Tras esto se procede a una descripción detallada de las actividades (el cómo) con sus criterios de calidad basándose en protocolos y guías cuando es posible. En este punto se especifican las competencias que debe tener cada profesional implicado en el proceso.

4. Representación gráfica: “Arquitectura”

La gestión por procesos ha desarrollado una metodolo-

FIGURA 8. PROCESO DE DEMENCIAS

Qué	Tratamiento: atención al cuidador y a la familia. Formación en el cuidado.
Quién	<ul style="list-style-type: none"> – Unidad de Demencias: Enfermero. – Profesionales de AP: Médico de Familia y Enfermero. – Profesionales de intervención social y centros de servicios sociales. – AFAs.
Cuándo	Siempre.
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> – Unidad de Demencias. – Centro de Salud. – Domicilio. – AFAs.
Cómo	<p>Capacitar en habilidades para el cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aprendizaje de manejo de síntomas cognitivos y conductuales, mediante medidas no farmacológicas, y monitorización de medidas farmacológicas. – Aprendizaje de cómo compensar las limitaciones para el autocuidado del paciente.

gía de representación gráfica en la que diferentes símbolos y sus posiciones (cuadrados, círculos, flechas, líneas continuas o discontinuas, disposición en vertical u horizontal, en un sentido u otro, superpuesta o no...) indican el flujo de las actividades y agentes implicados en los procesos. La Junta de Andalucía utiliza la metodología IDEF²⁶ (integration definition for function modelling) con algunas modificaciones²⁴. Esta representación tiene varios niveles en función de las estructuras implicadas:

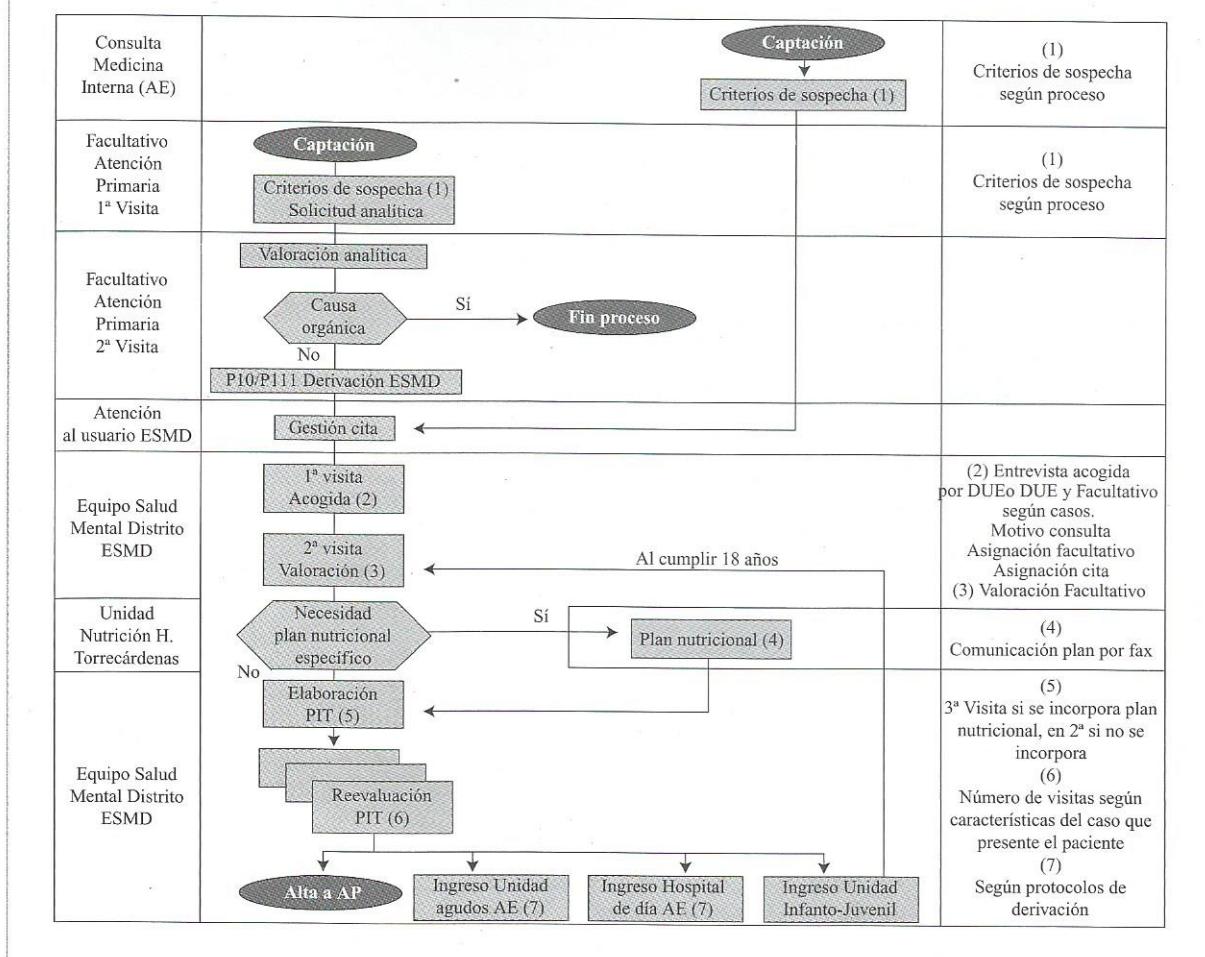
- Nivel 0: Servicio Salud Público Andaluz. Representación gráfica de las estructuras del Sistema y el flujo de los procesos en ella.
- Nivel 1: representación global del proceso. Representa el proceso general y las implicaciones de este

en las estructuras del Sistema (AP, consultas especializada, Hospitalares...) con sus procesos de soporte.

- Nivel 2: representación de los subprocesos (t. pánico, depresión, distimia...) en el ámbito de AP, consultas de especializada, de H. de Día, de Hospitalización Total...
- Nivel 3: desglosa el detalle de la actividad y quien la realiza.
- Nivel 4: adaptación local que debe crear cada grupo responsable del proceso en las Areas de cada Provincia. Esta “arquitectura 4” es sobre la que se trabaja operativamente, se mide y se evalúa.

En la figura 9 se presenta la arquitectura 4 del proceso TCA en su parte ambulatoria como se ha definido para el Área de Poniente de Almería.

**FIGURA 9. ARQUITECTURA NIVEL 4. TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA.
HOSPITAL DE PONIENTE Y DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PONIENTE DE ALMERÍA**



5. Mejora continua

Indicadores. En la guía de cada proceso aparecen algunos indicadores pero se señala que estos deben precisarse y definirse por los grupos locales. La idea debería ser que sean realmente indicadores de proceso (según el business process management) que permitan evaluar, controlar la calidad y desarrollo de estos, pudiendo establecer correcciones y mejoras.

La guía del proceso TCA²⁵ propone los siguientes indicadores según el nivel de atención:

– **Atención Primaria (AP):**

- Número de pacientes diagnosticados en menos de 30 días/Total de pacientes incluidos en el Proceso TCA.

– **Atención Especializada (AE):**

- Número de pacientes atendidos en primera consulta de AE en menos de 15 días/Total de pacientes derivados a AE para primera consulta.
- Número de pacientes atendidos en menos de 7 días en HD/Total de pacientes derivados a HD.
- Número de pacientes que ingresan en hospitalización completa procedentes del SCCU-H/Total de ingresados en hospitalización completa.

– **Otros indicadores:**

- Pacientes que cumplen el contrato terapéutico/Total de pacientes que aceptan el contrato terapéutico.

Para el proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones se indican criterios de calidad (generales tratando de garantizar un espacio de cooperación entre niveles con un volumen asistencial controlado que permita intervenciones psicoterapéuticas) en cada una de las arquitecturas de los que se deben desprender indicadores que no especifica. En Almería se han empezado a medir indicadores como el número de derivaciones desde AP incluidas en el proceso y el porcentaje de informes de derivación de vuelta a AP con diagnóstico y planes de tratamiento cerrados.

Grupos de mejora. En las Áreas Sanitarias, en el nivel de la arquitectura 4 donde se operativiza de manera concreta el proceso, se ponen en marcha como parte de éste grupos de mejora, formados por representantes de los grupos profesionales implicados. Cada uno tiene un responsable, quién será el responsable local del proceso con el apoyo de los responsables de calidad de las Areas. En realidad estos grupos son los encargados inicialmente de definir esta arquitectura 4 y de que el proceso se ponga en marcha. Tienen la responsabilidad de compro-

bar que la asistencia se desarolla conforme al proceso, detectar, analizar y priorizar problemas, definir e implantar soluciones, y medir si han surtido efecto.

MEDIDAS DE APOYO PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

La puesta en marcha de este modelo de gestión no parte de medidas parciales de la administración y de la iniciativa de los profesionales. Requiere de medidas de apoyo como la inclusión en planes estratégicos, la inclusión e incentivación en contratos programa y unidades de gestión clínica, la inclusión en el sistema de acreditación andaluz (Agencia de Calidad Andaluza). Para que los estándares que exige el proceso se cumplan, el Gobierno Autonómico ha desarrollado un Decreto de Garantías (que establece plazos máximos para pruebas e intervenciones médicas según los criterios de calidad de los procesos y garantiza que la administración los cumpla).

Otras medidas que se han tomado son los planes de formación a directivos, estrategias culturales y organizacionales, y una estrategia de comunicación para difundir el modelo y sus bondades entre profesionales y usuarios.

Una parte importante de la gestión por procesos depende de un buen sistema de información, por lo cual la Junta planeó la puesta en marcha de un ambicioso sistema informático común a primaria, consultas de especializada y hospitalización, que incluye la historia clínica digital, llamado DIRAYA. De momento tiene una implantación parcial en Atención Primaria y en la gestión de consultas de especializada y está dando muchos problemas que han retrasado su desarrollo y no han permitido evaluar su impacto previsto en este modelo de gestión.

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

La introducción en 4 años de un Plan de Salud, dos Planes de Calidad, Unidades de Gestión Clínica, gestión por procesos, sistema de información (DIRAYA), agencia de calidad, planes de acreditación... ha sido posible como estrategia de comunicación y tal vez ha resultado eficaz políticamente. Sin embargo, la cultura organizacional no ha tenido tiempo de cambiar, en la asistencia no ha sido posible aún su implantación real de forma generalizada y el desarrollo es muy variable según procesos

y zonas. La impresión de muchos profesionales es que una vez lanzada la estrategia y los “papeles” acompañantes, el sistema no tiene recursos para seguirla. La incentivación de los profesionales que tienen que participar en ella sigue siendo claramente extrínseca, basada en el desempeño, sin conseguir que el profesional se sienta motivado por la pertenencia al sistema, clave para la filosofía de gestión de procesos.

Un problema de partida ha sido el tratar de implantar la gestión por procesos de manera vertical. La Organización Sanitaria no ha cambiado su cultura de gestión aunque haya presentado una buena campaña informativa y unos planes ambiciosos. Por ejemplo las Unidades Clínicas de Gestión (herramienta que se ha lanzado a la vez que los procesos) vuelven a parcelar, sino la asistencia, sí los sistemas de gestión e incentivación. Otro problema es el hecho de que no se haya hecho un análisis pormenorizado de los procesos sino un análisis global en un sistema sanitario tan extenso y variado como el andaluz. Esto dificulta establecer con corrección la metodología de los ciclos de mejora.

Se puede tener la sensación que la política que se sigue tiene que ver con una estrategia centrada en el usuario (así es la política de comunicación) sin el usuario. Se echa en falta, por ejemplo, la presencia en los grupos de trabajo, que diseñan y controlan el desarrollo de los procesos, de asociaciones de familiares y usuarios. El control está dentro del sistema, es la misma Junta quien acredita y vigila. Aunque oficialmente no es así, algunos procesos apenas se han desarrollado localmente. La “arquitectura 4” está publicada pero su desarrollo depende del liderazgo de responsables locales y grupos de mejora donde, como señalabamos, sigue habiendo un importante problema de incentivación, que dificulta que la metodología de mejora de procesos funcione. Los números sí empiezan a salir, pero asociados a incentivos e indicadores de proceso poco desarrollados y de resultado ya existentes. Los indicadores por los que se rige realmente la gestión siguen la filosofía de la gestión por resultados, no garantizando por tanto la calidad de los procesos como se explicaba en el apartado de nuevos modelos de gestión.

Muchos profesionales señalan además la aparición de paradojas en el sistema asistencial: ¿y lo que no se mide? Por ejemplo se prioriza la fractura de cadera del anciano (que es un proceso) antes que la fractura de cadera en un joven que, si es necesario por el criterio de cumplir con el otro proceso, se pospone.

En los procesos asistenciales de Salud Mental hay problemas añadidos que tienen que ver con las dificultades

de la Medicina Basada en la Evidencia en nuestra especialidad, lo que dificulta consenso sobre actividades e indicadores. Esto tiene el riesgo de la simplificación e igualación a la baja al no poder precisar y generalizar intervenciones específicas. En el proceso TCA se adolece de este problema y no queda garantizada una atención de calidad por el hecho seguir el proceso.

Si bien tiene el riesgo de dejar fuera de la atención especializada a muchas de las patologías consideradas “menores”, es destacable la filosofía del proceso de A-D-S (Ansiedad-Depresión-Somatizaciones) que ha conseguido que Atención Primaria y Salud Mental vuelvan a mirarse más, tratando de generar espacios de cooperación. Queda mucho por desarrollar en este terreno pero al ser un proceso abierto y adaptable a lo local presenta claras posibilidades de mejora.

Se espera que el proceso de Trastorno Mental Grave esté basado en el desarrollo de un sistema de gestión de casos (que encaja muy bien con el modelo de gestión de procesos) que es muy necesario en un modelo tan comunitario como el Andaluz pero que necesita anclar criterios y disminuir la intensa variabilidad.

CONCLUSIONES

Para que la gestión por procesos clínicos supere las dificultades señaladas las organizaciones sanitarias tienen que cambiar su filosofía verticalista y realmente horizontalizar más el control y el flujo de los procesos. No tiene demasiado sentido gestionar procesos clínicos y no hacerlo con el resto de procesos de la organización. La Filosofía de la Calidad Total (que incluye la gestión por procesos) no es una estrategia de comunicación sino un modelo empresarial que debe cambiar la gestión por resultados a la gestión por procesos. Complicado asunto, pues requiere de la responsabilización de todos los profesionales implicados, es decir, de su motivación.

En la asistencia en salud mental donde la variabilidad es tan intensa, si bien debemos hacer un esfuerzo especial, puede reportarnos claros beneficios especialmente en áreas donde las desigualdades son grandes y las intervenciones basadas en la evidencia están algo desarrolladas. Prudencia hay que tener en otras áreas donde no hay mucho consenso y donde la gestión de los procesos puede aplicarse a los procesos de soporte u otros subprocesos parciales o de apoyo de la organización (que habría primero que analizar y definir), pero dónde lo clínico puede estandarizarse a la baja frenando el desarrollo de alternativas o experiencias enriquecedoras.

BIBLIOGRAFÍA:

1. García Prieto EE. Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit* 2005; 3 (1): 67-72.
2. Blumenthal D. Controlling Health Care expenditures. *New Engl J Med* 2001; 344: 766-74.
3. Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica clínica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 382-390.
4. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. Madrid; Ediciones Díaz de Santos: 1989.
5. European Foundation Quality Management. About EFQM. Disponible en <http://www.efqm.org>
6. ISO 9000. Información disponible en <http://www.iso.org>
7. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J, Velasco V. Adaptación de un modelo de Calidad Total al Sistema Sanitario. *Rev Calidad Asistencial* (en prensa)
8. Galloway D. Mejora continua de procesos. Barcelona: Gestión 2000, 1998
9. Lleras Muñoz S. Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria. *SEMERGEN* 2002; 28 (6): 307-14.
10. Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:243-244.
11. Ruiz de Aldana Pérez R, Rodríguez Santirso MA, Elipe rebollo P. Nuevas estrategias de mejora de la calidad: la gestión por procesos integrados. *JANO* 2003 65: 848-56.
12. Torres Olivera A. Gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. *Aten Primaria* 2003; 31 (9): 561-3
13. Pérez Fernández de Velasco JA. Gestión por procesos. Reingeniería y mejora de los procesos de la empresa. Madrid: ESIC; 1996.
14. Osorio Acosta J, Paredes Alonso E. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 193-206.
15. Sánchez R, Sanado LA, Orio I, Fdez de Corres B, Rodríguez C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso? *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:255-258.
16. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 222-226.
17. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (5): 305-11.
18. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322: 1413-17.
19. II Plan de Calidad. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=institucional_PDC
20. III Plan de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/library/plantillas/plantilla.asp?t=Plan%>
21. Plan Integral de Salud Mental. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_GestCal_SM
22. Costa i Estany. Metodología del diseño de procesos. *Cuadernos de gestión* 1998; 1: 28-39.
23. Arcelay A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:245-246.
24. Guía de diseño de procesos. Consejería de Salud Junta de Andalucía. http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=acceso_procesos
25. Procesos Asistenciales integrados. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Los publicados hasta la fecha de forma completa y sus guías rápidas, así como los planes de cuidados de enfermería están disponibles en http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=acceso_procesos
26. Integration definition for function modeling (idef0) standards. Disponible en <http://www.idef.com>

HEMOS LEIDO

Coming off Psychiatric Drugs. Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers

Peter Lehman (Ed)

Peter Lehman Publishing. Berlin 2004

Como el título sugiere, estamos ante un texto sorprendente por su enunciado y por su propósito: en momentos de tanta confianza en la química, creciente interés por la psicofarmacología cosmética y exaltación de la psiquiatría centrada en el fármaco, casi superando la profecía *huxleyana* del “soma” mediador de todo malestar, ¿tiene sentido una propuesta de abandono, y de abandono responsable –como los autores proponen–, de los psicofármacos...?

Estamos ante un libro crítico con el uso de fármacos en el tratamiento de los problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos y es ciertamente una colección de textos a contracorriente de la psiquiatría globalizada. Un libro desde la perspectiva de los usuarios de psicofármacos; de cierto grupo de usuarios, bastante representativos del sector que se ubica en torno a ENUSP (la red europea de “ex-usuarios y supervivientes” de la psiquiatría –huelga decir que éste es uno de los sectores más críticos con la psiquiatría oficial de estos momentos–).

Sin duda puede aducirse enseguida la ingenuidad de estas propuestas, o incluso el riesgo que para muchos pacientes que se están beneficiando de tratamiento farmacológico podría

derivarse si procedieran a abandonar, sin más, los tratamientos. El compilador y editor ha previsto esta eventualidad, e insiste en que no pretende en ningún caso promover el abandono generalizado de los tratamientos, ni sustituir el criterio clínico. Reconoce que cada paciente, cada caso, tiene su propio camino; y reclama la implicación y la ayuda profesional también para quienes pretendan una respuesta alternativa a los fármacos para afrontar sus problemas de salud mental.

Antes de seguir adelante convendrá tener en cuenta algunos aspectos centrales que han sido considerados en la preparación de este libro:

1. Solo reúnen experiencias favorables de entre quienes, abandonando los tratamientos farmacológicos, han podido desarrollar una vida personal más plena, más satisfactoria, con más sentido, y vivida con mayor grado de responsabilidad personal que en los períodos anteriores en que estuvieron siguiendo tratamientos con fármacos.
2. En ningún caso se promovieron abandonos para participar en el proyecto, sino que el compilador se ha limitado a recoger el relato de experiencias positivas ya en curso.
3. En los distintos textos que componen el libro, los autores reconocen que para muchos otros la experiencia de tratamientos farmacológicos (incluso la terapia electroconvulsiva) ha podido resaltar positiva, si bien el compilador y editor no se ha propuesto en esta ocasión informar de esta otra dimensión (terapéutica) de la experiencia de los fármacos (de la que da cuenta siste-

máticamente otros muchos textos, sino de las ventajas de otras opciones. No pretenden por tanto una revisión más o menos exhaustiva y rigurosa del conjunto de las opciones terapéuticas, sino argumentar a favor de quienes deciden abandonar el tratamiento farmacológico, y reclamar otro tipo de respuestas por los terapeutas.

En cualquier caso, se expresa un marcado respeto por las circunstancias individuales de cada caso. Diversos autores recuerdan que “no todo funciona para todos”, lo que es aplicable tanto al abandono o mantenimiento de los fármacos, como al tipo de alternativa que cada persona encuentra. Ahí radica una de los aspectos más ricos e interesantes de los textos reunidos en este libro: la variedad de experiencias, de procedimientos y de modalidades seguidas para re-construir el periplo vital de cada protagonista.

En este texto se reúnen una serie de relatos en primera persona, con sus avatares biográficos y sus periplos psiquiátricos más o menos turbulentos. El propio Peter Lehmann, editor compilador, nos informa del mensaje lanzado a los miembros de asociaciones de “ex-usuarios y supervivientes de la psiquiatría”: se trataba de dar a conocer las experiencias positivas de personas que abandonaron el tratamiento farmacológico. El propósito, trasladar el énfasis hacia la posibilidad de asumir las responsabilidad sobre los propios problemas, evitado depositar en exclusiva todas las esperanzas y expectativas de cambio en los fármacos.

4. Sin que sea el propósito del libro, tampoco se evitan críticas a otras formas de dependencia que pueden resultar también alienantes: tanto entre las psicoterapias como en las propias actividades de los grupos de autoayuda se pueden generar formas de dependencia o de respuesta inadecuada a los conflictos personales y a las dificultades del “oficio de vivir”.

5. No faltan recomendaciones para proceder de forma reflexiva y responsable antes de decidir la retirada de los fármacos. Así un ex-usuario recomienda:

“...recopila información sobre psicofármacos y su modo de acción
...recopila información sobre la condición clínica, y el origen de los problemas

...considera si es momento de iniciar la reducción del tratamiento”
Y, de forma similar, un psiquiatra, recomienda considerar, antes de contribuir en la ayuda a la retirada de los fármacos, las características personales de quien lo solicita, la realidad y consistencia de su deseo de dejar los fármacos, al igual que la incertidumbre o el miedo del interesado a la hora de tomar esa decisión.

Aunque no estamos ante un texto que pretenda una revisión de los fundamentos psicopatológicos de la clínica psiquiátrica, en general se asume un modelo de trastorno mental en que todo sufrimiento psíquico y todo trastorno mental puede ser entendido desde las variables personales, biográficas, según un modelo de “crisis”, obviando cualquier posible implicación de variables biológicas. Por lo que se supone que los fármacos no pueden ser sino meramente paliativos. Y de ahí la propuesta de abandono de los mismos tan pronto como sea posible, para acceder así a la toma de conciencia y de responsabili-

dad personal sobre la propia vida y sus dilemas, conflictos y demás avatares.

Con estas premisas, este libro tiene gran interés para los profesionales, porque nos acerca a confrontar con nuestros propios errores e insuficiencias: el fármaco no puede ser un mero taponamiento de la perspectiva subjetiva e interpersonal del sufrimiento humano, ni un encubrimiento de las insuficiencias de una práctica clínica que debiera estar centrada en el consultante, sus problemas, sus necesidades, sus perspectivas. Nos recuerdan que los fármacos no son tan seguros, ni tan eficaces, ni tan específicos como a veces se nos presentan y que en ocasiones pueden ser fuente de más problemas que de soluciones

Así, por los distintos capítulos del libro desfilan una serie de aspectos que cabe imputar en el “debe” de la psiquiatría meramente farmacológica; es decir, de aquella forma de practicar la clínica que no considera la subjetividad, ni la opinión o las preferencias de los pacientes a la hora de decidir las indicaciones terapéuticas ni la marcha del propio proceso terapéutico.

En la raíz de la decisión de abandonar los fármacos encontramos pacientes que no se han sentido escuchados ni comprendidos por sus médicos y que se han sentido objetos de tratamiento, de modo un tanto enajenado, *des-subjetivado*.

Entre el resto de aspectos críticos, que pueden animar a los profesionales a revisar nuestra práctica están aspectos tan elementales como la insuficiente información que se suele proporcionar a los interesados no solo sobre los posibles efectos negativos de los psicofármacos previamente a cualquier tratamiento y que hace posible de verdad un tratamien-

to con consentimiento informado (tal y como reconoce nuestra reciente Ley de Autonomía del Paciente), sino información también acerca de las distintas opciones terapéuticas. Para muchos problemas, sobre todo para aquellos del espectro de los trastornos de ansiedad y depresiones, sabemos que pueden ser de eficacia similar el tratamiento con fármacos o con psicoterapia o intervenciones psicosociales. Sin embargo, demasiado a menudo solo se ofrece al paciente la opción a tratamiento farmacológico o, lo que es peor, en muchas ocasiones el clínico transmite la expectativa de que el paciente lo que ha de hacer es dejar que actúe el fármaco sin adquirir responsabilidad alguna sobre la situación personal subyacente. Otras veces, el fármaco es el recurso estereotipado al que se recurre ante una situación de incertidumbre o ante el mero “no saber qué hacer”.

Se aducen otros aspectos para desconfiar de los psicofármacos: algunos de índole muy práctico, como las frecuentes adicciones a tranquilizantes (benzodiacepinas), más frecuentes cuanto menos opciones alternativas (relajación, psicoterapia, cambios en la organización de la propia vida...). Otros argumentos responden a una cierta perspectiva ética del quehacer clínico, o una cierta mirada antropológica sobre lo que la psiquiatría y los fármacos pueden representar en nuestra vidas, señalando el riesgo de que se aliente así un cierto conformismo con los aspectos sociales, culturales o políticos que nos atañen como ciudadanos, o conformismo con los avatares de la propia vida, renunciando a asumir la responsabilidad de tomar iniciativas o decisiones que puedan abordar los conflictos subyacentes e intentar algún cam-

bio en el rumbo, en la dirección de la propia vida. No faltan tampoco argumentos en la línea de lo que podríamos considerar perspectiva "ecológico-naturista", que desconfía de los psicofármacos de la misma forma y por los mismos motivos que se desconfía de otros artificios que la civilización introduce en la naturaleza, desde los fertilizantes hasta la energía nuclear; y por lo mismo, se defienden las opciones a abordajes alternativos de los trastornos mentales con la misma óptica con que se defienden las fuentes naturales de energía alternativa solar o eólica, por ejemplo no contaminantes.

La parte más controvertida, sin duda, es cuando se generaliza la confianza en opciones alternativas para todo tipo de problemas, y se presentan como similares los problemas derivados de cualquier padecimiento mental, ya sean problemas adaptativos, con síntomas de ansiedad o depresión, con otro tipo de problemas, como el trastorno bipo-

lar o la esquizofrenia. Y aquí si se entra en clara confrontación con la perspectiva con que trabajamos los profesionales, aún los más interesados en la perspectiva psicosocial y en otras opciones alternativas. En la gran mayoría de pacientes con estos problemas, la indicación de fármacos es poco menos que inevitable, lo que no quiere decir que haya que proceder a renunciar a las otras modalidades de ayuda, tratamientos psicosociales, grupos de autoayuda, cambios en la vida familiar y personal. En estos casos, los dilemas tienen más que ver con cómo articular estas opciones y cómo facilitar que el propio interesado siga siendo el guionista y protagonista de su propia vida, a pesar de la amenaza (a la autonomía, a la integración) que suponen estos problemas. Considerando nuestros actuales conocimientos sobre estas cuestiones, cuanto más grave y complejo es un problema, cobra mayor importancia las respuestas integradoras de distintos niveles de intervención.

Principalmente en estos casos, cualquier dualismo que renuncie a integrar perspectivas biológicas y psicosociales correrá riesgos de fragmentar la realidad y restar eficacia a las respuestas.

Estamos por tanto ante una aportación tan interesante como controvertida. Es muy de agradecer el trabajo del compilador y editor, Peter Lehmann y de los distintos autores, ex-usuarios de servicios psiquiátricos y profesionales de los mismos, que presentan sus experiencias desde catorce países distintos, incluyendo lugares tan alejados como Australia, Dinamarca o Japón.

Para el lector hispano sería interesante disponer de una versión de este libro en castellano, ya que no tenemos en nuestro idioma ningún otro de características similares. Y la controversia sobre estos aspectos, seguirá abierta, con toda seguridad, en años venideros.

Mariano Hernández Monsalve

El curioso incidente del perro a medianoche

Mark Haddon

Barcelona: Salamandra, 2005.

En 1978 David Premack y Guy Woodruff publicaron un estudio sobre la intencionalidad de los chimpancés⁽¹⁾ que abrió camino a todo un nuevo campo de investigación al emplear por primera vez el término "Teoría de la Mente" para referirse a una capacidad cognitiva

que nos permite predecir y comprender los comportamientos y creencias ajenas. Desde entonces y bajo distintas etiquetas ("metacognición", "metarrepresentación", "mentalización", "función reflexiva" o "psychological mindedness") esta capacidad ha sido objeto de múltiples trabajos y ha servido de base a hipótesis explicativas de la clínica de pacientes con autismo, esquizofrenia o trastornos de personalidad.

"El curioso incidente del perro a medianoche" nos proporciona un nuevo acercamiento a esta capacidad, pero lo hace desde una pers-

pectiva muy distinta a la de todos los trabajos anteriores, la de la novela. Este libro es una novela sobre la metacognición que nos permite alejarnos de la posición de observadores ajenos que corresponde a la investigación y a la clínica para colocarnos en el punto de vista de Christopher, un adolescente de quince años que afronta su vida cotidiana con las peculiaridades que proporcionan las dificultades en la comprensión de los estados mentales de los demás. Peculiaridades que, por otro lado, implican la posesión de buenas capacidades de observación y deducción, que no

⁽¹⁾ D. Premack y G. Woodruff (1978), "Does the chimpanzee have a theory of mind?", *Behavioural and Brain Sciences*, 4: 515-526.

están contaminadas por las emociones cotidianas de las personas comunes.

La trama es sencilla. El mundo de Christopher se rompe por una circunstancia que a muchos nos pasaría desapercibida, la muerte del perro de una vecina. Con este hilo

conductor el protagonista nos cuenta algunas de sus aventuras al investigar quién asesinó al perro, emulando a Sherlock Holmes (otro peculiar y excéntrico héroe de las novelas de misterio con mucho talento para la observación pero poco para las sutilezas sociales) pero, so-

bretodo, nos enseña su peculiar visión acerca de la teoría de la mente e incluso revisa paradigmas clásicos en el área de investigación de la metacognición como el de la “falsa creencia”.

Luis Javier Sanz Rodríguez

**La alianza terapéutica.
Una guía para el tratamiento
relacional**
Jeremy D. Safran,
J. Christopher Muran
Bilbao, Desclée De Brouwer, 2005.

Jeremy Safran y Christopher Muran son dos psicólogos americanos dedicados a la clínica, la docencia y la investigación en psicoterapia. Su orientación es integradora y han evolucionado hacia un modelo en el que el trabajo con la emoción y los aspectos relacionales con el paciente en el aquí y el ahora constituyen el foco fundamental. Conocedores de la importancia de la alianza terapéutica en psicoterapia y su influencia definitiva en el proceso y evolución del tratamiento han desarrollado en este sentido un trabajo teórico y práctico que queda recogido en este libro.

Dentro de una epistemología constructivista, los autores plantean un cambio desde la psicología unipersonal a la bipersonal donde el foco se sitúan no en algún aspecto del paciente sino en la propia relación terapéutica. En esta diáada paciente-terapeuta única e irrepetible y en los procesos intersubjetivos que se desarrollan, es donde se susten-

ta su modelo de trabajo. Tras hacer un repaso histórico y recoger la investigación que se ha realizado sobre la alianza terapéutica, exponen los principios teóricos fundamentales de su modelo encaminados a trabajar sobre la relación terapéutica. Este encuadre teórico tiene una correspondencia técnica y práctica que describen con detalle en el libro. Explican cuál debe ser la actitud del terapeuta durante el proceso, observadora, ingenua, participativa, atento a lo que sucede en la relación, especialmente a través de cómo se siente él mismo. Propugnan un trabajo con el yo-observador muy intenso en el que el terapeuta tiene que desarrollar su capacidad de concienciación de forma continua y automática para ser capaz de intervenir desde ese mundo emocional suscitado por la relación terapéutica. En este sentido, detallan en un capítulo cómo hacer metacomunicaciones (la conciencia en acción, como ellos la denominan) es decir, comunicaciones sobre la transacción implícita que se está produciendo en la relación terapéutica. Explicitan cómo hacer técnicamente este tipo de señalamientos e interpretaciones de lo que está sucediendo, en el aquí y ahora, que incluyen auto-

rrevelaciones del estado emocional del terapeuta. Son, en definitiva, intervenciones que exigen cierto entrenamiento pero que son muy potentes y especialmente útiles en situaciones de estancamiento, impás terapéutico o de ruptura de la alianza terapéutica.

Los autores exponen también en los últimos capítulos cuál es su modelo concreto de trabajo, la Terapia Relacional Breve y cómo es su esquema para formar terapeutas, desde un enfoque relacional para el entrenamiento y la supervisión. Toda la exposición teórica del libro está apoyada en viñetas clínicas que ilustran en la práctica el modelo psicoterapéutico que proponen y las técnicas de intervención.

Como la alianza terapéutica es un elemento esencial e imprescindible de cualquier proceso psicoterapéutico, todos los profesionales, independientemente de su orientación o marco teórico van a poder beneficiarse de los contenidos de este libro, orientado a ampliar nuestra perspectiva sobre la relación terapéutica y a proporcionarnos herramientas para trabajar con ella.

Alberto Ortiz Lobo

HEMOS ESTADO

El I congreso FEARP y IV de la AMRP, Madrid, 24-26 de noviembre 2005

Con este apunte no pretendemos resumir ni sacar conclusiones del congreso sino simplemente señalar algunas de las ideas que se han escuchado y que puede ser interesante recordar, aunque no todas sean novedosas. De hecho, algunas de estas ideas parecen demasiado sencillas y, sin embargo, cuando nos acercamos a la práctica diaria en salud mental y rehabilitación, nuestras prácticas no siempre son coherentes con ellas.

La idea, expuesta entre otros por Geoff Shepherd, de que la rehabilitación no está en los "centros de rehabilitación", sino que debería impregnar todos los servicios donde se atiende a personas con enfermedad mental, es ya clásica. Y, sin embargo, no siempre está extendida entre los profesionales de los servicios de salud mental de nuestra comunidad, a lo que quizás no contribuye favorablemente el hecho de que la "rehabilitación" y lo "sanitario" dependan de consejerías distintas. En relación con esto mismo, se ha hecho hincapié en la importancia de disponer de una red integrada de recursos, lo que ha contrastado con los datos expuestos por Alberto Fernández Liria en torno a la dispersión en cuando a administraciones, financiadores, gestores y proveedores de recursos en una única área de Madrid. Y ha contrastado también con el laborioso trabajo descrito por Francisco

Villegas desde el observatorio de la FEARP para poder llegar a un lenguaje común a nivel nacional a la hora de denominar a los recursos de rehabilitación de igual modo, asunto que en el descanso para el café se podía constatar cuando trataba uno de explicar a un compañero de otra comunidad el recurso en el trabajaba y por qué, teniendo denominaciones iguales, era muy distinto al del suyo. Pero la idea que más ha estado presente de manera transversal en diversas ponencias ha sido la de la importancia de la participación de los usuarios en su recuperación y rehabilitación. ¿En qué participar? En primer lugar, en este tipo de reuniones, como este congreso, en el ha habido un espacio para la exposición de sus puntos de vista a través de representantes de asociaciones de usuarios y pacientes. Otros ejemplos de participación han ido desde lo referido a su propio proceso de rehabilitación y recuperación hasta su implicación en la gestión de recursos. De esto último se han visto ejemplos de recursos gestionados por asociaciones de pacientes o de procesos de selección de los profesionales en los que participaban representantes de los usuarios. De lo primero, el necesario énfasis en la autodeterminación de su plan de vida, se han sugerido formas de llevarlo a la práctica como promover que los pacientes/ usuarios participen en la elaboración de su propio plan de cuidados o que puedan decidir junto con el equipo cuál es el tipo de recurso al que quiere ser derivado. ¿Se elabora el plan de cuidados junto con el usuario?, ¿se acuerdan con él los objetivos a conseguir?, ¿se le informa de las alternativas de tratamiento y se le da posibilidad de elección? El direct funding, en el que los usuarios deciden en qué servicio gastar el presupuesto público asignado a sus necesidades, es el extremo en cuanto a la participación que mencionó Geoff Shepherd. Esta idea de que los servicios deben hacerse a medida de las necesidades de los usuarios, y no lo más frecuente, que el usuario debe encajar en el servicio si quiere ser atendido, la trasmitió de manera muy efectiva Germana Agnetti, de Milán. Propuso la sustitución del concepto de "paciente resistente" por el de "servicio fracasado" y describió un programa de intervención para esos pacientes a los que los servicios de salud mental no habían conseguido atraer al tratamiento. El programa se basaba en una estrategia "débil" en cuanto a normas, poder del profesional, débil en cuanto a imposición de una estructura a la que deben adaptarse los usuarios del servicio si quieren ser atendidos, pero fuerte porque son los pacientes quienes determinaban el modo y el para que deseaban ser atendidos. Un congreso lleno de debates y experiencias interesantes, de los que no acaban en el acto de clausura, sino tiempo después, por su influencia sobre nuestras ideas y prácticas futuras.

María Alonso Suárez

CARTAS AL DIRECTOR

La orfandad de la psiquiatría infanto-juvenil

Es sorprendente la falta de apoyo que desde la Administración se está dando a la Psiquiatría Infantil. Suponemos que el Departamento de Salud Mental debería velar por el adecuado, razonable y profesional desarrollo de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Madrid. Pero no, la Psiquiatría Infanto-Juvenil está absolutamente huérfana.

La última oportunidad de dar un apoyo a que los niños y adolescentes madrileños sean atendidos por profesionales preparados para ello se ha saldado con el absoluto abandono (si no oposición clara, más bien) por parte de los responsables de ello. Las plazas del concurso de traslados de la Comunidad de Madrid para puestos asistenciales en Equipos de Infanto-Juvenil, incluida la Unidad de Adolescentes del Gregorio Marañón, se ofertan sin perfil, en un momento en que, para mayor gravedad, salen perfiladas la casi totalidad de las plazas del resto de Especialidades. Si no parece haber una oposición sindical a la perfilación de las plazas; la oposición debe de estar dentro.

Hace ahora 5 años se inauguró la Unidad de Adolescentes, y las dos plazas de facultativo ofertadas se resolvieron con un concurso oposición en que se incluyó el perfil de formación y experiencia en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Con este criterio se siguieron seleccionando los profesionales que posteriormente se incorporaron. La apertura de la Unidad vino condicionada en parte por el incumplimiento hasta entonces del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que especifica que los menores de edad tratados por motivos de enfermedad psiquiátrica deben tener recursos específicos asistenciales para estas edades. Esta Unidad, pionera y única en ese momento en la Comunidad de Madrid reunía dichas condiciones.

Cinco años después la satisfacción de pacientes, familiares y facultativos de las áreas sanitarias de referencia, los resultados obtenidos, el incremento de impacto investigador del servicio de psiquiatría, la implicación de los distintos profesionales en tareas docentes en distintos ámbitos, y el conocimiento y reconocimiento a nivel público de los servicios prestados por la Unidad, se premia con la oferta a todos los profesionales de la Salud Mental de las plazas de dicha Unidad, independientemente de su perfil profesional, o mejor dicho, dependiente de él; cuanto más antiguo y menos especializado, mejor.

Es fácil comprender que muy poco tiene que ver el diagnóstico, evaluación, tratamiento y orientación de un niño o adolescente en una Unidad de Hospitalización de Agudos con, por ejemplo, el tratamiento ambulatorio de un adulto con una toxicomanía o un anciano con enfermedad de Alzheimer. Pero ni siquiera haría falta comprenderlo. Con mirar a nuestro alrededor podemos ver la experiencia de otros países, y el posicionamiento en este sentido tanto de los órganos legislativos como de los colectivos profesionales.

La psiquiatría del niño y del adolescente es una especialidad en todos los países de la Unión Europea a excepción de España y Rumanía. De hecho en nuestro país está en trámite de aprobación por el Congreso el Área de Capacitación Específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Como dice el borrador del Real Decreto que pretende actualizar el vigente Real Decreto 127/1984 para las especialidades médicas, "La consolidación, el reconocimiento y la potenciación de esas nuevas áreas o ámbitos de las especialidades médicas presenta indudables ventajas para nuestro sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto, pues la asistencia prestada por esos profesionales a los grupos de pacientes que comparten una patología específica incrementa las cotas de eficacia y eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud". Las primeras 7 Áreas de Capacitación Específica que dicho borrador contempla incluían ya la Psiquiatría Infanto-Juvenil. De hecho, el Ministerio de Sanidad, junto al de Educación y Ciencia se han propuesto a lo largo de este año el reto de poner en marcha las áreas de capacitación específica (ACE) tal y como establece la Ley 17/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS).

A nivel de organismos profesionales, la Comisión Nacional de Especialidades ha reflejado en sus documentos de las últimas décadas la consideración de la psiquiatría infanto-juvenil como un área específica dentro de la psiquiatría, y ha pedido reiteradamente su consideración como área de capacitación específica. De hecho, desde el año 1952 existe en España una asociación de profesionales específicamente de este ámbito, la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry

(ESCAP), que también ha demandado de forma reiterada el reconocimiento como subespecialidad de este área de la medicina.

Pero nosotros, los españoles, y ahora los madrileños, somos más modernos y más listos que nadie. Que el bienestar del trabajador, y sus años de adhesión a los Servicios Públicos (no necesariamente de servicio e implicación) prevalezcan sobre cualquier otro interés “sectario” de los niños y adolescentes con trastornos mentales y sus familias.

Mara Parellada y Lola Moreno

Psiquiatras de la Unidad de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón

Respuesta a un escrito sobre el Área 9 de Salud Mental (“eppur si muove”)

El Boletín de la Asociación (verano 2005), en la sección Panóptico, publica una nota pretendidamente chistosa sobre la organización del Área 9 de la Comunidad de Madrid, a raíz de la apertura de la Unidad de Psiquiatría de Fuenlabrada y la entrada en funcionamiento de una nueva Unidad de Rehabilitación con 20 camas. La nota es una denuncia de la red de salud mental del Área, con el pretexto de la premura, y la falta de planificación en la creación de dos listas de guardia –¡¡¡¿impuestas por el BOCAM?!!!-- con un psiquiatra y un residente en cada una ellas, para atender las urgencias del Área 9 en los hospitales generales de Leganés y Fuenlabrada. Precipitación en su decir debida a una supuesta inauguración que nunca se realizó ni estaba previsto que se hiciera. La nota ignora que la creación de esas listas fue consensuada con los médicos de guardia y aceptadas sus condiciones (que les sitúa en un buen lugar en relación al resto de Madrid: véanse la media de urgencias y de guardias por facultativo). Ignora también que al tiempo se contrataron seis psiquiatras, lo que ha permitido dotar a las dos unidades de rehabilitación de 3 facultativos más, uno de ellos en turno de tarde (cinco psiquiatras en total más dos psicólogos para 60 camas en dos unidades repartidas en el territorio). Ignora asimismo que 2 meses antes se había contratado un médico internista y un psiquiatra para la Unidad Residencial. Ignora los ratios del resto de personal que trabaja en la red, tanto sanitario como de administrativo y de servicios generales, difícilmente objetables. Pero, sobre todo, ignora, por no seguir con la lista de falsas informaciones, que la red que constituye el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, completa con estas unidades “improvisadas” unos dispositivos públicos que van de la urgencia y la planta en los dos hospitales del Área 9 a viviendas supervisadas (con personal de enfermería), hospital de día, centro de día, centros de salud mental, unidades de rehabilitación y residencial, con un plantilla propia, con personal público, completamente integrado, en todas y cada una de las unidades. Ignora que esta “improvisación” ha costado 20 años, y ha supuesto el esfuerzo, la tenacidad, la capacidad, y a veces el riesgo, de un amplio grupo de profesionales. Ignora la existencia de comisiones de consenso, de dirección, asistencia, rehabilitación (con participación de municipios, usuarios y familiares), docencia, investigación... donde habitualmente se han tratado TODOS los programas. Y, por último, los hacedores de esta sección, ignoran la contribución de estos servicios a la Asociación desde cuyas páginas escriben, el peso de esta experiencia en el propio seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, y lo que es más importante su contribución a la reforma psiquiátrica tanto en la Comunidad de Madrid como fuera de la Comunidad de Madrid.

Difícil entender la motivación, las razones ocultas del escrito, más aún dado su carácter anónimo. ¿Frivolidad des de la ignorancia? ¿Desacuerdo con los servicios públicos, con la línea progresista y comunitaria que siempre ha guiado los programas asistenciales de la red, aún en las coyunturas más adversas? Sin duda hay que respetar la libertad de expresión, pero quizás los hacedores de la sección debían haber contrastado las opiniones vertidas.

En cualquier caso el Área 9 no se merece este escrito.

Manuel Desviat

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain

TABLÓN DE ANUNCIOS

Congreso de la AEN

XXIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)

10-13 de Mayo, Bilbao.

Más información en: <http://www.ome-aen.org/23CongresoAEN/index.htm>

XV jornadas AMSM

PREPROGRAMA XV JORNADAS AMSM

Lugar: Hospital La Paz

FECHA: 8 de Junio

Programa

Mañana

- 9:00 h. Inscripción y entrega de documentación
- 9:30 h. Primera Mesa: La Asistencia de Salud Mental en Madrid: equidad, especialización y cohesión de la red.
- 12:00 h. Descanso. Café.

12:30 h. Acto inaugural

13:00 h. Conferencia.

14:00 h. Comida.

Tarde

- 16:00 h. Presentación del trabajo de la VIII beca de Investigación de la AMSM
- 17:00 h. Segunda mesa: Experiencias de trabajo en redes de Salud Mental en Europa
- 19:00 h. Descanso.
- 19:30 h. Asamblea de la AMSM
- 22:00 h. Cena.

VI Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (Sección de Historia de la Psiquiatría-AEN)

DE LA EDAD DE PLATA AL EXILIO: CONSTRUCCIÓN Y “RECONSTRUCCIÓN” DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA

Madrid, 20 y 21 de octubre de 2006

PROGRAMA PROVISIONAL

Viernes 20 (mañana)

Mesa 1. Psiquiatría y sociedad en los años veinte y treinta

“La reacción de los neuropsiquiatras españoles al Código Penal de 1928”, por José Martínez Pérez (Universidad de Castilla-La Mancha).

“Psiquiatría y pedagogía en la España de los años veinte y treinta”, por Mercedes del Cura (Universidad de Castilla-La Mancha).

“Psiquiatría y educación sanitaria: La higiene mental popular en España (1918-1936)”, por Ricardo Campos (CSIC - Madrid).

“Algunos aspectos de la asistencia psiquiátrica en Cataluña”, por Antonio Rey y José Vicente Martí (Universidad de Valencia).

Viernes 20 (tarde)

Mesa 2. La psiquiatría en la Guerra Civil

“La producción científica sobre la ‘neurosis de guerra’ en el marco de la guerra civil española”, por Olga

Villasante (Servicios de Salud Mental “José Germain”- Leganés).

“La actuación de los servicios psiquiátricos republicanos durante la guerra civil”, por José V. Estarlich (Servicios de Salud Mental de la Generalitat Valenciana).

“Psicopatología de Babel: la asistencia psiquiátrica en las Brigadas Internacionales”, por Cándido Polo (Servicios de Salud Mental de la Generalitat Valenciana).

“La atención psiquiátrica a la población no combatiente durante la guerra civil”, por Rafael Huertas (CSIC - Madrid).

Sábado 21 (mañana)

Mesa 3. La psiquiatría del exilio

“Los médicos psiquiatras españoles exiliados en la Argentina tras la guerra civil”, por Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

“Un psiquiatra español en el exilio: el Dr. Dionisio Nieto y su huella en la psiquiatría biológica mexicana”, por Cristina Sacristán (Instituto Mora -México D.F.).

“La psiquiatría española en el exilio venezolano: El Dr. Solanes y la psicopatología del exilio”, por Freddy Seidel. (Hospital psiquiátrico de Premontré -Francia).

“La contribución de los exiliados españoles a la psiquiatría en Puerto Rico y Cuba”, por Consuelo Naranjo (Instituto de Historia-CSIC).

Comunicaciones a las mesas: Está previsto la existencia de comunicaciones a las mesas, que deberán proponerse al comité científico para su evaluación y aceptación.

Lugar: Salón de Actos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (Edificio Central. C/ Serrano, 117. Madrid)

Información: huertas@ih.csic.es

Avisos

- Ya están a vuestra disposición en nuestra página web (<http://www.sie.es/amsm/>) los nuevos Estatutos de la Asociación, una vez que han quedado inscritos oficialmente en el Registro de Asociaciones de la Comunidad de Madrid. Como recordaréis, los Estatutos fueron modificados en la reunión de la Asamblea Extraordinaria celebrada el 17 de Mayo de 2004, con el fin de adaptarlos a la Ley Orgánica 1/2002 reguladora del derecho de asociación.
- Estamos elaborando una lista de correos electrónicos de los socios de la asociación para facilitar la comunicación y la participación de todos aprovechando las nuevas tecnologías. Para ello, nos resulta imprescindible vuestra ayuda e invitamos a todos aquellos que queráis participar a que nos hagáis llegar vuestra dirección de correo electrónico enviando un email en blanco a la dirección de la AMSM: amsm@sie.es

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

D.

profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)

y con domicilio en

Población D.P. Provincia

Teléfono

Solicita:

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

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

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

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

Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

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

Población día mes año

Firma: