

# AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Primavera del 95

Como muchos ya sabéis, el pasado 16 de febrero se celebró en Madrid un debate sobre la situación actual de la asistencia en salud mental en la Comunidad. Además de un informe de la Junta de A.M.S.M., se expusieron los correspondientes a los grupos de trabajo de Rehabilitación, Programas de formación MIR y PIR e Infanto-juvenil, como punto de partida para la discusión. Como es habitual, y aunque el debate contó con numerosas aportaciones, no fue posible analizar todos los informes. Esto, sumado al interés que tuvo la convocatoria, demostrado por el gran número de asistentes, nos ha llevado a publicar los documentos completos de estos grupos de trabajo, en forma de número extraordinario del Boletín.

## INFORME DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA AMSM

La reforma psiquiátrica de Madrid cuenta ya con 10 años de historia y con una trayectoria en la que ha dibujado lo que se ha conocido como **modelo de Madrid**. Este modelo ha tenido como características:

1. Un intento de emular las condiciones de atención a la salud mental estipuladas en la **Ley General de Sanidad** a pesar de que, al no haberse producido en la CAM las transferencias del INSALUD, en Madrid existen recursos asistenciales pertenecientes a administraciones diferentes (esta situación se palió en parte con las transferencias de los profesionales dependientes de casi todos los ayuntamientos —excepto el de Madrid capital— a la Comunidad de Madrid en 1991). Para ello:

1.1. Se abrió la posibilidad de articular funcionalmente una **red única** con los recursos de las distintas administraciones a través de un **convenio marco** que dio paso a la constitución de un **Comité de Enlace** a nivel de Madrid y, posteriormente de los **Comités de Enlace de Área** que permitieron articular la integración sobre el terreno.

1.2. La existencia de los Comités de Enlace (en los que participan las gerencias de atención especializada y de atención primaria de cada área) permitió articular orgánicamente la incorporación de la red de atención a la salud mental al sistema general de atención a la salud.

1.3. Se produjo un importantísimo incremento en la cantidad de recursos humanos y materiales situados en la comunidad, que se tradujo en la puesta en marcha de unos **Servicios de Salud Mental** en cada uno de los 34 distritos en los que se divide Madrid.

1.4. Se realizaron procesos de transformación en los dos **hospitales psiquiátricos públicos** que permitieron la utilización de algunos recursos institucionales del Hospital Psiquiátrico de Madrid en los primeros centros comunitarios y que acabaron con la transformación del de Leganés en una red de servicios alternativos.

1.5. Se abrieron algunas **unidades de hospitalización y servicios de urgencia en hospitales generales**.

2. La generación de un **consenso** por el que en el proceso de reforma confluyeron con un papel protagonista personas de muy diferente tendencia psiquiátrica y distinta adscripción ideológica y política.

3. La **ausencia tanto de un marco legal, como de una estructura orgánica** oficialmente reconocida en el sistema generado por la reforma (los dispositivos, cargos, y distribución de funciones se crean sin soporte legal ni estructural, no se pagan ni reconocen y se contradicen frecuentemente con los registrados en contratos, convenios y leyes vigentes).

4. La **flexibilidad** suficiente para permitir experiencias avanzadas en diferentes terrenos cuando, por los antece-

dentes históricos u otras circunstancias de un servicio daban lugar a ello, y, a la vez, la **incapacidad** de generalizar el modelo, imponer un nivel mínimo de adecuación.

Como consecuencia de todo ello Madrid ha vivido una situación cuya característica más notable ha sido la **heterogeneidad entre los servicios y, como consecuencia, las enormes diferencias en calidad de atención y tipo y nivel de prestaciones ofertados en cada uno de los territorios de la Comunidad de Madrid**.

La AMSM, desde su postura de compromiso en el desarrollo de este modelo, ha denunciado reiteradamente esta situación y desde hace dos años viene señalando la existencia de una serie de **amenazas o riesgos** que se ciernen sobre lo ya conseguido. Las actuaciones llevadas a cabo con el objetivo de resolver la crisis, a nuestro modo de ver no sólo no han contribuido a resolver los problemas existentes, sino que los están ahondando. La AMSM ha creído necesario hacer pública su opinión en aquellos conflictos en los que las medidas tomadas no estaban suficientemente justificadas en base a criterios técnicos o amenaza real al modelo comunitario de atención hasta hoy vigente. En este documento no queremos hacernos eco de temores. Pero creemos fundamental señalar **deficiencias** existentes para poder abogar por su corrección.

1. **La integración de los recursos de las distintas administraciones** se ha efectuado de un modo desigual en Madrid. Existen áreas en las que se ha alcanzado un nivel de integración superior incluso al logrado en autonomías a las que se ha transferido la sanidad, existen áreas en las que se ha eliminado el funcionamiento en paralelo de las redes, pero persisten repartos desiguales de las cargas entre los profesionales dependientes de las distintas administraciones y vías de acceso y niveles y calidades de prestaciones diferentes dependiendo de la zona básica de referencia, cuando no servicios funcionando no en segunda sino en tercera línea —respecto a los neuropsiquiatras— y persiste un área en la que se mantienen redes paralelas como antes de empezar la reforma.

2. **La integración en la sanidad general** también se ha efectuado de un modo desigual dependiendo, entre otras cosas, del grado de desarrollo conseguido en cada zona por la atención primaria de salud (que también es muy desigual en Madrid).

3. **La estructuración de redes** de servicios como alternativa al funcionamiento en dispositivos aislados, se ha llevado a cabo en algunos lugares pero ha sido inexistente en otros. Las Comisiones de asistencia de las áreas sanitarias sólo excepcionalmente han podido o sabido cumplir esta función articuladora y algunos hospitales (paradigmáticamente el Ramón y Cajal, el Clínico de San Carlos y, en los últimos dos años, el Hospital Psiquiátrico de Madrid, han vivido —probablemente por distintos motivos— de espaldas a sus áreas de referencia). Los últimos conflictos interinstitucionales no sólo no facilitan este proceso de integración sino que amenazan con revertir lo logrado.

4. **El énfasis en la atención comunitaria** se ha visto dificultado por la absoluta falta de incentivos (económicos pero también de biblioteca, subvenciones para la docencia, investigación etc.) que ha acompaña do a esta actividad.

## 2 AMSM

### AMSM

#### Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

##### Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental

**Presidente:**  
Mariano Hernández

**Vicepresidentes:**  
Marifé Bravo  
Fernando Mansilla

**Secretaria General:**  
Beatriz Rodríguez Vega

**Tesorero:**  
Juan González Rojas

**Vocal de Publicaciones:**  
José L. Rodríguez Calvín

**Vocales:**  
Alberto Fernández Liria  
Pilar González Gil  
Francisco Montilla  
Pedro Cuadrado

#### Boletín de la AMSM

**Redacción:**  
Yolanda Espina  
Ana González  
Josefina Mas  
Ana Isabel Moreno  
Esther Pérez  
Nuria Ponte  
José L. Rodríguez Calvín  
Olga Villasante

**Secretario de Redacción:**  
Juan Carlos Chamoso

**Fotocomposición e impresión:**  
MARIAR, S. A. - Tomás Bretón, 51  
28045 Madrid

Depósito Legal: M. 6.580-1992  
ISSN: 1133-9705

Impreso con papel reciclado



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

**5. La provisión de los imprescindibles recursos de rehabilitación y apoyo social** no ha sido asumida como responsabilidad propia por ninguna de las administraciones implicadas (los hay dependientes de Salud y concertados con Salud y con Integración Social). No existe un plan para desarrollar esos servicios ni una estimación orientativa de las necesidades. La distribución de los existentes es absolutamente desigual entre las diversas áreas. La atención ofrecida es no equitativa. Existen áreas en las que no hay acceso a camas de rehabilitación o alternativas residenciales. El cierre de la Casa de Transición durante más de 1 año ha venido —al margen de otras consideraciones— a empeorar esta situación.

**6. La transformación de los hospitales psiquiátricos** sólo ha cumplido sus objetivos en el de Leganés. La unificación administrativa del Hospital Psiquiátrico de Madrid con el Hospital de Cantoblanco no sólo no ha conseguido resolver este problema, sino que corre el riesgo de reproducir prácticas de otras Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de otros grandes Hospitales Generales que han funcionado a espaldas de la Reforma, o que han sufrido procesos de regresión (El Clínico o el Gregorio Marañón).

**7. La distribución de los recursos y posibilidades de docencia e investigación** también es absolutamente desigual. Por parte de la CAM, se han creado Unidades de las que desconocemos el presupuesto, objetivos y modos de acceso (USAMI). La Unidad Central de Docencia ha contribuido a aumentar la centralización y ha organizado actividades difícilmente compatibles con la actividad asistencial de los servicios. Por parte del INSALUD, aunque existen organismos de apoyo a las investigaciones a nivel ministerial, como el FIS, que conceden ayudas independientemente de la adscripción administrativa, no contempla vías accesibles para otro tipo de ayudas (como subvenciones para asistencia a congresos, organización de cursos, etc.).

**8. El sistema de gestión** ha sido reiteradamente señalado por los analistas externos e internos como la gran asignatura pendiente de la reforma. "Un modelo eficaz con una gestión ineficiente" fue la formulación que llegó a ser recogida por el propio Consejero de Salud en las Jornadas de junio de 1993, en las que también avanzó la idea de que los Comités de Enlace podrían necesitar ser superados. La realidad es que, desde entonces, por parte de la CAM se han intentado introducir cambios en el modelo asistencial y, mientras se ha mantenido igual el sistema de gestión (política de personal, presupuestos inescrutables, lentitud exasperante de los trámites). Algunas modificaciones en el sistema de gestión han incrementado la centralización y el control burocrático, además de ignorar la realidad de un sistema compuesto por elementos pertenecientes a diferentes administraciones. Por parte del INSALUD, la falta de implicación en la gestión ha dificultado la

implantación del modelo asistencial vigente. No hemos sabido de una sola propuesta de alternativa al Comité de Enlace que permita gestionar una red integrada por recursos de distinta procedencia administrativa.

La AMSM ha apoyado y defendido la reforma a pesar de ser consciente de estas deficiencias, en la medida en que pensábamos que el proceso se encaminaba en la dirección adecuada para superarlas y que, mientras tanto, y aunque de modo desigual, se estaban produciendo avances. La última crisis viene determinada por una detención del proceso y por la concurrencia de una serie de medidas (que hemos enumerado en el Boletín de la AMSM y en diversas declaraciones públicas) que nos hacen dudar de que la dirección de los próximos movimientos sea la correcta y no estemos a punto de asistir a un proceso de destrucción de lo ya conseguido. Creemos que el momento actual se caracteriza por una serie de notas que enumeramos a continuación:

- a) La desmotivación de los profesionales.
- b) La mayor crisis interinstitucional entre las administraciones con recursos de salud mental desde que se inició el proceso de reforma.
- c) La ausencia de unas reglas del juego definidas con claridad.
- d) La ausencia de un plan conocido, desde 1991, que indique una dirección de progreso.
- e) La escasa participación de los profesionales en los procesos de decisión.

La AMSM, preocupada por esta situación y convencida de que lo que se necesita para salir de ella son propuestas en positivo, quiere contribuir a poner las bases para un acuerdo que permita desbloquear la situación de crisis y pensar en el proceso de reforma con una perspectiva de futuro.

## RECOMENDACIONES DE LA AMSM PARA LA REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El anuncio, hace casi dos años, de la voluntad de la Consejería de Salud de dotar a la Comunidad de una Ley de Salud Mental, abrió una posible vía de solución los problemas ya señalados. La ley serviría para plasmar la existencia de una voluntad política de desarrollar la reforma, podría consolidar los avances logrados y servir de base para incorporar a la reforma a las áreas y servicios que se habían descolgado de la misma.

No era, sin embargo, una propuesta exenta de riesgos. La discusión de la ley podía reabrir diferencias y heridas mal cerradas después de las intensas y apasionadas polémi-

cas que acompañaron a los principios de la reforma y la delimitación del modelo. Una regulación muy general podría ser inútil y una demasiado concreta encorsetar y rigidificar el proceso de reforma hasta hacerlo inviable. Además la existencia de una ley específica podría contribuir a la más que probable marginación de la salud y la enfermedad mental respecto al resto de la salud. Por otra parte se trataría de una ley aprobada por el parlamento autonómico y que, en rigor, no puede concernir con el mismo grado de compromiso a recursos y actividades que dependen de tres administraciones diferentes.

Lo que el Consejero de Salud prometió en junio de 1993 fue un amplio proceso de discusión para el que solicitó el concurso de las asociaciones profesionales. En la entrevista mantenida por la AMSM con el anterior Director General se nos anunció la creación de una comisión para la elaboración de dicha ley. El nivel de participación de las asociaciones profesionales en la discusión del borrador de dicha ley estaba aún por definir. Hasta la fecha esta asociación no ha recibido una invitación formal para participar en la misma. La publicación en el BOCM (18 julio 1994) del decreto de constitución de la Comisión Asesora Institucional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid que tenía entre sus funciones el nombramiento de la Comisión para la elaboración de la ley, ha sido fuente de enfrentamientos entre las diferentes administraciones.

En cualquier caso creemos importante establecer algunos criterios que, a nuestro modo de ver, tendría que recoger un documento semejante.

## 1. AMBITO DE LA LEY

1.1. Debe ser una ley de **principios generales**, que defina **políticas de salud**, no una ley que regule el funcionamiento de estructuras.

Una ley que intente regular el funcionamiento de las estructuras asistenciales o de gestión corre más el riesgo de servir para encorsetar el proceso, no ser capaz de aceptar la sana variabilidad generada en un proceso que está llevando a confluir estructuras y servicios que partían de situaciones completamente diferentes y quedar obsoleta en un plazo corfísimo de tiempo. Además con el marco cambiante de las estructuras asistenciales y de gestión en el mundo sanitario general, la ley podría entrar en contradicción con éstas y servir de base para una nueva segregación de la salud mental.

1.2. Debe ser resultado de un **amplio consenso** en que estén implicadas, en los niveles correspondientes, las diferentes administraciones con responsabilidad en salud mental, los profesionales y los usuarios y familiares, además de las diferentes fuerzas políticas.

Se trata de hacer una ley que permita pensar en plazos lo suficientemente largos como para planificar; la atención a

la salud mental no puede cambiar de base con cada proceso electoral.

## 2. CONTENIDO DE LA LEY

2.1. Debe establecer que la atención a la salud y la enfermedad mental ha de efectuarse sin discriminaciones y **como parte de la atención a la salud y la enfermedad en general** (utilizando, por tanto, los mismos canales y los mismos mecanismos).

2.2. Debe establecerse que ha de existir **una red única de atención a la salud mental** para la sanidad pública, integrando —al menos funcionalmente— los recursos dependientes de las distintas administraciones y acoplándolos como un todo al sistema sanitario general.

2.3. La unidad de servicios debe ser la **red de servicios de salud mental** que integra dispositivos diversos (servicios de salud mental de base, unidad de hospitalización completa y parcial, recursos específicos de rehabilitación, alternativas de cuidados y apoyo social) para cubrir las distintas necesidades de atención a la salud mental de la población de **un área sanitaria**.

2.4. La atención a la salud mental debe situarse en el **nivel de la atención especializada, en segunda línea respecto a la atención primaria de salud**, con la que los servicios de salud mental deben establecer intensos programas de coordinación y apoyo.

2.5. La atención debe guiarse por los principios de **procurar atender los problemas en la comunidad, con las alternativas que supongan la menor restricción y marginación posible, y garantizando la continuidad de tratamiento y cuidados**.

2.6. La cobertura debe regirse por los principios de **universalidad y equidad**, la distribución de recursos entre las diferentes áreas debe efectuarse en función de las necesidades justificadas en cada una de ellas (considerando población y posibles factores correctores - características socioeconómicas, edad, otros factores de riesgo). Cualquier ciudadano debe tener posibilidad de acceder al mismo nivel de prestaciones para un determinado problema y no deben existir discriminaciones por motivos geográficos.

2.7. Deben garantizarse las adecuadas condiciones de atención a través de **programas específicos para población infanto-juvenil, adultos, ancianos, pacientes graves y crónicos, personas con problemas relacionados con el uso de alcohol y con el de otras sustancias**.

2.8. Deben existir sistemas de **atención urgente** 24 horas al día y 7 días en semana, definidos para cada ciudadano y debe establecerse un procedimiento para determinar cuál es el papel que corresponde en esta prestación a cada elemento del sistema sanitario.

**La Junta de la AMSM**

# INFORME SOBRE EL PROGRAMA DE REHABILITACION EN MADRID

Este informe se ha elaborado conjuntamente entre la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial y la Asociación Madrileña de Salud Mental en base a la siguiente documentación:

- Memoria de 1993 del Servicio de Salud Mental del S.R.S. de la Consejería de Salud.
- Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 1995. B.O.C.M. 30 diciembre de 1994.
- Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica de la Consejería de Integración Social: I) Definición, organización y recursos; II) Resumen de datos de atención 94 y costes económicos.
- Actas de la Comisión Regional de Rehabilitación correspondientes a las reuniones realizadas en el año 94 y enero del 95.
- Encuesta realizada por la Comisión de Evaluación de la AMRP que se envió a todas las Areas y Distritos en diciembre de 1993.
- Manifiesto de las familias de los enfermos mentales crónicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. FEMA-SAN.
- La Reforma Psiquiátrica en Madrid (1982-1991). CAM.

El informe se estructurará en los siguientes apartados:

1. Descripción de los recursos de rehabilitación y presupuestos.
2. Estado de desarrollo del Programa. Análisis de las actas de la Comisión Regional de Rehabilitación. Manifiesto de las asociaciones de familiares.
3. Descripción de los resultados de la encuesta de la Comisión de Evaluación.
4. Análisis global de la situación actual del Programa de Rehabilitación en Madrid.
5. Recomendaciones del Informe.

## 1. DESCRIPCION DE LOS RECURSOS DE REHABILITACION Y PRESUPUESTOS

El Programa de Seguimiento, Rehabilitación y Reinserción Social tiene como finalidad fundamental garantizar el tratamiento, seguimiento y recuperación de las habilidades personales, sociales y relacionales de los enfermos mentales crónicos, con el objeto de que se mantengan en la comunidad. Entre las necesidades de esta población se pueden citar:

- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo laboral.

- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Apoyo a las familias.
- Protección y defensa de sus derechos.
- Información, formación y apoyo a la comunidad.

El desarrollo del Programa conlleva una colaboración muy estrecha entre los Servicios de Salud Mental comunitarios, los Servicios Sociales de rehabilitación específicos, los Servicios Sociales generales y recursos sociocomunitarios. Colaboración que debe garantizar para cada uno de los enfermos mentales una actuación individualizada y coordinada que dé respuesta a las necesidades concretas que cada uno de ellos presenta. Cada uno de los Servicios de Salud Mental debe tener en funcionamiento un Programa de Rehabilitación y Seguimiento con acciones a nivel de área y de distrito.

La estructura del Programa de Rehabilitación del Servicio de Salud Mental a nivel regional es conocido por todos.

Los recursos del Programa de Rehabilitación que se describirán a continuación hacen referencia a tres grandes bloques:

### 1.1. Recursos de Rehabilitación Psicosocial

- 1.1.1. Programas de Día
- 1.1.1.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial
- 1.1.1.2. Centros de Día
- 1.1.2. Unidades de Rehabilitación con camas
- 1.1.3. Otros recursos
- 1.1.3.1. Hospitales de Día
- 1.1.3.2. Unidades de Media Estancia (¿Concertados H. Ciempozuelos?)
- 1.1.3.3. Piso Escuela/Casa de Transición/¿ARCO?

### 1.2. Recursos de Rehabilitación Laboral

- 1.2.1. Centro de Rehabilitación Laboral
- 1.2.2. Talleres Ocupacionales
- 1.2.3. Alternativas Laborales

### 1.3. Alternativas Residenciales

- 1.3.1. Unidad Residencial
- 1.3.2. Miniresidencias
- 1.3.3. Pisos Protegidos
- 1.3.4. Pensiones Supervisadas

### 1.4. Resumen comparativo de recursos y estimación de necesidades

### 1.5. Presupuestos 1995

- 1.5.1. Consejería de Salud
- 1.5.2. Consejería de Integración Social

# INFORME REHABILITACION

Primavera del 95

## 1.1. Recursos de Rehabilitación Psicosocial

### 1.1.1. Programas de Día

#### 1.1.1.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial

**Tabla n.º 1. CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
ALCALA DE HENARES	C. Integración Social	Area 3	244.174	60	72	80
LA ELIPA	C. Integración Social	Area 4	537.058	60	67	75
LOS CARMENES	C. Integración Social	Area 11 Latina	984.040	60	116	118
MARTINEZ CAMPOS	C. Integración Social	Area 6 Centro Chamberí	628.186	60	71	95
SAINZ DE BARANDA	Concertado	Area 1	620.919	85	114	107
SAN ENRIQUE	C. Salud	Area 5 Area 2	994.820	64	77	99
LEGANES	C. Salud	Area 8 Area 9 Area 10	897.181	96	140	

#### 1.1.1.2. Centros de Día

**Tabla n.º 2. CENTROS DE DIA**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
HORTALEZA	C. Salud		138.157	20		
ALCOBENDAS	C. Salud		181.545	10		
COLMENAR VIEJO	C. Salud		48.611	10		
TETUAN	C. Salud		147.313	20		
MOSTOLES	C. Salud		204.578	20		

#### 1.1.2. Unidades de Rehabilitación con camas

**Tabla n.º 3. UNIDADES DE REHABILITACION**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
INSTITUTO PSQUIATRICO JOSE GERMAIN	C. Salud	Area 8 Area 9 Area 10	897.181	40	20	
2 U. REHABILITACION H. PSQUIATRICO CANTOBLANCO	Salud			56	2	0
1 U. REINSERCIÓN H. PSQUIATRICO CANTOBLANCO	Salud			10	2	0

## 1.1.3. Otros recursos

## 1.1.3.1. Hospitales de Día

**Tabla n.<sup>o</sup> 4. HOSPITALES DE DIA**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
H. G. GREGORIO MARAÑON	C. Salud			25		
S.S.M. CHAMARTIN	C. Salud			20		
I.P. JOSE GERMAIN	C. Salud	Area 8 Area 9 Area 10	897.181	30	47	
H. PUERTA HIERRO	INSALUD	Area 6	342.477	20	-	-
H. CLINICO S. CARLOS	INSALUD			20		

## 1.1.3.2. Unidades de Media Estancia (¿Concertados H. Ciempozuelos?)

**Tabla n.<sup>o</sup> 5. UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA**

DISPOSITIVO	TITULAR	PLAZAS	INGRESOS		ALTAS	
			93	94	93	94
H.P. SAN JUAN DE DIOS (Ciempozuelos)	Concierto	(241)				
H.P. SAGRADO CORAZON (Ciempozuelos)	Concierto	(242)				

## 1.1.3.3. Piso Escuela / Casa de Transición / ¿ARCO?

**Tabla n.<sup>o</sup> 6. OTROS RECURSOS**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
PISO ESCUELA LEGANES	C. Salud	Area 8 Area 9 Area 10	897.181	6		
CASA DE TRANSICION / A.R.C.O.	C. Salud	En remodelación		13		0

## 1.2. Recursos de Rehabilitación Laboral

1.2.1. Centro de Rehabilitación Laboral

1.2.2. Talleres Ocupacionales

**Tabla n.º 7. CENTRO DE REHABILITACION LABORAL Y TALLERES OCUPACIONALES**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
CENTRO REHABILITACION LABORAL	Concierto C. Integración Social y Psiquiatría y Vida	Areas 1, 2, 3 4, 5, 6 7 y 11	4.045.922	40	63	62
TALLER OCUPACIONAL LEGANES CARPINTERIA	C. Salud	Areas 8, 9, y 10	897.181	10		
TALLER OCUPACIONAL LEGANES FORJA	C. Salud	Areas 8, 9, y 10	897.181	10		
CENTRO AGRICOLA	C. Salud	Areas 8, 9, y 10	897.181	10		
TALLER OCUPACIONAL LEGANES ENCUADERNACION IMPRENTA	C. Salud	Areas 8, 9, y 10	897.181	10		
CURSOS FORMACION PROFESIONAL SAN ENRIQUE	C. Salud	Areas 2 y 5	994.820	6		

### 1.2.3. Alternativas Laborales

El desarrollo de alternativas laborales se ha llevado a cabo a través de la iniciativa comunitaria "Horizon" (Pro-

yecto de Formación Profesional e Integración Laboral de Personas con Enfermedades Mentales Crónicas y con Deficiencia Mental). Las iniciativas realizadas han sido:

**Tabla n.º 8. ALTERNATIVAS LABORALES**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
INICIATIVA COMUNITARIA HORIZON	C. Integración Social y C. Economía Fondo Social Europeo	Areas 1, 2, 3 4, 5, 6 7 y 11	4.045.922	16		25
HORIZON LEGANES	C. Salud y C. Economía Fondo Social Europeo	Areas 8, 9 y 10	897.181	9		

**1.3. Alternativas Residenciales**

1.3.1. Unidad Residencial

1.3.2. Miniresidencias

1.3.3. Pisos Protegidos

1.3.4. Pensiones Supervisadas

**Tabla n.<sup>o</sup> 9. ALTERNATIVAS RESIDENCIALES**

DISPOSITIVO	TITULAR	ZONA	POBLACION	PLAZAS	USUARIOS	
					93	94
<b>Miniresidencias</b>						
SAINZ DE BARANDA	C. Integración Social. Concierto HH. Hospitalaria.	Area 1 Resto Areas	629.555 3.416.367.	14 8	62	81*
CARABANCHEL	C. Integración Social				-	-
<b>Unidades Residenciales</b>						
1 U.R. LEGANES	C. Salud	Areas 8, 9 y 10	897.181	90	89	
T U.R.H. PSIQUIATRICO CANTOBLANCO	C. Salud	Areas 4 y 5	1.139.747	28		
1 U.R. PSICOGERIATRICA H. PSIQUIATRICO CANTOBLANCO	C. Salud	Areas 4 y 5	1.139.747	26		
1 U.R. DISMINUIDOS PSIQUICOS	C. Salud	Areas 4 y 5	1.139.747	25		
<b>Pisos Protegidos</b>						
1 ALCALA DE HENARES	C. Salud	Área 3	252.851	4		
1 VALLECAS	Concierto C. Integración Social	Area 1	629.555	3	3	6
2 BARAJAS	Convenio C. Salud FEAFFES	Area 4	555.927	8		
1 HORTALEZA	Convenio C. Salud FEAFFES	Area 4	555.927	4		
1 CIUDAD LINEAL	Convenio C. Salud FEAFFES	Area 4	555.927	4		
1 ALCOBENDAS	C. Salud	Area 5	583.820	4		
1 TETUAN	C. Salud	Area 5	583.820	4		
3 CENTRO	C. Salud	Area 7	589.257	2		
2 MOSTOLES	C. Salud	Area 8	377.728	6		
2 LEGANES	C. Salud	Área 9	315.377	8		
2 CIEMPOZUELOS	Convenio C. Salud HH. Hospital	Apoyo H.P.		10		
3 "POBREZA 3"	C. Integración Social. Comunidad Europea	Apoyo C.A.S.I.		12		12
<b>Pensiones Concertadas</b>						
1 CENTRO	C. Integración Social	Area 7	589.257	11	15	17

Tabla n.º 10. TOTAL PLAZAS RESIDENCIALES

DISPOSITIVOS	PLAZAS TOTALES
MINIRESIDENCIA	22
UNIDADES RESIDENCIALES	169
PISOS PROTEGIDOS	69
PENSIONES SUPERVISADAS	11

#### 1.4. Resumen comparativo de recursos y estimación de necesidades

Tabla n.º 11. RESUMEN COMPARATIVO DE RECURSOS

RECURSO	1991	1993	1994
<b>C.R.P.S.</b>			
N.º Plazas	8 462	7 485	7 485
<b>Centro de Día Distrito</b>			
N.º Plazas	5 80	5 80	5 80
<b>U. Rehabilitación con Camas</b>			
N.º Camas áreas con acceso	3 185 4, 5, 8, 9 y 10	4 106 4, 5, 8, 9 y 10	4 106 8, 9 y 10
<b>Camas Concertadas</b>			
Camas	795	718	
<b>Piso Escuela y Casa Transición</b>			
Plazas	19	19	6
<b>Plazas Residenciales</b>			
Miniresidencias		22	22
Unidades Residenciales	144	169	169
Pisos Protegidos	62	69	69
Pensiones Supervisadas	10	11	11
<b>Rehabilitación Laboral</b>			
C.R.L. Talleres Ocupacionales	40 40	40 40	40 40

Tabla n.º 12. ESTIMACION DE NECESIDADES

RECURSO	PLAZAS EXISTENTES	N.º PLAZAS / 100.000 HAB.	PLAZAS NECESARIAS
C.R.P.S.	485	15	735
U. REHABILITACION CON CAMAS	106	(+2)	(+98)
MINIRESIDENCIAS	22	6	294
UNIDADES RESIDENCIALES	169	—	—
PISOS PROTEGIDOS	69	6	299
PENSIONES SUPERVISADAS	11	1	49
C.R.L. Y TALLERES OCUPACIONALES	80	4	196

### 1.5. Presupuestos 1995

#### 1.5.1. Consejería de Salud

No disponemos de datos desglosados del Programa de Rehabilitación. Se recogen aquellos conceptos que tienen una relación directa con el mismo.

Tabla n.º 13. PRESUPUESTO 1995 C. SALUD

CONCEPTO	1994	1995
Camas Concertadas		1.365.374.000
Subvenciones a familias	9.757.320*	1.500.000

\* Gasto real a 31 de diciembre 1993

## 2. ESTADO DE DESARROLLO DEL PROGRAMA ANALISIS DE LAS ACTAS DE LA COMISION DE ENLACE DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL. MANIFIESTO DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES

### 2.1. Comisión de Enlace de Rehabilitación y Reinscripción Social

La revisión de las Actas de la Comisión de Enlace de Rehabilitación y Reinscripción Social pone de manifiesto que:

- Existe un acuerdo general acerca del planteamiento global del programa y de sus objetivos.
- En la mayoría de las áreas se ha elaborado un documento consensuado donde se diseña el Programa de Rehabilitación y Reinscripción Social propio.
- En todos los distritos existe un censo de población crónica, aunque con criterios no homogéneos.
- Existe una implantación desigual y poco estructurada del Subprograma de Seguimiento de Población Grave y Crónica en los distritos.
- La implicación de los Servicios de Salud Mental en el Programa de Rehabilitación del distrito es variada; desde aquellos que se centran en la derivación a recursos específicos hasta aquellos otros en que también realizan actividades rehabilitadoras propias.

Además de estos temas en las comisiones realizadas durante el año 1994 se ha tratado también de:

- Seguimiento y criterios para la concesión de ayudas económicas individualizadas.
- La situación del subprograma de Voluntariado Social y Objetores de Conciencia.
- La creación de un grupo de trabajo sobre la coordinación con el INSERSO.
- La información sobre el grupo de trabajo interinstitucional "Integración Laboral de Enfermos Mentales".

— El trabajo con asociaciones de familiares y usuarios.

Los problemas detectados en las actas han sido:

- El cierre de la Casa de Transición.
- La dificultad para los ingresos en Unidades de Media Estancia.
- La pérdida del acceso a las Unidades de Rehabilitación del H.P.M., rompiéndose así el "compromiso desinstitucionalizador" según el cual era posible realizar ingresos en camas en las que previamente se había desinstitucionalizado un enfermo.
- La falta de camas residenciales.
- La lentitud en el pago de las ayudas económicas.
- Las dificultades surgidas en el funcionamiento de alguna Comisión de Rehabilitación de Área.

Las necesidades detectadas eran:

- Plazas residenciales.
- Plazas en Unidades de Rehabilitación, o Unidades de Media Estancia con tratamiento rehabilitador activo.
- Plazas en Centros de Día.

### 2.2. Manifiesto de las asociaciones de familiares

La Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) ha elaborado un manifiesto (Febrero de 1994) en el que, tras reconocer el esfuerzo realizado por las Administraciones y por los profesionales de la salud mental por conseguir un modelo comunitario de atención, dejan constancia de las carencias más importantes que ellos detectan y proponen unas medidas correctoras, que de un modo resumido, se presentan a continuación:

- Potenciar y mejorar la asistencia domiciliaria.
- Mejorar la atención en situaciones de crisis.
- Potenciar los programas de captación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental.
- Proporcionar apoyo, asesoramiento e información a los familiares.
- Desarrollar actuaciones que contribuyan a evitar continuos reingresos hospitalarios.

- Poner en marcha Centros de Rehabilitación Psicosocial en todas las áreas sanitarias.
- Crear pisos supervisados y miniresidencias (con 20 ó 25 plazas), una por año para cubrir todas las áreas sanitarias.
- Centros de Rehabilitación laboral, o alternativas similares.
- Intensificar el apoyo económico al movimiento asociativo.
- Potenciar el apoyo comunitario que facilite la integración de los enfermos mentales en recursos normalizados.
- Potenciar medidas que permitan su inserción laboral.

positivos específicos de rehabilitación y la atención a domicilio.

- El acceso a dispositivos específicos de rehabilitación es general para el caso de los C.R.P.S. y escaso para el acceso a alternativas residenciales y laborales.
- La totalidad de los distritos que contestaron la encuesta consideran insuficientes los dispositivos a los que tienen acceso para desarrollar adecuadamente el Programa de Rehabilitación. Las carencias más reiteradas son: a) un número adecuado de plazas en C.R.P.S., b) Unidades de Rehabilitación con camas, c) alternativas residenciales; d) centros de día y espacios de club social, y e) alternativas laborales.

### 3. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LA COMISION DE EVALUACION DE LA AMRP

Durante el año 1993 la Comisión de Evaluación de la AMRP elaboró una encuesta que se envió a todos los responsables del Programa de Rehabilitación de las áreas y distritos, así como a los Coordinadores de Área y a los Jefes de Distrito. En el primer trimestre de 1994 se recibió la contestación de 16 distritos, correspondientes a 8 áreas (Área 2: Salamanca, Chamartín, Coslada. Área 3: Alcalá, Torrejón. Área 4: San Blas, Barajas. Área 6: Moncloa. Área 7: Centro. Área 9: Leganés, Fuenlabrada. Área 10: Parla, Getafe y Área 11: Villaverde, Arganzuela, Carabanchel).

La encuesta constaba de 26 preguntas que hacían referencia a los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo de la organización y coordinación del programa a nivel del área.
- b) Desarrollo de la organización y coordinación del programa a nivel del distrito.
- c) Desarrollo del Programa de Rehabilitación en el distrito.
- d) Recursos de rehabilitación existentes.

Las respuestas a las preguntas quedan reflejadas en los gráficos que se presentarán a continuación. De un modo general se puede concluir que:

- Está establecida una coordinación periódica a nivel de las áreas.
- Existe o está en proceso de desarrollo la elaboración de un Censo de Población de Enfermos Mentales Graves y Crónicos, aunque con criterios no homogéneos de selección. En pocos lugares se ha iniciado un estudio más detallado de las características de esta población.
- En el distrito existe un responsable del programa, y colaboran en él mayoritariamente enfermería, trabajadores sociales y psiquiatras.
- En los distritos que han contestado se realizan una amplia gama de actividades siendo más comunes: la medición depot, la entrevista individual, la derivación a dis-

### 4. ANALISIS GLOBAL DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROGRAMA DE REHABILITACION EN MADRID

El análisis de todos los datos y valoraciones presentadas permite concluir que:

- El desarrollo del Programa de Rehabilitación en Madrid es desigual, tanto en lo que se refiere a la implicación de los Servicios de Salud Mental en las actividades rehabilitadoras, como a la implantación del Subprograma de Seguimiento de Población Grave y Crónica en los distritos, o a la distribución de los recursos específicos de rehabilitación.
- No existe una definición homogénea de la población objeto del programa. Es imprescindible consensuar con que criterios se elaboran los censos de crónicos.
- La provisión de los recursos de rehabilitación y apoyo social no ha sido asumida como responsabilidad propia por ninguna de las administraciones implicadas (Consejería de Salud, Consejería de Integración Social, INSALUD, Ayuntamientos), y no existe un plan común para desarrollar esos servicios, ni una estimación de necesidades.
- Tras una primera fase de desarrollo importante de los recursos por parte de la C. de Integración Social y de la C. de Salud, se ha producido a partir de 1992 un estancamiento sin incremento de los mismos, con una práctica congelación de los presupuestos. Baste revisar las cifras comparativas de plazas en los años 1991 y 1994. Es incomprensible que recursos como la Miniresidencia de Carabanchel, con las obras ya finalizadas, permanezca cerrada por falta de presupuesto para su mantenimiento. Más incomprensible aún resulta el hecho de que por motivo de rigidez de reglamentación laboral se cerrara primero, y se mantuviera después un año sin utilizar, un recurso como la Casa de Transición que previamente había demostrado su eficacia y adecuación al modelo comunitario.
- La utilización de recursos sociocomunitarios como apoyo al programa de rehabilitación y reinserción social es escasa.

— Existe coincidencia entre las necesidades detectadas por los responsables de rehabilitación, los profesionales de rehabilitación, los profesionales y las asociaciones de familiares:

- a) Un número adecuado de plazas de C.R.P.S. y Centros de día con fácil acceso desde el lugar de residencia y espacios de club social.
- b) Alternativas residenciales.
- c) Unidades de Media Estancia con tratamiento rehabilitador activo.
- d) Alternativas laborales.

## 5. RECOMENDACIONES DEL INFORME

Sin pretender agotar las posibles mejoras del Programa de Rehabilitación, nos parece imprescindible impulsar las siguientes tareas.

5.1. Homogeneizar de modo consensuado los criterios de definición de la Población Grave y Crónica objeto del Programa.

5.2. Establecer los estándares mínimos de atención, de desarrollo de actividad y de recursos con que debe contar el Programa de Rehabilitación en un distrito y en el área.

5.3. Favorecer la implantación y estructuración del Subprograma de Seguimiento en los distritos. Para ello parece necesario realizar un diseño del mismo, en el que se definan los elementos imprescindibles (tutorías, coordinación de recursos, atención domiciliaria, disponibilidad horaria, flexibilidad de movimientos...) y se apoyen las modificaciones reglamentarias que lo permitan. Un programa como este difícilmente podrá resultar exitoso si no cuenta con un proceso de formación intensiva de todos los profesionales que participan en el mismo.

5.4. Abrir un debate sobre la necesaria asunción de responsabilidad por cada una de las administraciones impli-

cadas, y la elaboración de un plan común de acciones. Este debate, que entendemos complejo, no debe perder de vista por una parte que la rehabilitación es una prestación sanitaria y que ha de estar financiada por el Sistema Nacional de Salud; y por otro la necesidad de recursos de apoyo social (financiados por los Servicios Sociales) imprescindibles para llevar a cabo la misma.

5.5. Aumentar y distribuir progresivamente las plazas de C.R.P.S. y de Centros de Día con una mayor accesibilidad, y adecuación a los distintos momentos del proceso rehabilitador.

5.6. Desarrollar alternativas residenciales, fundamentalmente miniresidencias y pisos y pensiones supervisadas, con criterios de distribución territoriales y temporales, en base a necesidades actuales y futuras.

5.7. Reconvertir parte del presupuesto destinado a plazas concertadas para la realización de Unidades de Rehabilitación con camas en las cuales se lleven a cabo programas rehabilitadores activos (no sólo ocupacionales), que permitan la adecuada reincorporación a la comunidad, y liberen camas en las Unidades de Hospitalización Breves (que no reúnen las condiciones adecuadas para realizar actividades rehabilitadoras).

5.8. Impulsar acuerdos institucionales que posibiliten el desarrollo de alternativas laborales.

En la redacción del presente informe han colaborado:

M.ª Fe Bravo Ortiz  
Miguel Donas  
Elia González

Agradecemos la documentación aportada por Abelardo Rodríguez como responsable del Programa de Recursos Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, dependiente de la Consejería de Integración Social.

## SITUACION ACTUAL DEL M.I.R. DE PSIQUIATRIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LAS AREAS SANITARIAS DE MADRID

Este informe es fruto del desarrollo de la ponencia que se realizó para las VII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental en la mesa redonda "Formación MIR y PIR". Para aquella ocasión, se formó un grupo de trabajo previo constituido por varios residentes de Psiquiatría (1 por cada Área Sanitaria de Madrid) en el que se abordó la situación actual de nuestra formación. Analizamos fundamentalmente datos objetivos en rela-

ción a nuestras rotaciones, docencia, supervisión, actividades de investigación, guardias... comparándolos entre sí y con el programa que aprobó la Comisión Nacional de Especialidades el 15-7-1986 (anexo 1). A pesar de que ya han transcurrido más de 8 años desde su aprobación, no cuestionamos entonces su validez y adecuación a las posibilidades y necesidades de nuestra formación.

## 1. ROTACIONES

En cuanto a las rotaciones, la Comisión plantea esta distribución (gráfico 1). Hay algunas de éstas que apenas se cumplen en Madrid, como los 6 meses de Medicina Interna y Neurología que sólo se hacen en las Areas 2 y 11 (Hospital de la Princesa y 12 de Octubre). La rehabilitación se realiza en dispositivos específicos en pocas Areas y en ninguna por un espacio de 4 meses. Tampoco existe una rotación en ningún Área que sea Planificación y Administración de la Salud Mental y la atención psiquiátrica. Otras como Psicogeriatría o Alcoholismo y toxicodependencias suelen aparecer incluidas en rotaciones como el Centro de Salud Mental, la Unidad de Hospitalización Breve o Interconsulta hospitalaria sin tener un tiempo específico y exclusivo dentro de la residencia. Por otra parte, el tiempo dedicado a cada rotación en las distintas Areas es variable.

### ORDENACION DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DURANTE LA RESIDENCIA

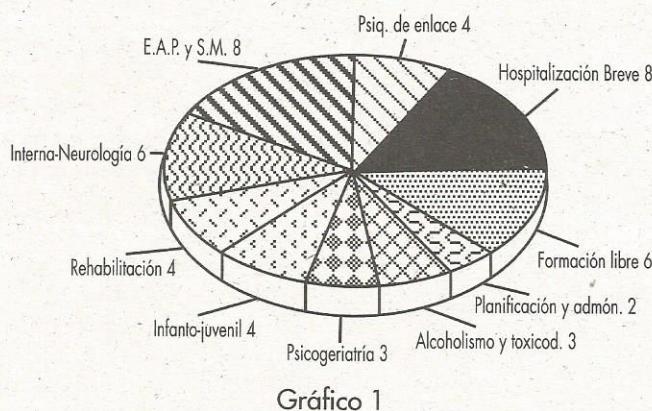


Gráfico 1

Llama la atención que hay dos grupos de Areas atendiendo a dónde transcurre la mayor parte de la residencia del M.I.R. Por un lado, aquellas en donde la mayor parte de las rotaciones se realizan en dispositivos hospitalarios y, por otro, aquellas en donde la mayor parte se realiza en dispositivos extrahospitalarios (gráfico 2). En el primer grupo están las Areas 1, 2, 4, 5, 6, 7 y en mucha menor medida la 11. Aquí hay hospitales como el Ramón y Cajal en donde transcurre el 75% del tiempo de las rotaciones del M.I.R. y sólo pasa un 13% en los dispositivos extrahospitalarios. El segundo grupo lo forman las Areas 3, 8, 9 y 10 en donde las rotaciones por los dispositivos extrahospitalarios cobran mayor protagonismo, hasta un 56% en el Área 9. Estas diferencias incluso podrían ser mayores si se incorporasen los meses de rotación libre ya que, en ge-

## DISTRIBUCION DE LAS ROTACIONES

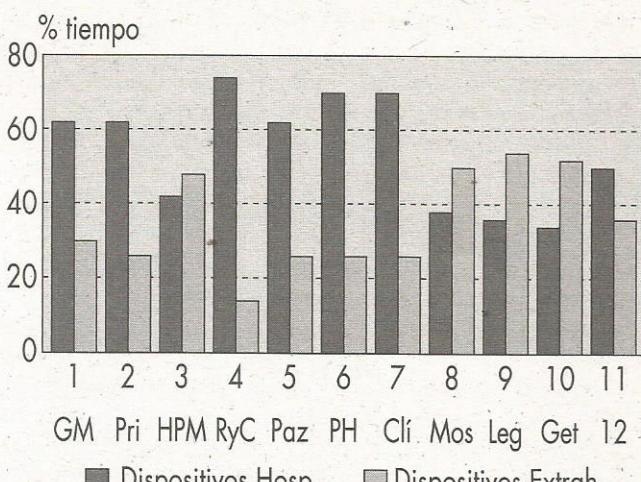


Gráfico 2

neral, los residentes tienden a hacerlo en el hospital los del primer grupo y en los dispositivos extrahospitalarios en el segundo, aunque esto no es una norma. Lo cierto es que estos dos conjuntos característicos determinan en gran medida dos tipos de formación no tan iguales como sería deseable puesto que al final a todos nos dan el mismo título de especialistas en Psiquiatría. Sin embargo y, a pesar de las diferencias, en general todos los residentes estaban contentos con la distribución de sus rotaciones, las consideraban adecuadas a lo que ellos podían acceder dentro de su Área. Esto se puede explicar si tenemos en cuenta que para la formación de un especialista se necesita una óptima estructura asistencial y, cuanto mejor sea esta, mayores posibilidades de aprendizaje tiene el residente. Nos encontramos entonces con que estos 2 modelos de formación que hemos descrito responden más bien a 2 modelos asistenciales distintos. Así las diferencias ideológicas, clínicas y docentes entre los residentes, parecen ser fruto de un buen aprovechamiento de los mejores recursos disponibles en cada Área para la formación del residente de Psiquiatría.

## 2. GUARDIAS

El programa de formación fija un mínimo de 2 guardias al mes y en todas las Areas se cumple. En algunas el residente realiza guardias de Medicina Interna durante algunos meses (Areas 1, 2, 4, 5, 11). Salvo las Areas 3 y 9, en los demás se realizan en un hospital general y en todas al menos, hay un miembro del staff, salvo en el Hospital La Paz en donde el residente hace la guardia solo y no hay UHB y en el Universitario de Getafe donde los residentes de 3.<sup>º</sup> y 4.<sup>º</sup> año tienen al adjunto localizado.

### 3. FORMACION TEORICA

En lo que a la docencia se refiere, salvo alguna excepción (Área 2 - Hospital de la Princesa), hay un tiempo específico dedicado a la misma y que la mayoría de las Áreas lo agrupa en un día docente (3, 4, 5, 6 para R<sub>2</sub> y R<sub>3</sub>, 8, 9, 10, 11). El contenido varía de una a otra agrupándose de nuevo en dos conjuntos. Las Áreas hospitalocéntricas dedican la mayor parte de la docencia a los cursos de doctorado (4, 5, 6) aparte de reuniones clínicas y bibliográficas. Sin embargo, las Áreas no hospitalocéntricas (3, 8, 9; 10, 11) dedican su día docente a seminarios, cursos y conferencias organizados, en el caso de las Áreas 8, 9 y 10, de forma mancomunada. A este respecto, el Ministerio propone clases lectivas, seminarios y reuniones bibliográficas semanales con una duración total de 3 h. 45 minutos y 1 sesión clínica semanal. El grado de cumplimiento varía de un Área a otra siendo en general óptimo aunque, como hemos señalado, diferente en el contenido.

### 4. SUPERVISION

En el grupo de trabajo se matizó este concepto y se distinguió entre las peticiones de ayuda más o menos urgentes, intempestiva o de pasillo, de la auténtica supervisión reglada con un encuadre de tiempo, lugar, etc. En general, nadie tenía queja de lo primero y ninguno se sentía rechazado cuando pedía socorro. Por otra parte, la supervisión del manejo clínico y la farmacoterapia también era satisfactoria tanto en los dispositivos hospitalarios como extrahospitalarios.

En lo que se refiere a la supervisión psicoterapéutica de casos, el Ministerio de Sanidad exige un mínimo de 100 horas durante toda la residencia. En el grupo de trabajo no se habló de dicha supervisión dentro de las rotaciones hospitalarias, lo que nos parece significativo. La supervisión psicoterapéutica de casos ambulatorios no existe en lugares concretos (Áreas 4, 6, parte de la 7), donde el acceso a este tipo de supervisión es imposible ya sea por las características institucionales (consultas externas, ambulatorios) o del personal asistencial. Donde sí es posible (en gran parte de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid), no está garantizada. Esto no significa que no exista, sino que no está considerada como algo esencial e ineludible en la formación del M.I.R. de Psiquiatría. El que se realice esta actividad o no, depende de algunas variables como son: el grado de interés que pueda tener el residente o la buena voluntad del supervisor. El staff en muchos casos se queja de soportar una gran presión asistencial y la labor de supervisión queda excluida como parte del trabajo y se convierte en un acto de benevolencia. Al menos, el M.I.R. siente que está pidiendo un favor en muchas ocasiones, y éste era un sentimiento bastante común entre los residentes. Son pocos los sitios en que, por

escrito, se fije un mínimo de psicoterapias supervisadas y esto se cumpla mediante un programa estructurado. Sin embargo son más aquellos en los que a pesar de que no está reglada, se puede acceder a ella.

### 5. INVESTIGACION

En este sentido, el programa de formación M.I.R. de Psiquiatría establece que el residente tiene que realizar al menos un trabajo de investigación supervisado a partir de R<sub>2</sub>. En la práctica, en la Comunidad de Madrid hay diferencias entre unas Áreas y otras. En aquellas que hemos llamado hospitalocéntricas (sobre todo 4, 5, 6 y 7) las posibilidades de investigar por parte del residente son mayores y es habitual realizar al menos un trabajo en este sentido; las líneas de investigación predominantes son la biológica y la farmacológica. Es en estas Áreas donde se potencia el acceso a los cursos de Doctorado y, por tanto, donde más residentes inician su tesis. En el resto, hay ciertas posibilidades de hacer algo en este sentido pero de forma menos estructurada y depende mucho más del interés del M.I.R. y del staff que quiera supervisarlo.

### 6. TUTOR

Las opiniones sobre el tutor fueron divididas en el grupo de trabajo, desde el que no sabía quién era (2), otros que aunque lo conocían, cuestionaban su labor como tal (4, 6, 7, 10), hasta aquellos que estaban realmente satisfechos con él. Lo que sí parece claro es que cualquiera no puede ser tutor. Estamos hablando de una figura clave en la formación M.I.R. y por tanto esta persona ha de tener una motivación especial para realizar su labor. No hay que olvidar que en el programa de formación al tutor se le asignan funciones específicas con:

- El Residente.
- Los equipos de los distintos dispositivos de rotación.
- Con Comisiones de tutores.
- Con la Comisión de Docencia.
- Con las Comisiones Regionales de Seguimiento.
- Con el Servicio de Formación de la Consejería de Salud.
- Con otras Instituciones.

Además, en este documento se describe un perfil personal que sería deseable que poseyera el tutor.

### 7. FINANCIACION

El asunto económico es otro punto a analizar si se tiene en cuenta que el residente para su formación realiza cursos, seminarios, asiste a reuniones científicas, participa en pro-

yectos de investigación, etc. y muchas de estas actividades exigen cierto desembolso monetario. Este aspecto se abordó de forma superficial en el grupo de trabajo, probablemente por la desinformación que tenemos y las dificultades para obtener datos concretos.

El dinero que se puede emplear en este sentido proviene de 4 fuentes:

- De la Consejería de Salud de la C.A.M. existen partidas presupuestarias para el Hospital Gregorio Marañón y para el Servicio Regional de Salud, que lo distribuye a dos instituciones. Por un lado a la USAMI donde no hay residentes que participen de esta unidad de investigación y desconocemos sus posibilidades. Por otro al Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés que organiza la formación teórica de los residentes de las áreas 8, 9 y 10.
- Del INSALUD que la distribuye a sus hospitales donde la Psiquiatría es una especialidad más.
- De la industria farmacológica que, en general, lo distribuye entre los diferentes hospitales de Madrid.

— De la Comunidad Europea mediante diferentes becas en general relacionadas con proyectos de investigación. El Sistema Nacional de Salud dentro de su Catálogo de Prestaciones incluye la psicoterapia y no asegura a sus especialistas la formación en esta disciplina dentro de la residencia. Por esto, la mayor parte de los residentes gasta una importante suma de dinero en cursos de formación psicoterapéutica privados.

## 8. COMENTARIOS FINALES

Finalmente, en el grupo se reivindicó que somos médicos en formación, que por supuesto tenemos que realizar una labor asistencial, pero no como contraprestación a la docencia sino que la labor asistencial tiene que cumplir una función docente.

Por otra parte, señalar que en ningún momento se cuestiona el sistema M.I.R. como el más idóneo para nuestra formación, que ésta indudablemente está mejorando y que todos somos responsables en su desarrollo.

## ANEXO PROGRAMA DE ROTACIONES APROBADO POR LA COMISION NACIONAL DE ESPECIALIDADES

### A) Período de formación general (30 meses)

#### 1. Actividades hospitalarias:

- Hospitalización breve: 8 meses.
- Psiquiatría de enlace: 4 meses.
- Urgencias médico-psiquiátricas: 2 guardias de 24 h./mes, mínimo.
- 2. Actividades de soporte de la atención primaria (equipos de atención primaria y equipos de salud mental: 8 meses).
- 3. Actividades mixtas, a desarrollar en la atención primaria y la atención especializada:
  - M. General, M. Interna y Neurología Clínica: 6 meses.
  - Rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales: 4 meses.

### B) Período de formación en áreas específicas (12 meses)

Segundo semestre R-3.

Primer semestre R-4.

#### Posibilidades:

- Atención psiquiátrica infanto-juvenil.
- Atención psiquiátrica en la vejez.
- Atención psiquiátrica en el alcoholismo y las toxicodependencias.

— Planificación y administración de la S.M. y la atención psiquiátrica.

### C) Período de formación libre (6 meses)

Segundo semestre de R-4

El período A) es obligatorio para todos los residentes.

El período B) tiene dos posibilidades:

B.1) Se elige un área de acreditación durante los 12 meses.

B.2) Se realiza la formación básica en las cuatro áreas señaladas, en la forma siguiente:

4 meses - At. Psiq. infanto-juvenil.

3 meses - At. Psiq. en la vejez.

3 meses - At. Psiq. en el alcoholismo y las toxicodependencias.

2 meses - Planificación y administración de la S.M. y la atención psiquiátrica.

El período C) se podrá unir al área de acreditación elegida (lo que hará 18 meses) o utilizarse a libre elección del residente.

## REFLEXIONES ACERCA DEL PROGRAMA PIR EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### 1. PRESENTACION: PERSPECTIVA HISTORICA

Remite el PIR a una construcción colectiva y solidaria por el crecimiento de la psicología clínica en un doble sentido: profundización por especialización (y ello de un modo específico del que más tarde hablaremos) y crecimiento por los avances en su conocimiento oficial por la administración pública competente para ello: Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación.

El PIR forma parte de la historia de la psicología de España en el marco del avance y la consolidación del conocimiento. El renacer de la Psicología y con ella la Clínica, en el período de los últimos 20 años en España, se produce dialécticamente unido a cambios sociales que se tradujeron en cambios de discursos, de sistemas de atención y modelos de intervención.

El pleno reconocimiento de la psicología clínica como especialidad sanitaria es un objetivo y una necesidad que se formulan cuando sus desarrollos tanto académicos como profesionales contienen los elementos en la dimensión formal y lógica de los códigos científicos en términos de Khun habiéndose generado la comunidad científica y la masa crítica que apoya su reconocimiento como disciplina. Esto en el momento histórico de significativa incorporación de psicólogos a los servicios sanitarios públicos en proceso de transformación, lo que aporta una dimensión explicativa definitoria, en cuanto la naturaleza de lo surgido no viene definida únicamente por sus condiciones internas, sino también por su contexto.

Es decir, nos encontramos en un momento histórico de maduración suficiente de la disciplina, de las demandas y necesidades sociales y de las concepciones y respuestas a las mismas.

En realidad el PIR es un instrumento que marca el cómo en cuanto a la formación clínica como especialidad sanitaria.

Y para hablar del PIR hoy creo que procede referirse a varios aspectos centrales. De la interacción entre ellos obtendremos un resultado que podríamos construir base para los lineamientos estratégicos a seguir en relación a este proyecto ya en marcha.

Así conviene referirse a algunos aspectos epistemológicos que subyacen al propio programa PIR, pues el cómo el profesional conoce, constituye un bastión de la formación.

En este sentido, el programa PIR desde su organización en cinco Comunidades Autónomas del Estado; entre ellas la Comunidad Autónoma de Madrid; apuesta por la complejidad. Y ello porque introduce la consideración básica de que el futuro especialista precisa para la obtención de

una formación suficiente, de su inclusión práctica en diferentes equipos multidisciplinares que realizan sus tareas de manera diversificada y articulada entre sí en un territorio dado que corresponde básicamente a áreas sanitarias: CSM como eje del sistema, con programas de atención y de cobertura (atención primaria y otros); servicios de S.M. en Hospital General (con camas de agudos y programas de interconsulta y de enlace con otros servicios hospitalarios); y centros o unidades de rehabilitación de crónicos (con programas específicos y de coordinación con servicios sociales). Incluye pues, entre otras valoraciones implícitas la no adjudicación de capacidad suficiente a un solo dispositivo asistencial.

El programa PIR adquiere nueva dimensión pública por las dos convocatorias sucesivas, la primera en el 93 realizada por el Ministerio de Sanidad y la segunda del 94 realizada por los Ministerios de Sanidad y Educación. Estas dos convocatorias recogen el compromiso de las dos Administraciones implicadas, en avanzar al máximo dentro del marco normativo vigente hacia el establecimiento definitivo de la especialidad en Psicología Clínica.

Y antes de avanzar más en la definición de la apuesta epistemológica que implica el PIR versus otras posibles líneas formativas (escuelas universitarias, doctorados u otras), conviene resaltar que este esfuerzo colectivo de desarrollo de la Psicología como uno de los instrumentos para el progreso colectivo, no es nuevo. A pesar de la juventud de la profesionalización de la Psicología en España, contamos con unos antecedentes históricos relevantes que hay que destacar, porque representan un modelo de tradición, al menos en el sentido de que el "contexto receptor" que constituye la comunidad científica de la Psicología de hoy asiste a la reinterpretación desde el presente de obras de un pasado desde una cadena de resonancias y significaciones, en definitiva, desde una tradición.

La Psicología en España fue rebelde y crítica desde sus orígenes. A finales del siglo pasado y comienzos del presente, resurge con un marcado interés de aplicación a objetivos sociales de transformación, traída por otros profesionales que pretendían aplicar instrumentos psicológicos junto con otros de otras disciplinas para dar cuenta así de la complejidad de los campos de intervención.

Quedaba en aquella época resaltado el aporte transformador que la Psicología podría suponer para una sociedad que precisaba urgentes transformaciones.

Las primeras aportaciones llegaron de la mano de un grupo de intelectuales progresistas (educadores, abogados, médicos, ingenieros...) interesados en una primera instancia en la educación como instrumento para el "cambio de mentalidades".

Se aglutinaron en torno a Giner de los Ríos y su institución libre de Enseñanza. El Dr. Simarro, médico que hace Clínica Psiquiátrica, inicia la "importación" de ciencia para la medicina aplicada española de entonces y la transmite a sus discípulos, entre ellos a Lafora que se interesa por las aportaciones de la Psicología en la Clínica vinculándose a partir de su obra "Los niños mentalmente anormales", al movimiento europeo de la Psicología más importante de la época, el de la terapéutica psicopedagógica, comenzado y liderado por Binet.

Lafora nuclea un grupo de médicos interesados por la Psicología aplicada: Valenciano, Germain, Mallart... que, como generación, dan un nuevo paso a partir de los años 20. Quieren pasar de "importar" el conocimiento a "hacer" ciencia, como señala Sánchez Ron. Y Germain en Madrid y Mira y López en Barcelona llegan a dirigir dos institutos de Psicología aplicada que alcanzan prestigio internacional junto con dos revistas científicas que incorporan la Psicología científica todo ello antes de la guerra civil.

Pero, si bien podemos decir sin temor a equivocarnos, que Germain es el primer psicólogo español si lo vemos desde su perspectiva histórica de su trayectoria y su obra, hay que destacar que Germain es un médico protagonista durante la II República de elementos clave para la modernización de concepciones y sistemas de atención en la psiquiatría de entonces; como por ejemplo la Ley para la Reforma Psiquiátrica. Una Psiquiatría aún no institucionalizada, no reconocida como especialidad, una disciplina en fin que no había aún alcanzado un grado de institucionalización mínimo, al punto que no existía como materia de estudio durante la Licenciatura de Medicina y que quienes trabajaban en los manicomios mayoritariamente eran médicos forenses e internistas. De hecho, la Asociación Española de Neuropsiquiatría constituida en 1924 reclama desde sus inicios la reglamentación de la formación en psiquiatría, que es inexistente, y el primero en ocupar la primera cátedra de psiquiatría fue en los años 30 Mira y López, en Barcelona, imprimiéndole un innegable cuño psicológico.

Los avances de la Psicología durante la II República fueron tan notables y reconocidos internacionalmente que se estableció Madrid como sede para el XI Congreso Internacional de Psicología, que iba a ser presidido por Germain, Mira y López y Ortega y Gasset, y cuya celebración tuvo que ser suspendida en 1936 a causa de la Guerra Civil.

La presencia entonces de la Psicología era ya relevante, traída de la mano de profesionales no psicólogos que, desde una concepción multifactorial, pretendían dar cuenta también con instrumentos psicológicos de la complejidad.

La Guerra Civil supuso un corte muy violento en este campo como en tantos otros. En cuanto a la Psicología su efecto fue múltiple, afectando a muchos niveles. Impuso el exilio a las figuras que lideraban su nacimiento: Lafora, Mira

y López, Germain y Mercedes Rodrigo entre otros. Silenció a los que se quedaron. Cortó la vida de las publicaciones. Cerró los Institutos de Psicología. Tras la guerra y durante años la Psicología estuvo vinculada a Santo Tomás de Aquino desde un intento de transformación del quehacer científico/profesional en Psicología Escolástica.

La recuperación de la Psicología en España como ciencia no se entiende sin la figura del Dr. Germain y su incansable actividad por la institucionalización y profesionalización de la Psicología. A su vuelta del exilio y tras un período de depuración, no vuelve a la Psiquiatría que rayaba en el oscurantismo desde una perspectiva patrimonialista del campo de intervención.

En 1946 hace posible la aparición de la revista de Psicología General y Aplicada y en 1948 inicia sus trabajos como psicólogo desde un pequeño y oscuro despacho al fondo de un pasillo, cuya puerta indicaba "Dpto. de Psicología Experimental" en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Alrededor de estos dos ejes colaborarán Yela, Pinillos, Siguán, Pertejo y algunos más. Son los resquicios de una resistencia imprescindible. En 1952 crean la Sociedad Española de Psicología que alcanza renombre internacional por las colaboraciones traídas por Germain, Claparéde, Piaget, Eysenck y otros muchos. Y en paralelo con el reconocimiento de la Psiquiatría como especialidad médica en los años 50, crean la Escuela Universitaria de Psicología con el apoyo de Laín Entralgo. Fue el elemento clave para el siguiente paso por la institucionalización de la Psicología como Ciencia y profesión. Al finalizar los años 60 se abre la vía para la formación Universitaria en Psicología con un currículum específico. La primera promoción de Licenciados en Psicología sale de la Universidad en 1974. Muchos de los objetivos de Germain en cuanto a la Psicología están hoy cumplidos: el crecimiento de las Facultades de Psicología, la proliferación de revistas, la ampliación de revistas, la ampliación del espectro teórico-técnico de los psicólogos, la incorporación a diferentes ámbitos de intervención interdisciplinares y entre ellos el sanitario, el desarrollo de investigación... Todo ello participando desde una concepción de la participación social que conlleva situarnos en posiciones de especial sensibilidad para dar respuesta colectiva a demandas sociales provenientes de los diferentes campos de intervención y desde ahí el empeño por abrir espacios de participación en los órganos de la Administración que marcan las líneas de definición político-administrativas y organizativa de los servicios públicos.

Tal vez los psicólogos del presente seamos capaces, con nuestros conocimientos, de contribuir a reanudar la crítica, a despertar la conciencia y autoresponsabilidad del ser sujeto y de la comunidad contribuyendo a la vertebración social. Sin el ejercicio de la responsabilidad auto y heterorreconocida "nuestras sociedades dejarán de ser

seres de diálogo, sin el cual no hay verdadera civilización y se transformarían en el monólogo a un tiempo bárbaro y monótono del poder" (O. Paz). De cualquier poder, también de la ciencia profesionalizada, cuyo ejercicio también puede ser bárbaro, sobre todo si no sabemos articular los nexos de diálogo entre disciplinas cilindantes que favorezca el avance del conocimiento versus la apropiación corporativa de las parcelas del hacer.

## 2. LA APUESTA EPISTEMOLOGICA REALIZADA

El PIR es un instrumento no sólo para una homologación profesional o para la adquisición de un estatus científico profesional como especialistas, es una elección sobre un modo de hacer aprendizaje en el marco de los servicios públicos diversificados en el territorio donde se cubren las necesidades asistenciales del 98% de la población, necesidades, pues, contrastadas. Y en este sentido se trata de una concepción opuesta a la de las escuelas Universitarias donde luego se hacen prácticas o de un doctorado en el ámbito universitario que rompe por definición el contacto con la realidad asistencial en transformación. El PIR es una opción de nuevo con contradicciones, pero una opción de futuro acorde con la tradición antes mencionada.

El futuro también se construye. No sólo "llega". Y además no es cierta la idea de la continuidad temporal del progreso: Conviene alertar sobre esta idea mágica del futuro que consiste en la confortable espera ante la Seguridad de la llegada de un futuro mejor. Como hemos dicho, se trata de una idea mágica y sobre todo, falsa. Nuestro esfuerzo, nuestras líneas (de trabajo, de formación, de investigación) marcarán el futuro.

## 3. DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL

El programa conocido como PIR se inicia en la Comunidad Autónoma de Madrid en el año 89, cuando la Consejería de Salud de la CAM, por medio del Servicio de Formación, Planificación e Investigación convoca 16 becas para psicólogos que se incorporan a cuatro diferentes CSM de la CAM; en un proyecto piloto para una futura puesta en marcha del programa.

La primera convocatoria se realiza en el 90; ofertándose 4 becas para un programa de formación de psicólogos clínicos en base a una formación teórico-práctica vía un sistema de rotación por diferentes programas y servicios que integran los recursos de la red de Salud Mental.

La CAM hace una segunda convocatoria en el 91, con 6 becas de formación; en el 92 convoca 6 plazas PIR ya por un sistema de contrato siendo esta la última convocatoria que realiza la CAM y las otras Comunidades Autónomas

que hasta ese momento habían desarrollado este programa.

Se produce la primera convocatoria Nacional en el 93; en esta convocatoria se acreditan 8 plazas para la CAM y en la última del 94 son 10 las plazas para esta Comunidad.

### ¿QUE ES EL PROGRAMA PIR?

El PIR se incorpora a un área de salud, siendo en los recursos de esta área donde básicamente desarrollará su actividad.

El desarrollo del programa de formación se articula en torno a un sistema de rotaciones de una duración de tres años; a lo largo de los cuales realizará, siguiendo un esquema general las siguientes rotaciones:

- 12 meses en un CSM en un programa de Adultos.
- 6 meses en un CSM en el programa Infanto-Juvenil.
- 3 meses en un UHB de un Hospital General u Hospital psiquiátrico.
- 6 meses en un CRPS (Centros que dependen de la Consejería de Integración Social y forman parte del Programa de Recursos Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica).
- 3 meses en un Hospital de Día.
- 6 meses de rotación libre a elegir dentro de las preferencias de cada profesional de cara a una especialización.

### DIFICULTADES

Una de las dificultades fundamentales se relaciona con la docencia, pues existen diferencias muy importantes de unas áreas a otras. Algunas áreas tienen establecido un día de docencia semanal en el cual se articulan una serie de cursos y actividades a los que los residentes tienen que asistir. Otras áreas han mancomunado las actividades docentes, caso del área sur, en torno al Instituto José Germain de Leganés.

Existen otras áreas donde estas actividades docentes dirigidas prioritariamente a los residentes no existen y la docencia se reduce a los diferentes cursos y actividades que forman parte del conjunto de actividades formativas para el personal y que son conocidas como "docencia permanente". Estas actividades son de poco o nulo interés para los residentes dado el nivel y grado de especialización del que parten y sólo son enriquecedoras partir del segundo o tercer año de residencia.

Esta desigualdad entre áreas genera tremendas diferencias entre la formación que se recibe y se imparte; lo que lleva a preguntarse si los mínimos que a las áreas se les exigen para reconocerles capacidad docente no serán demasiado "mínimos".

## EL FUNCIONAMIENTO Y LA ARTICULACION CON OTROS RECURSOS

Los servicios de Salud Mental deben necesariamente coordinarse con otros recursos como son los de la Consejera de Integración: IMAIN (Instituto de Mediación y Arbitraje Infantil), CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial) y también con los recursos de los Ayuntamientos: CAD (Centros de Atención de Drogodependencias) y otros; si realmente se quiere dotar de contenido a la "Salud Mental" o quizás sea necesario cambiar los objetivos renunciando al concepto de salud y limitándonos a realizar una atención en enfermedad mental o asistencia a crónicos.

Pues, si no se renuncia al objetivo de salud; habrá que plantearse que ocurre con la falta de cobertura a dependencias, unidades de dolor, apoyo a profesionales que trabajan en unidades de oncología, de diálisis etc. ¿Es esto o no atención a la salud mental?

Puede plantearse la carencia de recursos, la presión de la demanda etc. Pero es peligroso que lo urgente no deje tiempo para lo importante.

## EL RESIDENTE FRENTE AL SISTEMA DE SALUD MENTAL

Al residente se le asigna un tutor de referencia para toda su formación, este tutor puede también realizar funciones de supervisión en alguna rotación o no. La colaboración con el tutor dado que por su actividad no recibe ninguna retribución ni económica ni de cualquier otro tipo es muy valiosa y realmente sorprendente.

En relación a las supervisiones no deja de ser un tema ciertamente espinoso por una parte debido al poco tiempo que para la reflexión se dedica en estos servicios dada la presión de la demanda, que parece que irá en aumento, por una parte y por otra por la falta de valoración a la formación frente a la asistencia.

El trabajo en Salud Mental, sin herramientas puede ser terriblemente angustioso, pues cuestiona la propia salud mental, pudiendo llegar a bloquear el propio aprendizaje y esta experiencia es difícilmente transmisible a los profesionales que ya cuentan en sus espaldas con un amplio bagaje. Sólo el contacto con otros residentes puede contener esta sensación, quizás en el "mal de muchos consuelo de..." o tal vez, en la complicidad y la experiencia compartida.

De muestra puede servir una anécdota contada por una compañera durante su rotación por un CSM: Se impartía un curso sobre técnicas grupales de orientación dinámica y los estudiantes (Doctorado) se situaban tras un cristal unidireccional, en la sala estaban un grupo de psicóticos jóvenes. Dos estudiantes se comentaron jandá si son como nosotros! Y no volvieron a acudir a ninguna otra sesión. Esto no es más que un ejemplo de lo que puede llegar a descolocar los primeros acercamientos a la enfermedad mental.

## APORTACIONES DE LOS RESIDENTES A LA DINAMICA INTERNA DE LOS EQUIPOS

Los residentes se acercan a una realidad diferente y compleja, sin herramientas y con una profunda sensación de ser un lastre.

Pero son desde su inocencia y su ilusión quienes pueden posibilitar a los equipos tomar una cierta distancia de la actividad cotidiana y así permitir una reflexión necesaria para evitar caer en formas de actuación viciada por la rutina y los hábitos adquiridos en el quehacer diario.

Una aportación importante es la ilusión del residente como una inyección de motivación nueva, en un trabajo como el de salud mental que tiene unos resultados lentos y laboriosos que pueden llevar a la desilusión e incluso a la dejadez.

## CONCLUSIONES

Contradicciones actuales:

¿Se trabaja en Servicios de Salud Mental o de Enfermedad Mental?

¿Tienen algo que ver las toxicomanías con la Salud Mental?

¿Son las dependencias que últimamente parecen acaparar la atención pública, ludopatías, dependencias del sexo, del trabajo etc. Nuevas "enfermedades" mentales?

Si la respuesta es afirmativa corresponderá a los servicios de salud mental dar respuesta a estas nuevas alteraciones.

Si pasamos la vista por los últimos 20 años parece que la enfermedad mental ha variado. Con la desaparición de las largas estancias psiquiátricas ha disminuido drásticamente el número de esquizofrenias catatónicas, sin embargo, coincidiendo con una exagerada moda de culto al cuerpo se han disparado el número de trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia. Otros trastornos que están teniendo una gran incidencia y son de difícil intervención son los trastornos de personalidad sobre todo los de tipo Bordeline.

Viendo esta evolución de los trastornos mentales uno no puede evitar preguntarse si realmente se poseen las herramientas necesarias; para sino resolver, por lo menos paliar o reconducir en alguna manera a las personas que los padecen y apoyar a sus familiares. O nuestra labor lo que es cronificar...

Vivimos tiempos difíciles y complejos de grandes cambios de formas de vida y de valores que afectan a todos incluyendo a los profesionales y en los cuales es tentador caer en planteamientos dogmáticos que den respuestas simples y unifactoriales a problemas complejos. Que por otra parte son muy bien acogidas pues evitan la lucha personal, el cuestionamiento de lo eficaz y necesario de la propia actividad; esto nos permite asumir como cierta la ilusión de que realizamos una actividad valiosa e imprescindible.

Ahora bien no debemos olvidar que estos posicionamientos sirven de argumento a posturas éticas y políticas que pueden ser muy peligrosas; no es casual que nacionalismos extremistas-racistas e intolerantes surjan en épocas de crisis como la que en estos momentos estamos viviendo.

El planteamiento de que dependencias y trastornos de personalidad tienen su origen en la dotación genética, libera al sujeto de la responsabilidad sobre su propia conducta además justifica en último término que otros tomen decisiones por él y para él. Cuando en realidad lo único que se hace es poner nombre a comportamientos, como si al dar un nombre de alguna manera accedieramos al conocimiento; lo cual no deja de ser un pensamiento mágico; luego clasificamos y realmente no se si este quehacer puede denominarse hacer ciencia o alguna actividad científica.

### PERSPECTIVAS DE FUTURO

Queda por ver como terminan de estructurarse los servicios, si como Salud Mental que entonces necesariamente tendrán que desarrollar actividades reales de prevención primaria y secundaria sobre todo el de la infancia que eviten posteriores trastornos de personalidad y dependencias futuras; así como construyendo nuevas herramientas y nuevas formas de actuación que permitan enfrentarse con las futuras y nuevas demandas.

Nosotras sinceramente creemos que un reto así requiere del compromiso de todos los profesionales para desde los aportes de diferentes disciplinas y gracias su diversa tradición epistémica y metodológica permitan la reflexión en el quehacer diario facilitando por la confluencia de diversas perspectivas que por un lado dificultan posturas dogmáticas y por otro enriquecen desde el aporte de conocimientos diversos una realidad cada día más diversa y compleja. Y por que no decirlo el trabajo interdisciplinar espuela la competencia que es el mejor motor para evitar el inmovilismo. "Pues el ojo sólo es capaz de reconocer lo que conoce".

### RESUMEN IDEAS FUNDAMENTALES

Hemos visto que el programa PIR adquiere nueva dimensión pública a partir de la Orden Ministerial de octubre del 93. Pero hay que destacar que una Orden Ministerial, suponiendo un importantísimo avance tanto por su publicación en BOE como por la toma de posiciones que define en sus primeros apartados, no constituye una modificación de la vigente Ley de Especialidades Médicas que es la que regula la formación de especialistas. Ley de Especialidades Médicas ampliamente reconocida como obsoleta, pero vigente aún. Ley que, como su denominación indica sólo establece especialidades médicas dejando sin posibilidad de regulación a las especialidades sanitarias no médicas.

Por otra parte, aunque de menor rango jurídico pero de gran trascendencia como normativa el actual Estatuto

Marco de Personal Sanitario del INSALUD no recoge entre las profesiones sanitarias la de Psicólogo Clínico, aún cuando son varios cientos los psicólogos que ejercen funciones sanitarias bajo la dependencia administrativa del INSALUD.

Por todo ello resulta de mayor entidad y es objetivo urgente promulgar la nueva normativa que, con rango de Ley, no sólo modifique sino sustituya las anteriores. Hoy continúa en elaboración y desde hace más de un año el borrador de la Ley de Bases de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), llave para la sustitución de la Ley de Especialidades Médicas vigentes por una Ley de Especialidades en Ciencias de la Salud. Y también llave para la modificación del Estatuto Marco de Personal Sanitario del INSALUD.

Y, entre tanto, la constitución en el Ministerio de Sanidad con la participación del Ministerio de Educación de la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad en Psicología Clínica, que, constituida al modo de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad Médica, asuma las funciones correspondientes a la definición y tutela de desarrollo del PIR y como paso inmediato previo a la promulgación de la futura Ley de Especialidades.

Y para contestar a la pregunta de "¿Qué será de los profesionales hoy en ejercicio?" es preciso abrir el debate acerca de las posiciones que, elaboradas, sostendremos ante la Administración Pública por el necesario proceso de homologación sólo abordable por la Administración Pública cuando estén resueltos los pasos anteriores, y más concretamente cuando, aprobada la Ley de Especialidades en Ciencias de la Salud, se incorpore en ella la Psicología Clínica.

Para terminar destacar que toda formación sanitaria y especialmente la especializada, participa activa o pasivamente de objetos estratégicos en cuanto a concepciones y modelos de atención. El PIR implica una apuesta colectiva en distintos ámbitos y niveles de ese orden.

Nos encontramos en un momento de ese conocimiento tan antiguo como la ciencia en el que las potencialidades de nuestra disciplina pugnan con las barreras resistentes que el momento histórico impone a su desarrollo: Concepciones caducas (reduccionismos, causalismos lineales, consideraciones a científicas y dogmáticas sobre la inmutabilidad del saber científico y sus aplicaciones, etcétera), intereses creados (en desarrollos profesionales generados en esos procesos que sostienen resistencias corporativas de grupos profesionales patrimonialistas y excluyentes) y estructuras y normas sanitarias obsoletas (imposibilitadoras del desarrollo de las acciones necesarias acordes con el saber que hoy poseemos desde distintas disciplinas convergentes en campos complejos y comunes de intervención).

Frente a esas barreras podemos continuar colectiva y estratégicamente nuestro desarrollo reflexionando sobre los modos de relación, de conocimiento, que todo ésto contribuye a configurar.

## PROGRAMAS DE S.M. INFANTO-JUVENIL EN LA C.A.M.

### INTRODUCCION

El informe que presentamos a continuación es un claro exponente de las necesidades, aún pendientes, en la atención en Salud Mental de niños y adolescentes.

Tanto en la Ley General de Sanidad, como en el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, así como en todos los documentos e informes elaborados por los profesionales de la S.M., se señala la necesidad de establecer una atención especializada en el campo de la infancia y la adolescencia.

Desde la Asociación Madrileña de Salud Mental queremos sumarnos a este planteamiento, e insistir en que esta prioridad no puede quedar en mera teoría. Entendemos que la situación actual de los Programas Infanto-Juveniles es precaria, y no proporciona ya cobertura suficiente, ni a nivel asistencial ni preventivo.

Nos parece urgente subsanar las deficiencias existentes en lo referente a profesionales especializados, equipos y recursos hospitalarios e intermedios, como única forma de garantizar la calidad asistencial.

Este informe pretende reflejar la situación actual y las necesidades más acuciantes de los Programas de S.M. Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid. No ha sido nuestra pretensión elaborar un documento exhaustivo ni en profundidad, sino únicamente una panorámica a nivel general.

La recogida de datos se realizó consultando a profesionales de todos los equipos, a los que agradecemos su colaboración e interés, sobre siete temas a nuestro juicio centrales, en torno a la organización y estructuración de los programas, actividades asistenciales y tareas de formación.

Desarrollaremos a continuación cada uno de los puntos.

En primer lugar nos encontramos, que de los 35 distritos en los que se dividen las 11 Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid sólo existe programa Infanto-Juvenil en 28; es decir, un 80% aproximadamente del total.

Además hay que señalar que de estos 28, dos Servicios atienden la población correspondiente a otros dos distritos de su misma área, en otros dos el programa lleva funcionando solo seis meses y en otro distrito el Servicio es un centro concertado por la C.A.M. y no propio. Lo que significa en realidad que solo en 23 distritos el programa lleva funcionando el suficiente tiempo como para estar asentado, atiende la población propia de su territorio y forma parte, administrativamente hablando, de la red de S.M. de la C.A.M.; en resumidas cuentas un 6,5% del total.

Por otra parte, de los siete distritos donde no hay programa ya hemos mencionado que en dos, los niños y adolescentes son atendidos por dos Servicios ambulatorios del mismo Área. Pero además merecen destacarse las siguientes peculiaridades, en dos distritos la población es atendida en el Hospital del Área, mientras que en otro, es el personal de su Hospital de referencia quien se desplaza al Servicio para hacerse cargo de la asistencia; finalmente en otro distrito la atención se desplaza al Hospital de otra Área. En algunos de estos Equipos se cuenta además con el apoyo de Centros de Salud del Ayuntamiento de Madrid.

Otra situación a considerar es la de algunas poblaciones que no están discriminadas como distritos y que no cuentan con ningún tipo de atención.

Por último hay que señalar, que uno de estos siete equipos sin programa, se encuentra entre los seis distritos con más población menor de 15 años, según el censo de población de 1991 de la C.A.M.

Ante estos datos y teniendo en cuenta que han transcurrido ya ocho años desde la promulgación de la Ley General de Sanidad y del inicio de la Reforma Sanitaria, es imprescindible volver a señalar lo que ya se ha dicho desde diferentes ámbitos y por todos los profesionales que trabajan en la infancia. Es necesario cubrir al 100% la asistencia con programas estructurados en todos los distritos y áreas, respetando la territorialización propia de cada uno de ellos y no perpetuar *ad infinitum*, con soluciones parciales, la situación presente.

En estos momentos ya no se puede comprender que todavía un 20% de la red continúe sin cobertura y esto no es justificable, so pena de aceptar, que el campo infanto-juvenil quede definitivamente a la cola de todos los recursos destinados a la Salud Mental.

En cuanto al número de profesionales y tiempo de dedicación a los programas Infanto-Juveniles, nos encontramos los siguientes datos.

Tiempo de dedicación de los profesionales clínicos (psiquiatras y psicólogos):

Todos los profesionales a tiempo total .....	13 eq.	46%
Todos los profesionales a tiempo parcial .....	8 "	28%
Simultaneando tiempo total y parcial.....	7 "	25%

Dentro de estos últimos equipos, la mayoría de los profesionales a tiempo parcial son psiquiatras (6), frente a los psicólogos que son dos. Tenemos que añadir además que en cinco equipos no hay psiquiatra. El resto de los profesionales A.S., A.T.S. y Administrativos suelen dedicarse a tiempo parcial en casi todos los Servicios.

El número de profesionales es muy dispar existiendo todo tipo de posibilidades como vemos en la tabla que sigue:

1 psicólogo .....	1	equipo
1 psiquiatra .....	1	"
2 profesionales .....	10	"
3 profesionales .....	7	"
4 profesionales .....	4	"
5 profesionales .....	4	"
6 profesionales .....	1	"

Como se puede apreciar la mayoría de los equipos, un 35% están constituidos por dos profesionales, seguido inmediatamente por tres. De ellos no todos tienen un tiempo de dedicación total.

No existe una relación clara entre el número de profesionales, su tiempo de dedicación y el porcentaje de población menor de 15 años del distrito. Pero en términos generales se puede apreciar, que cuanto mayor es el número, menor es su tiempo de dedicación; o bien atienden a la población de otro distrito, como es el caso del equipo con mayor número de profesionales.

Hay que considerar además que en determinados Servicios, la demanda asistencial no guarda una relación directa con su población censada, ya que cuentan en su territorio con Residencias de la Comunidad a las que tienen que atender. Esta población suele ser flotante y presenta problemas graves, dado que son menores en situación de tutela, sin familia, víctimas de malos tratos, etcétera.

Como es fácil imaginar, el hecho de repartir las tareas asistenciales entre el programa infanto-juvenil y los programas de adultos, es una situación difícil de sobre llevar. Queremos insistir en que ambos campos de trabajo son absolutamente diferentes y requieren por lo tanto una formación distinta.

Presuponer que los profesionales tienen esa especificidad en ambos campos, no es real más que en contados casos.

El tiempo de dedicación a niños y adolescentes, al igual que pasa con la distribución de recursos, siempre está supeditado a la presión asistencial de los programas de adultos, llegando a ser en ocasiones meramente testimonial. Según los datos recogidos parecería más lógico y rentable, ampliar el tiempo de dedicación hasta llegar al 100% y no seguir aumentando el número de profesionales en situación parcial.

En cuanto a la existencia o no de responsable de programa, vemos que hay 23 equipos que cuentan con esta figura, lo que representa un 82% del total. Entendemos que la existencia de un responsable favorece la estructuración y organización del programa como tal, sin menoscabo de que en algunos equipos no lo consideren necesario.

En todos los equipos está discriminado un primer momento de evaluación y diagnóstico y un posterior abordaje psicoterapéutico. Dentro de las variaciones en los tipos de tratamientos, encontramos tratamientos individuales, familiares, consultas terapéuticas y grupos terapéuticos. Los tratamientos farmacológicos se asocian mayoritariamente a al-

gún tipo de psicoterapia. Hay que precisar que en seis equipos no se realizan grupos de psicoterapia por falta de tiempo, espacio y/o profesionales.

En el tema de las coordinaciones la situación es bastante uniforme, dándose variaciones en cuanto a la existencia o no de determinados recursos socio-comunitarios, en el distrito o en el área de referencia y del tiempo de existencia del programa.

En su mayoría hay coordinaciones con los Equipos de Atención Primaria, realizándose generalmente en común con el equipo de adultos. Asimismo hay coordinación con los Servicios Sociales y los Equipos Educativos del distrito. Según los recursos existentes se realizan coordinaciones con la Comisión de Tutela del Menor, con Equipos y Coordinadoras de malos tratos a la infancia, residencias de la C.A.M., Equipos de Atención Temprana, Centros del Ayuntamiento, Centros de Atención a la Infancia y Hospitales.

En el tema de la existencia o no de formación teórica para residentes (MIR-PIR) y/o rotaciones, tenemos los siguientes datos:

- Sin formación teórica y sin rotaciones ..... 9 eq. 32%
- Sin formación teórica y con rotaciones ..... 8 " 28%
- Con formación teórica y con rotaciones ... 9 " 32%
- Rotaciones sin formalizar ..... 2 " 7%

En estos datos no están incluidas otra tipo de actividades, como reuniones o sesiones clínicas realizadas por la mayoría de los equipos, solamente la formación específica en el campo infanto-juvenil, que se lleva a cabo de forma institucional y periódica para los residentes. No obstante la mayoría de los profesionales, como veremos en las necesidades señaladas por ellos mismos, consideran como carencia grave la ausencia de formación continuada para el staff, en el campo de niños y adolescentes.

El hecho de que sólo en 9 equipos haya formación teórica y rotaciones de forma institucional y periódica, nos parece un hecho insólito y que denota la carencia de formación y la grave situación en la que nos encontramos. Esto indica que en un 35% de los equipos la formación se realiza sin un programa establecido y sin suficientes garantías para evaluar los resultados. Además del esfuerzo que supone para los profesionales, tanto del staff como para los residentes, trabajar en tales condiciones. Sin contar con el 32% de los equipos en que no se realizan ni formación ni rotaciones de ningún tipo.

Por último las necesidades señaladas por la mayoría de los equipos consultados, en orden de prioridad, son las siguientes:

- Recursos hospitalarios específicos para niños y adolescentes. Es de sobra conocida tanto la inadecuación de los ingresos de menores en las unidades de agudos de adultos, como las dificultades para realizarlas.
- Programa específico de interconsulta hospitalaria para niños y adolescentes.
- Recursos intermedios como centros de día u hospitales de día para casos graves.

- Recursos humanos con tiempo de dedicación total, con especial hincapié a la incorporación del psiquiatra infantil en todos los equipos.
- Formación específica en psiquiatría y psicología clínica infantil.
- Fondo bibliográfico específico.
- Espacio físico y material psicodiagnóstico y clínico.

## CONCLUSIONES

Pensamos que no es necesario añadir mucho más a los datos que ya hemos comentado y que son, por si mismos, bastante elocuentes. Solamente volver a insistir en la situación de precariedad en la que se encuentran los programas de S.M. Infanto-Juvenil, tanto en su cobertura dentro de la red, como en cuanto al número de profesionales, tiempo de dedicación, formación y recursos.

Los que venimos trabajando en ellos desde hace muchos años estábamos convencidos de que estas circunstancias cambiarían, ahora ya no estamos tan seguros. Sin embargo, queremos insistir en que la situación es crítica y si se cronifica, el deterioro puede repercutir en la calidad asistencial, que hemos conseguido a costa de mucho trabajo y voluntariedad.

La edad etaria que atienden los programas Infanto-Juveniles es crucial; no sólo en su dimensión asistencial, sino lo que es más importante en cuanto a la prevención para

la edad adulta. En este sentido la rentabilidad podría ser mucho mayor a medio y largo plazo.

Por todas estas razones queremos finalmente insistir sobre las cuestiones que nos parecen más urgentes de abordar. Recalcando que son posibles de realizar, en la medida que la asistencia de niños y adolescentes deje de ser un problema que sólo afecta a los profesionales directamente implicados y pase a ser una prioridad más en la atención a la salud mental de la población.

- Ampliar al 100% de la red de S.M. los programas Infanto-Juveniles.
- Profesionales con tiempo de dedicación total a los programas. Incorporación del psiquiatra infantil.
- Recursos hospitalarios específicos, que no tienen que ser necesariamente Unidades Psiquiátricas como los adultos, pero sin personal especializado ubicado en Pediatría, Medicina Interna, etc.
- Recursos intermedios. Los casos más graves son inabordables con los recursos asistenciales ambulatorios con los que contamos hoy en día.
- Formación específica reglada, tanto a nivel teórico como en las rotaciones para los residentes. Formación continuada para el staff.

**Lucía Alvarez  
Consuelo Escudero  
Silvia Kloppe  
Pilar Ortega**

