

## **EDITORIAL**

**PAG 2**

## **OPINIÓN**

**PAG 5**

**Los médicos  
y la industria farmacéutica.**

J. Gervas

**PAG 7**

**Sobre los servicios sociales,  
el trabajo social y la nueva Ley  
11/2003 de servicios sociales  
de la Comunidad de Madrid.**

C. Alonso Salgado

## **INFORMES**

**PAG 10**

**Análisis de la AMSM  
del Plan de Salud Mental  
de la Comunidad de Madrid  
2003-2008.**

Grupo de Trabajo AMSM

**PAG 17**

**Extracto de la circular 1/2002,  
de 25 de noviembre,  
sobre ordenación de la visita  
médica y otras actividades  
de promoción de medicamentos  
de la Red Sanitaria Única  
de Utilización Pública  
de la Comunidad de Madrid**

B.O.C.M.

## **PANÓPTICO**

**PAG 21**

## **HEMOS LEIDO**

**PAG 26**

## **ANUNCIOS Y CONVOCATORIAS**

**PAG 28**

## **EN OTRO CONTEXTO**

**PAG 30**

**La influencia de la práctica  
clínica en la vida personal  
del terapeuta.**

B. Rodríguez Vera

# AMSM

---

**Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental**

**verano**

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

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

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Antonio Escudero Nafs

**VICEPRESIDENTES**

Cristina Alonso Salgado

Juan González Cases

**SECRETARIA**

Violeta Suárez Blázquez

**TESORERA**

Esther Pérez Pérez

**VOCAL DE PUBLICACIONES**

María Diéguez Porres

**VOCAL DE DOCENCIA**

Déborah Ortiz Sánchez

**VOCALES**

Carmen Carrascosa Carrascosa

Alberto Ortiz Lobo

Iván de la Mata Ruiz

**BOLETÍN**

María Diéguez Porres

Alberto Ortiz Lobo

Iván de la Mata Ruiz

Eva Grau Catalá

## EDITORIAL

### *Bienvenido Mr plan*

*Bienvenido Mr Marshall* cuenta la historia de un pueblo mesetario al que tras décadas de retraso y abandono les anuncian la llegada de los americanos y sus planes de desarrollo. Las expectativas de cambio generan entre los habitantes discusiones cargadas de esperanzas, sueños y temores. Se constituyen comisiones para preparar el acontecimiento, aparece un asesor de festejos con gran experiencia en el extranjero, y el alcalde visita todos los rincones para conocer las inquietudes de su pueblo. De pronto se anuncia la llegada, pero todo resulta una falsa alarma producto de los nervios. Todavía hay que esperar. Cada uno sueña con lo que le tocará. En la plaza del pueblo el secretario del alcalde registra las peticiones de cada habitante: una vaca, un tractor, una máquina de coser. Se preparan canciones y discursos. Y finalmente llegan los americanos... y pasan sin detenerse. Los cambios tendrán que esperar.

El pasado mes de Diciembre fue presentado, en la Real Casa de Correos de la Puerta del Sol, el Plan Marshall de Salud Mental para la Comunidad de Madrid, en un acto que conviene recordar y leer entre líneas por su carga simbólica. Hay que reconocer que la presentación fue efectista con adhesiones del extranjero y todo. En el aperitivo, mientras degustábamos jamón de pata negra y queso parmesano, pudimos ver algunas de esas extrañas parejas que solo se ven en este tipo de actos o en los tribunales hablando como si tal cosa. Unos recordaban sus viejos tiempos en los sótanos del edificio y otros como, mientras tanto, preparaban ya sus cátedras. Lidiaron siete toros, siete, todos de los de la ganadería de los catedráticos y ninguno de la de los del sótano. Y eso que los toros del sótano llevaban muchos años entrenándose con editoriales, propuestas, proyectos y trabajos. Pero no tenían los cuernos afeitados para la ocasión. La primera lección que aprendimos fue que la Salud Mental en época preelectoral interesa a los políticos. Por alguna época se empieza. La segunda que, en este nuevo Supermercado de la Sanidad que nos quieren implantar, "marketing son amores y no buenas razones". Y en esto del marketing se han esforzado. La lección más importante la impartió, como no, el Profesor (el de aquí, porque el traído de Suiza no sabía donde le habían metido) que "representaba" al conjunto de los profesionales "consensuados". Los que pensaron que había confundido el acto de presentación con el entierro de la sardina por su disfraz de psiquiatra moderno y comunitario se equivocaron. La metamorfosis es real como se vio en su exposición. La clase magistral versaba sobre el fin de la historia: "en este país había dos formas de entender la Salud Mental (¿dijo Salud Mental?), una con un modelo médico ¿? y centrada en el hospital y otra (sin modelo) preocupada por la rehabilitación y la integración de los pacientes. Por fin, y gracias a este



Plan, las dos se integraban en un único proyecto". Le faltó parafrasear al Rey Sol y decir aquello de "la integración soy Yo". El resto de oradores insistieron en lo de la participación de los profesionales (en cada intervención se aumentaba el número en unas decenas) y en lo del consenso en la elaboración del Plan, lo que evidenciaba una vez más como el marketing puede transformar en un producto vendible un enorme fraude. El Consejero de Sanidad, el Señor Contexto, dio muestras de ser un consumado escapista, alumno aventajado de Houdini, pues en ningún momento explico como los Principios Generales del Plan de Salud Mental (PSM) (universalidad, equidad, territorialización, integración) se pueden mantener si la lógica del contexto normativo de la LOSCAM se lleva hasta sus últimas consecuencias. No es de extrañar, que ante este panorama, el representante de la familias se abstuviera de alzar la más mínima crítica y tirara por la calle del medio pidiendo dinero para crear una Fundación. Cogió el testigo el Presidente, que se mostró encantado con el proyecto, porque la familia y la integración es lo más importante, a pesar de que las políticas sociales de los últimos años parezcan lo contrario. Todo consenso y unos aplausos.

A la salida del acto, embriagados por la posthistoria, nos encontramos al conejo de la suerte que preguntó ¿qué hay de nuevo, viejo? Y al final resultó la pregunta del millón. ¿Qué se puede esperar de este PSM? ¿Qué cambios propone? En este número del Boletín intentamos responder al conejo. Presentamos un documento elaborado a partir de las reuniones del Grupo de trabajo de la AMSM sobre el PSM al que hemos añadido los comentarios recibidos en el debate organizado el pasado mes de Abril junto con la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial y la Asociación Madrileña de Administraciones Sanitarias. Es un documento que recorre el PSM capítulo por capítulo, complementando al que publicamos en el anterior Boletín sobre el borrador que circulaba. Agradecemos a todos los participantes porque los Planes de Salud no son textos precisamente amenos de leer y para éste, con 50 páginas de análisis que no analiza y otras 50 de objetivos que no se objetivan, hemos necesitado una trilladora asociativa que pudiera separa el grano de la paja. Porque hay mucha paja. Este PSM, que como señalamos en el documento no puede considerarse un auténtico Plan de Salud, sino una mezcla de catalogo de intenciones y propuestas concretas, tiene tal ambigüedad que puede tener múltiples interpretaciones. La nuestra es una más, que saliéndose de la fagocitosis del consenso, intenta que las ramas no nos impidan ver el bosque.

¿Y que hay de nuevo, viejo? Pues mucho de viejo en lo nuevo. El PSM llega al final de una legislatura, en el arranque de una nueva ley sanitaria y en medio de un proceso nada claro de transferencias. Es decir llega en un momento de tremenda confusión e incertidumbre en la sanidad madrileña. ¿Y en medio de esta confusión es posible planificar a cinco años vista?, ¿no hubiera sido mejor algo más modesto, pero más claro? Este es el verdadero talón de Aquiles del PSM, lo que explica que se haya quedado en un quiero y no puedo. Escrito en un futuro indefinido el objetivo del plan parece elaborar el plan.: "se estudiarán las necesidades (por ejemplo consultando las agendas para los datos epidemiológicos); se diseñará un nuevo sistema de registro de casos; se estudiará hacer un catalogo de prestaciones; se integrarán o no las dos principales empresas públicas dependiendo de lo que se decida; se elaborarán protocolos y guías de actuación de casi todo (excepto para los problemas de fe)". Este exceso protocolario, esta ambición por abarcar todo sin un análisis adecuado de las necesidades nos sume en una mayor incertidumbre. Porque ¿cuales son las actuaciones prioritarias del PSM? ¿hay alguien que tenga la respuesta? En estos tiempos de desasosiego nos hubiéramos conformado con algo más sencillo; léase: "esto son los problemas prioritarios que hemos detectado, vamos a crear estos recursos, con este dinero, que se distribuirá de esta manera, y se realizará en estos sitios, con este compromiso temporal y que evaluaremos de esta manera". Nada de esto hay. Quizás algo se sepa, pero no viene en el PSM. Es evidente que se crearan recursos (era difícil no hacerlo después de una década perdida), pero con un cambio en la Consejería, y con un Departamento, transformado en Oficina, sin funciones claras (no sabemos quién controlará el dinero) y con los responsables en desbandada ¿se mantendrá la financiación extraordinaria? ¿Y como sabemos si es tan extraordinaria la financiación si no conocemos los presupuestos de los que partíamos? Es necesario elaborar un protocolo para saber cuáles de estos interrogantes son pertinentes y cuáles son fruto de la ansiedad confusional. Protocolicemos.

Hay algo que si queda claro. El principal objetivo del PSM no es la salud mental de la población sino resolver los problemas organizativo-burocrático de la red que hasta ahora nadie ha podido resolver. La atención sanitaria en general y la Salud Mental en particular se han hecho progresivamente más complejas en las últimas décadas, con una estructura en red que no encaja fácilmente en organizaciones jerárquicas simples. Aspectos como la promo-



ción y prevención de enfermedades, la continuidad de cuidados, la rehabilitación, la interrelación entre distintas especialidades y niveles asistenciales, la vinculación entre los recursos estrictamente sanitarios, los sociosanitarios y los servicios sociales, la participación de los usuarios y las familias, etc., son los retos a los que nos enfrentamos desde hace tiempo. Para poder dar una adecuada respuesta necesitamos un ejercicio de creatividad e innovación, diseñar estructuras de gestión públicas para una red integrada de recursos en territorios definidos. Sin embargo la respuesta del PSM es más de lo mismo. Todo cambia para seguir igual. Sanciona lo que ya existía y el traje comunitario se le queda corto y se le ven las vergüenzas.

En primer lugar es lamentable que no haya podido haber un acuerdo entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Servicios Sociales para sacar un Plan conjunto (de la Agencia Antidroga ya ni hablamos). La existencia de dos planes, el sanitario y el recién aprobado Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003- 2007 de la Consejería de Servicios Sociales confirman que las cosas seguirán como hasta ahora: cada uno por su lado, con un modelo de coordinación, que no de verdadera integración, y que funcionará mejor o peor en cada Área dependiendo de la voluntad de los implicados. Nada nuevo por aquí, viejo.

En segundo lugar, respecto al trozo de tarta sanitario, aunque se hable de nueva organización lo único que se hace es sancionar con descaro lo que se venía gestando. Y decimos con descaro, porque el nuevo nombre de los servicios, Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Área lo dice todo. Por aquí se les ve el derecho. A su entender la atención en Salud Mental no es un conjunto de prácticas en la que se incluyen distintas disciplinas, entre ellas la psiquiatría, sino otra cosa que se une con una conjunción porque no tienen más remedio. La traducción de todo esto es un diseño de gestión caracterizado por una integración de una pequeña parte de los dispositivos de la red (Centros de Salud Mental, Unidades de hospitalización breve y algunos Hospitales de Día ) en la Gerencia de Atención Especializada de cada hospital siguiendo el obsoleto modelo jerárquico del antiguo INSALUD. Dios nos pille confesados con las gerencias hospitalarias y con muchos de los Jefes de Servicio, que poco entienden de la complejidad de nuestra tarea. Eso sí, nos protocolizaran hasta la agenda. El resto de dispositivos, por aquí se les ve el izquierdo, para los enfermos más graves continuaran dependiendo de la Oficina directamente, incrementándose las camas en los Hospitales Psiquiátricos públicos y concertados existentes. ¿No es esto lo de siempre?

Y en tercer lugar y último. Mientras que las relaciones Atención Primaria no han merecido demasiado interés al PSM (debe ser que la estrategia de los vasos comunicantes todavía funciona bien para regular el flujo de pacientes), al menos parece que en cuanto política de recursos humanos la Consejería, de momento, sigue apostando por la Biodiversidad. No solo porque se continuará con políticas de protección de los distintos ecosistemas laborales de los profesionales, sino que se repoblara con nuevas especies concertadas.

Nada por aquí, nada por allá y todo podría continuar igual. Con este PSM crecerán los recursos con la primavera, esta o la siguiente, en este campo o en este otro, pero los métodos de cultivo serán los mismos. Si no se remedia el Plan Marshall de Salud Mental nos dejará dentro de cinco años con los mismos problemas y la autocrítica aparacada ensayando aquello de "americanos os recibimos con alegría".

**Iván de la Mata Rui**



## OPINIÓN

### *Los médicos y la industria farmacéutica.*

#### INTRODUCCIÓN

La relación entre médicos e industria farmacéutica es tan estrecha que a muchos profesionales sanitarios les sorprende saber que hay médicos que no reciben a los delegados de dicha industria. No recibirlos significa, hoy, verse privado de gran parte de las actividades que se consideran "normales" por la profesión médica: no hay regalos, ni grandes ni pequeños, no hay invitaciones a cenas y saraos, no hay conferencias, no hay viajes, no hay congresos, no hay "ligas", no hay asociaciones, no hay financiación de investigación, no hay publicaciones, no hay cursos,... ¡no hay nada de nada! (de una nada muy inútil, todo hay que decirlo). Es España quizá no seamos ni el uno por mil, pero en el Reino Unido hasta el diez por ciento de los médicos generales no reciben a los delegados<sup>1</sup>. No es una cuestión personal contra una digna profesión, sino una opción de búsqueda de otra alternativa que no sea la abducción por la industria farmacéutica. Como corolario, la Ley permite la prescripción de principios activos, por lo que lo lógico es prescribir tal cual, según se estudia en libros y artículos, sin tener que ser adoctrinado, sin necesitar memorizar ni emplear "marcas de fantasía" cuya simpleza causa, a veces, vergüenza ajena.

No es utilizar genéricos, que en España es poco más que el reconocimiento por el Gobierno de su falta de política farmacéutica<sup>2</sup>, con genéricos más costosos que los medicamentos de marca. Se trata de prescribir por principio activo, por la denominación común internacional, sin tener que añadir el infamante EFG (especialidad farmacéutica genérica). Da idea de las carencias nacionales en política farmacéutica el que un Presidente Ejecutivo del extinto Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) dictara una circular imposible de cumplir, la 8/96, pues fue boicoteada y anulada de facto por sus propios farmacéuticos funcionarios, y por los especialistas, en la que constaba *verbatim* "Así mismo, el médico especialista

hospitalario hará constar en su informe clínico la recomendación farmacoterapéutica, con mención expresa del tratamiento farmacológico, duración y posología del mismo, bajo denominación común internacional o denominación oficial española"<sup>3</sup>.

#### ¿CUÁL ES LA OBLIGACIÓN DEL MÉDICO?

La obligación del médico es curar cuando es posible, y, siempre, aliviar y consolar al paciente y a sus familiares. Para ello el principio básico es el antiguo y renombrado *primum non nocere*. Si no queremos dañar hemos de ser muy cuidadosos en nuestras actuaciones y muy respetuosos con la historia natural de la enfermedad, y con el paciente.

La sociedad delega en el médico desde el poder certificar salud al poder de certificar muerte, y espera que el médico utilice apropiadamente esos poderes. Respecto a los medicamentos, la sociedad supone que el médico conoce los que prescribe, que ha leído las fichas técnicas, que ha comparado entre medicamentos parecidos, y que utiliza los de demostrada eficacia (demostrada en ensayos clínicos, si los hay), y los que se adaptan a la peculiar forma de padecer del enfermo concreto. Es decir, el paciente espera que el médico sea su "agente", y que decida como decidiría el mismo si tuviera los conocimientos del médico, lo que supone elegir la mejor opción para el paciente concreto, con su enfermedad y su sufrimiento, su cultura y su situación social. No es fácil cumplir estos requisitos mínimos, y menos si se delega la adquisición de la información sobre medicamentos en la industria farmacéutica.

El objetivo de la industria farmacéutica es generar beneficios para sus accionistas, no generar salud. Para producir beneficios se ha especializado en el área de medicamentos y, puesto que tiene afán de pervivencia, trata de producir medicamentos que resuelvan problemas de salud. Generalmente, pero no siempre, lo que es bueno para la



industria farmacéutica es bueno para el paciente. El excesivo afán de beneficios, la codicia, provoca efectos inesperados, como la mentira, lo que puede perjudicar la salud del paciente. Por ejemplo, desde hace años, y hasta la fecha, se ha demostrado que los laboratorios tienen dificultades para demostrar sus afirmaciones publicitarias con pruebas científicas. Por ejemplo 1/ Wade y colaboradores, en 1989<sup>4</sup>, pidieron a diez laboratorios que apoyasen sus afirmaciones publicitarias con pruebas; sólo el 46% de las peticiones obtuvo respuestas relevantes, y el 55% de los artículos citados procedían de symposia o de revistas sin revisión por pares, 2/ Wilkes y colaboradores, en 1992<sup>5</sup>, pidieron la opinión de expertos para que valoran los anuncios de medicamentos en diez revistas punteras, y concluyeron que el 44% de los anuncios llevaría a errores en la prescripción sin otras fuentes, y que en el 94% no se seguían las normas de la Agencia del Medicamento de EE.UU. (FDA), 3/ Keng y Coley, en 1994<sup>6</sup>, evaluaron las notas promocionales de los 50 medicamentos más vendidos en EE.UU., y demostraron que sólo el 46% eran correctas (las demás, incorrectas o engañosas), y 4/ Villanueva y colaboradores, en 2002<sup>7</sup>, demostraron que en anuncios publicados en las seis mejores revistas españolas las frases de los anuncios de medicamentos no se justificaban por los trabajos que citaban en el 45% de los casos (en general la frase publicitaria recomendaba el medicamento en grupos de pacientes sobre los que no daba información el trabajo citado). Los médicos mantienen que los anuncios no les influyen, por lo que no se sabe entonces si la industria farmacéutica es una industria despilfarradora, o actúa de hermanita de la caridad con las revistas científicas<sup>8</sup>. Pero, de hecho se ha demostrado que los anuncios influyen más que las fuentes científicas<sup>9</sup>. La financiación llega a influir los ensayos clínicos. Unas veces a través de la difusión de los más convenientes<sup>10,11</sup>, y otros a través de mecanismos sutiles. Así, si se estudia el patrocinio de 314 ensayos clínicos publicados en las mejores revistas científicas del mundo, se demuestra una asociación entre la empresa farmacéutica patrocinadora y el resultado positivo para el producto de la empresa<sup>12</sup>.

### **¿CÓMO ACTUALIZAR Y MANTENER UN CRITERIO PROPIO SOBRE LA IDONEIDAD DE LOS MEDICAMENTOS?**

Si la codicia puede provocar una conducta de mentira en los anuncios y sesgos en los ensayos clínicos, ¿cómo mantenerse al día en la jungla farmacéutica?. Pues, sobre todo, sabiendo que no existe tal jungla, pues, la innovación farmacéutica es escasa, y hay poco nuevo y de inte-

rés en el mercado. Lo más frecuente son medicamentos nuevos que no aportan nada y que se pueden y deben ignorar en aras del *primum non nocere*. Por ejemplo, el CADIME (Centro Andaluz de Medicamentos) ha demostrado que de las novedades terapéuticas aprobadas en 2000, en España, el 67% no aportaba nada nuevo. Sin embargo, la prescripción del total de las novedades de ese año suponía para Andalucía un coste de 13.500 millones de pesetas<sup>13</sup>. Cuando un medicamento recién aprobado no aporta nada nuevo, lo lógico es preguntar quién lo ha autorizado y a qué cárcel irá. No aportar nada nuevo significa despilfarro y, a veces, peor resultado. Así, la reciente autorización de la fluoxetina semanal "no aporta nada nuevo" en la revisión del CEVIME (el CADIME vasco) y, además, no se ha demostrado claramente equivalencia terapéutica ni una mejora del cumplimiento. Aquí no es una cuestión de precio, pues el coste del tratamiento mensual es el mismo para la presentación semanal que para la diaria; es, pues, sólo una cuestión de eficacia lo que lleva a recomendar que se continúe utilizando, cuando se precise, fluoxetina 20 mg al día<sup>14</sup>. Para mantenerse al día se pueden emplear, por ejemplo, los dos organismos citados, que proporcionan información continua, actual, gratis y en español. Sus correos son, respectivamente: [cadime@easp.es](mailto:cadime@easp.es) y [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es). Entre las revistas independientes la mejor del mundo es la francesa Revue Prescrire, que tiene también versión en inglés, ([www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)). Hay también organizaciones, independientes como la australiana por un uso racional del medicamento [www.healthyskepticism.org](http://www.healthyskepticism.org).

### **CONCLUSIÓN**

Hay que ver la relación con la industria farmacéutica como un baile con un puercoespín, y resulta obligado ser prudente y tomar medidas que hagan transparente dicha relación<sup>15</sup>. De hecho, la mejor recomendación general es que al médico no le importara que un tercero (paciente, Comité de Ética, superior, etc) supiera exactamente su relación y compromisos con la industria farmacéutica<sup>16</sup>. Si se habla de investigación, entonces las medidas deben ser extremas. Sirva para aprender en cabeza ajena la historia de Nancy Olivieri, de la Universidad de Toronto, Canadá, cuya pesadilla no ha terminado todavía; todo por pretender publicar los resultados negativos de un estudio financiado por el descubridor de un nuevo medicamento (deferiprone) de Apotex Inc., para tratar la talasemia<sup>15</sup>. ¡El que paga quiere, muchas veces, resultados favorables para su producto!. Y el que regala (bolígrafos, libros, sedes de asociaciones, cenas, juergas, ordenadores, viajes



con "acompañante", congresos y demás) quiere la iniciación o el reforzamiento de una relación entre el donante y el receptor que genera sutiles pero reales obligaciones, fundamentalmente de correspondencia<sup>17</sup>, ("el que regala bien vende si el que recibe lo entiende"). Al preguntarle a los residentes si creían que a ellos mismos les influían los delegados y sus regalos, el 61% respondió que no, pero al preguntarles si creían que influían en los demás compañeros contestaron "no" el 16% ("yo resisto regalos

y tentaciones como San Antonio, pero los demás son humanos y blandos, y caen sin resistir")<sup>18</sup>.

**Juan Gérvas**

*Médico de Canencia de la Sierra (Madrid),  
Equipo CESCA (Madrid). Visiting Profesor,  
Escuela de Salud Pública, Universidad Johns  
Hopkins, Baltimore, EE.UU. Correo-e:  
jgervasc@meditex.es*

## *Sobre los servicios sociales, el trabajo social y la nueva Ley 11/2003 de servicios sociales de la Comunidad de Madrid*

### **BIENESTAR SOCIAL**

El modelo de Bienestar se sustenta en principios de universalidad de los derechos sociales, igualdad de oportunidades y corresponsabilidad social y, a lo largo de los últimos años, se han ido desarrollando diferentes planes integrales para diferentes colectivos en situación de discriminación social: planes contra la exclusión social, planes de mayores, de igualdad de oportunidades etc.

### **LOS SERVICIOS SOCIALES**

Para entender el Trabajo Social es imprescindible diferenciarlo de los Servicios Sociales, regulados a través de la reciente Ley de Servicios Sociales 11/2003 aprobada en la Asamblea de Madrid y publicada en el B.O.C.M. de 14 de abril del 2003.

La publicación de dicha Ley deroga la anterior de junio de 1984 que define los Servicios Sociales como la prestación de servicios al ciudadano mediante un sistema público y universal, es decir con acceso de cualquier ciudadano empadronado en la Comunidad de Madrid. Dichos Servicios Sociales, se constituyen como el medio instrumental y organizado de la acción social.

La Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid de 6 de junio de 1984, establece por primera vez en nuestra Comunidad un Sistema Público de Servicios Sociales y consolida la función del Trabajador Social como responsable de profesionalizar la acción social y de ser referente de dicho sistema.

Esta Ley que reconoce unos derechos sociales del ciudadano, sitúa la intervención social en dos ámbitos definidos: los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Específicos o Especializados.

Los Servicios Sociales Generales definidos como:

- De información.
- Cooperación social.
- De ayuda a domicilio.
- De convivencia.

Los Servicios Sociales Especializados, de atención a colectivos específicos:

- De familia e infancia.
- De la juventud marginada.
- De la tercera edad.
- De minusválidos.
- De drogadicción.
- De prevención de la delincuencia.
- De la mujer.
- De los homosexuales.
- De las minorías étnicas.
- Otros colectivos marginados, como mendigos y transeúntes.
- Cualquier otro servicio especializado.

Las competencias de los Servicios Sociales están compartidas entre las Entidades Locales, responsables de la gestión de prestaciones y equipamientos y la Comunidad de Madrid como responsable de elaboración de Planes y Programas de los Servicios Sociales así como del establecimiento de directrices de actuación.

Esta Ley ha permitido la expansión y consolidación



del sistema público de Servicios Sociales, así como el aumento importante de organizaciones de iniciativa social en el ámbito de los Servicios Sociales.

Los Servicios Sociales, son uno de los sistemas Públicos entre los que conforman el Sistema de Bienestar, como uno más de los derechos básicos universales, así como la Sanidad, la Educación y el Sistema de Pensiones.

En estos 25 años los sistemas mas desarrollados del Bienestar Social han sido los derechos sociales, referentes a pensiones, prestaciones por minusvalías, subsidios por desempleo, que aseguran unos niveles de renta en situaciones de vejez, invalidez, paro etc. El Sistema de Servicios Sociales, se puso en funcionamiento a través de las Unidades Básicas de Trabajo Social (Municipio de Madrid), y en los Centros de Servicios Sociales Generales en Municipios mancomunados (20.000 habitantes), según el Plan concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de 1987 y mediante un proceso desarrollado por sus profesionales, los Trabajadores Sociales. El sistema de intervención de estos, articula una asistencia que integra la prevención y la promoción social, basada en la idea que toda convivencia de un sujeto tiene lugar en un contexto y circunstancias determinadas y, por lo tanto determinan una metodología de tratamiento de forma, individual, en grupo y en la comunidad.

#### **LEY DE SERVICIOS SOCIALES 11/2003**

La nueva Ley aprobada recientemente el pasado mes de marzo, supone un avance en la consolidación de los derechos sociales de los ciudadanos, y el sistema de prestaciones sociales.

En la elaboración de esta Ley la Consejería de Servicios Sociales ha contado con la participación de diferentes grupos implicados en la misma, por lo que el Colegio de Trabajo Social de Madrid, mediante un grupo de expertos, ha podido contribuir con sus aportaciones a que ésta sea mas completa y acorde con el ejercicio profesional; aunque somos conscientes de que la Ley no agota el desarrollo del sistema público de Servicios Sociales y, por lo tanto, que es preciso seguir dando pasos, como la elaboración del reglamento de dicha Ley, la definición de ratios profesionales, el compromiso de la Comunidad en destinar presupuestos a los recursos sociales, etc. En definitiva, los profesionales del trabajo social propugnamos el compromiso por la universalidad y garantía de los

derechos y prestaciones sociales en un sistema público, identificado por derechos y objetivos no por poblaciones, aunque se mantengan prestaciones singulares por colectivos.

La nueva Ley define la oferta de prestaciones y las tipifica en técnicas, económicas o materiales y centra sus actuaciones en los factores de vulnerabilidad o dependencia. Introduce, a petición del colectivo de trabajadores sociales, la figura del trabajador social de referencia, con la función de orientar y acompañar a la persona en todo el proceso de intervención social, equiparando así, la figura del trabajador social en el sistema de Servicios Sociales, a lo que significa el médico en el sistema sanitario o el profesor en el sistema educativo; sin por esto dejar de contemplar la necesidad, cada vez más evidente en todos los sistemas de protección social, de mantener un trabajo interdisciplinario en los equipos multiprofesionales. Otra innovación de la Ley es la incorporación de la tarjeta social, que se extenderá a todos los ciudadanos, con el fin de que se puedan identificar a sí mismos, como, potenciales usuarios de los Servicios Sociales, reforzando el carácter universal del sistema público.

También introduce entre sus prestaciones económicas la denominada "cheque-servicio", prestación que ha despertado inquietud en el colectivo, y el compromiso del mismo, en mantener un seguimiento específico para tratar de evitar que dicho cheque sea sustituto de servicio.

La Ley en su artículo 23 define un modelo de intervención desde un sistema público y con un diseño interdisciplinario y específica: "Se diseñará el tipo de intervención adecuada a cada caso, que se formalizará como programa o proyecto individual, familiar, grupal o comunitario, con la participación de los interesados y de modo que se garantice la coherencia y continuidad de itinerarios de atención o inserción". Como trabajadora social de los Servicios de Salud Mental, me preocupa que en la nueva Ley de servicios sociales, no haga mención expresa a la coordinación con el sistema sanitario.

#### **EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL**

El trabajo social es una intervención profesional realizada desde distintos ámbitos de trabajo que pueden ser Servicios Sociales Generales o Especializados entre los que está la Salud Mental.

El Trabajo Social en Salud Mental es un proceso de



relación con un sujeto o un grupo y en una comunidad para conseguir la utilización de los recursos personales y sociales. El desarrollo personal tiene que ver con la enfermedad, los síntomas, las circunstancias y el medio social; así la intervención no solo consiste en un proceso de cambio personal sino de adaptación a una nueva situación de vida, tratando de desarrollar las potencialidades del sujeto, utilizando, en ocasiones, algún recurso social como instrumento para mejorar las dificultades de vivir.

La incorporación de los trabajadores sociales a los equipos de Salud Mental Comunitaria desde los comienzos de la Reforma Psiquiátrica en los años 80, supuso una aportación importante al resto de los profesionales sanitarios, por su estrecha colaboración con otros recursos sociales comunitarios y por compartir plenamente el objetivo de la Salud Mental Comunitaria, con el objetivo, desde el Trabajo Social, de incorporar la Salud Mental a la vida ciudadana y al paciente como vecino de su comunidad, perceptor de diferentes servicios y ofertas ciudadanas logrando su consideración de ciudadano con derecho a prestaciones sociales, culturales, de ocio, etc. y teniendo en cuenta sus diferencias y dificultades.

Después, durante algunos años, las múltiples demandas y diversas circunstancias en los equipos, han desdibujado en parte las actuaciones del trabajo social en los equipos de Salud Mental, sin tener en cuenta las posibilidades terapéuticas de los mismos en los diferentes ámbitos de actuación, el individuo, el grupo y la comunidad, y en general, se han supeditado sus actuaciones a indicaciones de los facultativos, bajo una concepción reduccionista del Trabajo Social como necesidad- recurso.

Para los trabajadores sociales, la intervención en trabajo social no proviene de una indicación unilateral, ya que uno de nuestros principios, es el de la participación del propio sujeto en su proyecto de cambio, implica por lo tanto, una participación de las dos partes: a) la profesional, que precisa de una valoración individual, de las condiciones personales del sujeto, de su tiempo, circunstancias y momento concreto de su biografía y b) un compromiso y una responsabilidad del sujeto como único protagonista en la mejora de su situación.

El Trabajo Social en los equipos de Salud Mental tiene una función transversal en todos los grupos de población dependiendo de las dificultades que se deriven de la Enfermedad Mental pero más específicamente con la población dependiente de los Servicios profesionales durante tiempo prolongado, y la intervención puede ser puntual en situación de crisis o de seguimiento y mantenimiento de los procesos vitales del paciente y su entorno familiar.

El Trabajo Social es imprescindible en procesos determinados de seguimiento y tiene sus características propias que denominamos "Trabajo Social Clínico" siendo igualmente importante el seguimiento de pacientes o familiares mediante un Trabajo Social de Grupo, mediante grupos operativos, de socialización, educativos o de ampliación de redes sociales y que producen un efecto terapéutico multiplicador.

En estos momentos de puesta en marcha del nuevo modelo sanitario con la equiparación de la Salud Mental a la atención especializada, y en lo que se refiere al Programa de Actuación Sanitaria 2003 del IMSALUD, donde no se menciona en ningún momento al Trabajador Social ni el Trabajo Social, excepto como emisor de informes, y donde se asignan cometidos profesionales propios del Trabajo Social a otros profesionales ( Programa de Atención a Mayores Frágiles y Dependientes), queremos hacer nuestra llamada de atención por un lado en nombre del ciudadano de Madrid, y su derecho a recibir una atención Integral, que las leyes regulan y por otro, los profesionales de Trabajo Social, queremos reclamar el reconocimiento de nuestra intervención en el ámbito de la Salud, y el derecho a realizar las prestaciones sociales que venimos desempeñando muchos años atrás, con la concepción sanitaria que contempla la atención Integral del Individuo.

**Cristina Alonso Salgado**

*Trabajadora social CSM de Hortaleza  
Vicepresidenta de la AMSM*

## BIBLIOGRAFÍA

- Ley de Servicios Sociales 11/1984 de 6 de junio.
- Borrador del Proyecto de Ley de Servicios Sociales 20/2002.
- Introducción al Bienestar Social- Patrocinio de las Heras- Pamplona. 1978.
- Monográfico Presente y Futuro de los Servicios Sociales I y II parte. Colegio de Trabajo Social de Madrid Primer semestre 2002.
- Revistas Trabajo Social Hoy Nº 35 Colegio de Trabajo Social de Madrid 2002.
- Monográfico Trabajo Social en Salud Mental Primer semestre 2000. Colegio de Trabajo Social de Madrid.
- Informe de Trabajo Social en Salud Mental. Colectivo de Trabajadores Sociales – de la Comunidad de Madrid.
- Boletín de AMSM (invierno) 2003 Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Carta del Colectivo de Trabajadores Sociales sanitarios y el Colegio de Trabajo Social de Madrid a Directora General del IMSALUD. Abril del 2003.
- Jornadas Derechos Universales: Los servicios sociales en el Estado de Bienestar. Organizado por Centro de Estudios Universitarios Talavera de la Reina. Conferencia de Patrocinio de las Heras. marzo 2003.

## INFORMES

---

### *Análisis de la AMSM del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*

#### INTRODUCCIÓN

El pasado mes de Diciembre se presentó, por fin, el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Después de 13 años de vacío (el anterior Plan de Acciones en Salud Mental se hizo para el periodo 1989-1991) y una vez realizadas las transferencias, nos congratula que al menos se recupere el interés por planificar e impulsar la atención a la Salud Mental en Madrid con

un incremento de las inversiones, intenciones de las que no dudamos. Ahora bien, a tenor del Plan de Salud Mental (PSM) publicado, las expectativas que había generado no se han cumplido. Antes de su publicación definitiva el grupo de trabajo de la AMSM elaboró un documento (véase el boletín de Invierno 2003 de la AMSM) analizando los borradores del Plan en el que se identificaban una serie de omisiones y preocupaciones.



El Plan definitivo no ha variado en su redacción fundamental ni en los contenidos de los borradores que conocíamos. Las cuestiones que planteábamos siguen, por tanto, plenamente vigentes.

En este nuevo documento que presentamos se hace un análisis más detallado, capítulo por capítulo, del PSM definitivo. El objetivo del análisis es doble. Por un lado analizar el PSM desde un punto de vista formal y técnico, es decir, su adecuación como directriz planificadora (más allá de lo que luego se ejecute en la práctica). Por otro lado pretendemos identificar aquellos elementos del PSM que pueden oponerse al desarrollo del modelo de atención de Salud Mental comunitario tal como es entendido desde nuestra Asociación.

### COMENTARIOS GENERALES

El documento publicado por la Consejería de Sanidad bajo el título de Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 podría haber sido un buen documento de partida para la elaboración de un verdadero plan de actuación en Salud Mental. Un documento de partida, que no un verdadero Plan, porque la planificación requiere la identificación de necesidades de la población y de recursos, objetivos concretos y específicos vinculados a líneas estratégicas de actuación, calendario de actuación, presupuesto e indicadores para su evaluación. Nada de esto aparece con claridad. No se trata por tanto de un verdadero plan de salud mental sino un catálogo intenciones, muchas de ellas positivas, otras difíciles de llevar a la práctica sin cambios en el marco normativo y otras preocupantes que analizaremos con más detalle. Todo ello con la promesa de un incremento de la inversión en Salud Mental, que sin acompañarse de un presupuesto que comprometa a las siguientes administraciones, queda en un mero acto de fe. Esto no quiere decir que no se vaya a invertir en la red de salud mental ni que no se vayan a crear más recursos, sino que el texto del PSM no nos permite saber si las promesas de inversión en los próximos años son reales ni cómo va a ser el desarrollo. En concreto y como comentarios generales:

- No hay un adecuado análisis de las necesidades.
- No hay un cronograma ni líneas de actuación sujetas a unos indicadores y por tanto evaluable.
- No hay una cartera de servicios o catálogo de prestaciones concreto.
- No se acompaña de una memoria económica con un presupuesto concreto, asignado a programas, dispositivos o medidas. Lo único que aparece en el anexo son las previsiones de financiación extraordinaria sin desglosar

y sin aclararse si se han aprobado por la Asamblea Regional.

- No permite su monitorización ni evaluación al no existir un cronograma ni unos indicadores de evaluación.

**Además no se trata de un PSM integrado puesto que se presenta simplemente desde la Consejería de Sanidad y no de forma integrada con el Programa de atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica dependiente de Servicios Sociales** (que acaba de elaborar su propio Plan) ni con la red de atención a la drogodependencia, ni aparece la Consejería de Hacienda como garante de su financiación.

También queremos hacer una pequeña reflexión sobre la participación en la elaboración del PSM. Se insistió en el acto de presentación del PSM que en su elaboración habían participado una gran mayoría de profesionales. Esto requiere una matización. En lo que se refiere al Comité Consultivo Externo en el que participamos en las reuniones, no sentimos que fueran de intercambio de opiniones, sino de presentación de lo que ya estaba en marcha. Y respecto a los grupos de expertos, lógicamente estos tenían un papel de consultores. Hubiera sido elegante que las conclusiones de los grupos de expertos se hubieran publicado sin modificaciones en los anexos del Plan. En ningún caso creemos que sea legítimo presentar a las personas que fueron consultadas (Comité asesor de Coordinación Técnica, Comité Consultivo Externo y Grupos de Expertos) como "participantes en la elaboración del plan y desarrollo". Se podría haber presentado como relación de personas y asociaciones consultadas evitando así cierta sensación de utilización. Una cuestión formal pero importante, porque no hay que olvidar que nos alegra que al menos se haya hecho un esfuerzo por recabar opiniones (fueran tenidas en cuenta o no) a diferencia de lo que se hizo con el abortado plan encargado a una consultora.

A continuación analizamos el plan capítulo por capítulo deteniéndonos en aquellos aspectos de mayor trascendencia.

### II. ANÁLISIS DE REALIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE MADRID: PUNTO DE PARTIDA

El punto de partida del PSM no es un análisis de los problemas de salud de la población, ni de las necesidades y demandas, ni de los cambios demográficos, ni de los problemas reales de los usuarios y profesionales. **Si no se parte de un análisis de problemas y necesidades no se pueden establecer prioridades, ni fijar objetivos ope-**



**rativos, ni diseñar estrategias, en definitiva no se puede llamar Plan de Salud a lo presentado.**

El punto de partida es, sin embargo, el análisis de los aspectos organizativo-burocráticos de la actual red de Salud Mental. Pues bien, tampoco estos aspectos son sometidos a una reflexión en profundidad, sino que se limitan a describir (sin incluir los datos de la Agencia Antidroga) la organización actual, los recursos existentes y algunos de los indicadores asistenciales. Salvo constatar la falta de integración de la red con la existencia de tres redes paralelas con culturas corporativas propias y condiciones laborales diferenciadas, no hay una identificación o un listado de los problemas que se están dando en los diferentes recursos asistenciales. Es decir ni siquiera sobre lo burocrático-organizativo, objetivo prioritario del PSM como aparece en su Justificación, sabemos lo que el PSM identifica como problemas a resolver ni tendremos forma de evaluar los resultados.

### **III. MODELIZACIÓN BÁSICA DEL PLAN QUE SE PROPONE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL**

#### **1. Ubicación legal y normativa**

El marco de referencia regional del PSM es la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid aprobada en diciembre de 2001. Como hemos señalado en anteriores documentos creemos que algunos de los principios básicos de la LOSCAM amenazan seriamente al modelo público de atención comunitario en salud mental que la AMSM defiende. Analizaremos estos principios en el siguiente punto.

#### **2. Bases conceptuales del modelo de asistencia psiquiátrica y de salud mental de la Comunidad de Madrid**

##### ***Principios generales del modelo y modelo de atención propuesto***

**Los principios generales del modelo y el modelo de atención propuesto se pueden suscribir con algunas matizaciones importantes.** El PSM apuesta por un modelo integral, global, comunitario, interdisciplinar, territorializado, integrado, formando parte del Atención Especializada, que persigue la continuidad asistencial, el desarrollo de un Sistema de Información y Evaluación homologados y que apuesta por un sistema de Formación Continuada adecuado para las necesidades asistenciales y que priorice la investigación.

La cuestión de la territorialización merece un comentario. En el momento actual nos parece de enorme valor que el PSM apueste por un modelo territorializado. Ahora bien, dada la conformación actual de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid, que abarcan grandes zonas geográficas y poblaciones muy desiguales, **no consideramos adecuado que el Área Sanitaria sea definida como "la unidad asistencial básica del sistema"**. Esta definición entraña el peligro de que determinados programas o actuaciones básicas y recursos que deben dirigirse desde los Servicios de Salud Mental de Distrito como eje central de la asistencia aparezcan como programas de Área con la excusa de optimizar recursos. Por ejemplo esto podría suceder con los programas de atención infanto-juvenil o los programas de alcoholismo.

Más adelante, en el apartado IV de Propuesta de Desarrollo Estratégico y Líneas de actuación comentaremos algunos de los matices más a estos principios, en concreto cómo se va a realizar la integración en atención especializada y las contradicciones que aparecen en la práctica. Ahora nos limitaremos a señalar cómo estos Principios Generales del Modelo se ven amenazados por el nuevo marco legislativo sanitario de la LOSCAM:

**La separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión tal como viene definida amenazan el carácter público y universal de la asistencia, la equidad y accesibilidad y la concepción integral del sistema.** La intención de esta separación es la introducción de mecanismos de competencia regulada entre centros en el sistema sanitario, sustituyendo a los mecanismos de coordinación como forma de relación entre los centros y abrir el sistema sanitario público a una mayor participación de la iniciativa privada.

Esta separación de funciones se concreta de la siguiente manera: la **función de aseguramiento** se desarrolla a través de las Agencias sanitarias, que en teoría también tiene la función de facilitar al ciudadano la gestión de trámites administrativos relacionados con la Red Sanitaria de Utilización Pública. El papel de las Agencias Sanitarias es una de las grandes incógnitas de la LOSCAM, pero abre la puerta a terminar con la territorialización y a la derivación de pacientes al sector privado.

La **función de compra** corresponde al Servicio Madrileño de Salud y en el caso de la Atención Psiquiátrica y salud Mental a la Oficina Regional de Coordinación y Salud Mental, que será la encargada de comprar para los distintos Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de cada Área de aquellos recursos necesarios. Las implicaciones de esta organización asistencial lo analizaremos posteriormente.



Finalmente la **provisión de servicios** a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (en nuestro caso la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental) que está "integrada por todos los proveedores sanitarios públicos y privados que previa acreditación y concertación puedan prestar servicio al sistema público" Como se puede entender **no hay una voluntad clara de integrar las tres redes sanitarias públicas en un único organismo, sino que se mantendrán como hasta ahora con la posibilidad de una mayor concertación de servicios.** La esperada integración, por mucho que se hable de ella en el PSM no aparece como un objetivo, al menos a corto plazo. Por el contrario el sistema de compra de servicios de la LOSCAM supone el riesgo de fragmentar aún más la red entre diferentes proveedores y una mayor participación del sector privado.

#### **Propuesta de Objetivos del Plan de salud Mental**

**Generales:** Los objetivos generales de nuevo son adecuados excepto el de establecer y desarrollar el principio de separación de las funciones de compra y provisión de servicios. Además de que no estemos de acuerdo con este objetivo, que es derivado de la LOSCAM su puesta en marcha es confusa. Otro tema confuso se refiere al objetivo general de descentralizar la gestión primero en áreas y luego en distritos. ¿Qué se quiere decir con esto?

**Específicos:** Los objetivos más controvertidos son la creación del Área Psiquiátrica de Gestión dentro de la Atención Especializada y la organización jerárquica y funcional. Estos dos temas se analizan posteriormente.

**Operativos:** Los objetivos operativos no aportan nada a los objetivos específicos. Plantean como objetivos del PSM definir acciones que ya deberían estar definidas como los criterios básicos de la atención de niños y adolescentes, personas mayores, poblaciones especiales y personas en situación de riesgo.

**El problema central de los objetivos es que no se vinculan posteriormente a líneas de acción y actuaciones que cuenten con una estimación de recursos, un presupuesto un cronograma para el desarrollo y unos indicadores de evaluación.**

#### **3. Principios y objetivos de actividades asistenciales y programas de intervención**

Este punto del PSM es un intento de desarrollar los objetivos anteriores en 17 actividades asistenciales o programas de intervención que van desde la hospitalización, la asistencia ambulatoria, los programas de niños y adolescentes, de mayores, la psicoterapia, la continuidad de cuidados, la rehabilitación..., hasta un total de 17. **La im-**

**sión es que han utilizado los informes de los grupos de expertos con más o menos cambios y los han puesto para poder decir que ha sido un plan participativo.** Esto explica el tono descriptivo de los recursos y que parezcan más una serie de recomendaciones y propuestas de buenas intenciones que un conjunto de objetivos operativos que aparezcan luego detalladas en las líneas de actuación. Es más, **algunas de las propuestas en este punto son completamente contrarias a las actuaciones que luego se prevén.** Por ejemplo para las Unidades de hospitalización de media y larga estancia se dice que deben estar ubicadas próximas a las Áreas Sanitarias de referencia para evitar el desarraigo familiar y social, pero lo que realmente se propone es la apertura de más camas en los hospitales psiquiátricos existentes.

Independientemente de las cuestiones de formales es positivo que el PSM se preocupe de todos estos aspectos. El problema vuelve a ser el mismo: todo este conjunto ambicioso de intenciones necesita estar acompañado de medidas presupuestarias, incremento de recursos y un plan de actuación.

El análisis de los aspectos más controvertidos lo hacemos en el epígrafe IV

#### **IV. PROPUESTA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN**

Aquí es donde se ve más claro que es un catálogo de intenciones, sin ningún tipo de compromiso temporal, remitiendo a un tiempo futuro que desconocemos.

##### **1. Estructuración general de la asistencia psiquiátrica y salud mental de la Comunidad de Madrid**

###### **1.1. Modelo organizativo y de gestión**

El modelo organizativo y de gestión que se plantea en el plan es uno de los temas más relevantes del mismo y merece una lectura detenida. En los Principios Generales del Modelo se establece que la red de atención psiquiátrica y de salud mental debe ser una red integrada. Sin embargo, **el modelo organizativo mantiene en la práctica una red disociada.** Por una parte plantea la creación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, que es parte integrante del SERMAS, y que se va a encargar teóricamente de planificar, comprar servicios y distribuir recursos económicos en las distintas áreas sanitarias, específicamente de las camas de cuidados psiquiátricos de media y larga duración, camas y programas especiales, hospitales de día, recursos intermedios de rehabilitación psicosocial y recursos de soporte social para la inte-



gración del enfermo mental y otros servicios que sea preciso proveer. Por otra la Red Única de Provisión de Asistencia Psiquiátrica, dependiente del IMSALUD, se constituye en cada Área como los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental (SPSM) que incluyen exclusivamente los servicios hospitalarios y ambulatorios. Es decir **que la gestión de los recursos para atender a los enfermos mentales crónicos va aparte del resto y no se está creando una red integrada**. Además, si con el nuevo decreto 197/2002 se están adscribiendo la mayor parte de los recursos al IMSALUD con capacidad de comprar servicios ¿hasta dónde va a llegar la Oficina del SERMAS y dónde va a comenzar la gestión del IMS?

Otra cuestión importante es cómo se va a realizar la integración en atención especializada. El modelo organizativo que se propone es la creación de un Área Clínico-funcional de Asistencia Psiquiátrica dentro de la Gerencia de atención especializada de cada Área que gestionaría y coordinaría los SPSM (hospitales y Centros de Salud Mental). **Básicamente se trata de un modelo jerarquizado, que ignora las especificidades y la complejidad de la red de salud mental**. El nombre de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental ya lo dice todo: por un lado está la Psiquiatría que va en primer lugar (y debe ser cosa de médicos importantes, hospitales y pacientes ejemplares, dignos de incorporarse a las muestras de los ensayos clínicos) y por otro la Salud Mental (para los profesionales de a pie, recursos "comunitarios" y pacientes menos vistosos). El Jefe del servicio (antiguo coordinador del área) es la cabeza de esta nueva estructura donde no se garantiza la participación democrática de los profesionales de los distintos dispositivos en las decisiones que se tomen en cada área. La Comisión Asistencial tiene que trasladar sus temas importantes a la Junta Facultativa del Hospital, la Comisión de Formación e Investigación también se vincula a las del hospital y se "recomienda" una Comisión de Rehabilitación.

Por último se establece un Sistema de Coordinación de la Oficina con la Red de Provisión con tres comités en el ámbito central y otros tres a nivel regional. Si el plan de la Oficina es el de ir comprando provisión sanitaria a empresas privadas en forma de conciertos para atender a los pacientes crónicos, entendemos que la coordinación tenga que ser tan compleja.

### **1.2. Principios de la política de recursos humanos**

En este punto el Plan vuelve a hacer hincapié en la organización de la Gestión del área sanitaria jerarquizada en tres niveles: El jefe de Servicio, la hospitalización (a cargo de los actuales Jefes de sección) y la atención

ambulatoria (antiguos CSM) a cargo de los antiguos Jefes de Distrito.

Sobre la política de Recursos Humanos se explicita el deseo de convergencia de los distintos regímenes laborales. Otras buenas intenciones que se señalan son el adscribir al Área los nuevos contratos, proponer perfiles profesionales adecuados y estudiar, en virtud de la LOSCAM la confluencia del personal del SERMAS con el del IMSALUD. **Todas estas buenas intenciones están inscritas en unos hechos recientes que da idea de la política de recursos humanos que está llevando a cabo la Consejería**. Por un lado están asistiendo de forma pasiva al procesamiento de dos empleados suyos por parte del Colegio de Médicos por cumplir estrictamente con las directrices que la Consejería marca. Por otro lado, los últimos movimientos que ha realizado la Comunidad de Madrid en pos de la "convergencia de los regímenes laborales" ha sido conceder a unos facultativos la carrera profesional, a otros en principio nada y, finalmente el complemento salarial de exclusividad, a otros el complemento de atención continuada y todavía quedan algunos que no cobran nada de todo esto. Hay que preguntarse qué credibilidad tienen las buenas intenciones cuando las medidas concretas que están llevando a cabo son otras muy distintas.

### **1.3. Propuesta de integración y adecuación de las infraestructuras**

Otra muestra del catálogo de buenas intenciones pero ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿cuánto?, ¿dónde?

### **1.4 Integración funcional de los Centros Monográficos públicos**

La Ley General de Sanidad proponía el cierre de los manicomios y la apertura de las unidades de Hospitalización Breve en los Hospitales Generales. **El Hospital Psiquiátrico de Madrid no se cerró pero además, ahora va a contar con nuevas unidades** de Hospitalización Breve para intervención en crisis prolongadas. También van a "transformar" camas para rehabilitación, cuidados psiquiátricos prolongados (larga estancia), programas especiales de inimputables, gerontopsiquiatría y trastornos de la personalidad y patología dual.

**El Instituto José Germain es una red de servicios de salud mental que a partir de ahora se va a poder integrar parcialmente** en la Atención Especializada hospitalaria y disponer del resto de recursos para la atención a la cronicidad de otras áreas del resto de la comunidad rompiendo esa red íntegra que existía en el Área 9.



### **1.5 Propuesta de coordinación con organizaciones e instituciones sinérgicas**

Proponen coordinarse hasta con 10 instituciones distintas lo que como planteamiento es muy positivo especialmente con aquellas con las que la relación era escasa o nula: instituciones penitenciarias, con la Judicatura, con la Dirección General de Calidad, con la de Salud Pública... El problema es que no deja de plantearse de forma indefinida en tiempo y actividad. Por otro lado en la relación con algunas instituciones **se evidencia la apuesta por un modelo de coordinación y no de integración en la atención a enfermos mentales crónicos y a los drogodependientes.**

Este punto de la organización acaba con el deseo de mejorar los sistemas de información y con optimizar la formación e investigación. Ambas cosas desde luego son necesarias y esperamos que se ejecuten aunque no se especifica en ningún momento el cronograma de las actividades concretas ni su presupuesto.

## **2. Propuesta funcional para el paciente y su familia como centro del sistema**

### **2.1 Definición de los servicios básicos y propuesta de cartera de servicios**

Se definen los dispositivos asistenciales con los que va a contar la red. Se catalogan los servicios y dispositivos como "básicos" (dispositivos específicos de Área) y de "referencia" (dispositivos que dan cobertura a más de un área). De nuevo se define lo "básico" con relación al Área con la incertidumbre anteriormente expuesta. Por ejemplo plantean una diferenciación entre CRPS y Centro de Día lo que nos parece positivo pero no consideran que tenga que haber un CRPS por área y, al fin y al cabo, como el resto de recursos para crónicos no quedan integrados en los SPSM sino coordinados a través de Servicios Sociales.

**Lo que en ningún caso se concreta es una cartera de servicios o catálogo de prestaciones a los enfermos mentales. Tampoco se menciona ni en este punto ni en ningún otro del plan cuáles son las funciones y competencias de los profesionales de la salud mental.** Estos dos aspectos básicos quedan de nuevo sin regular a pesar de que este Plan era el momento propicio para hacerlo.

### **2.2 Plan de Calidad de asistencia psiquiátrica y salud mental**

El plan de calidad se concretará en un Plan específico de aplicación en todo el ámbito de la Comunidad de Madrid

y en los planes de calidad de cada Área. Por tanto lo único que aparece aquí es un **conjunto de buenos propósitos planteados en un futuro indefinido.** Uno de los medios esenciales para una asistencia de calidad es disponer de un Sistema de Información (que sustituya al registro de casos) y un soporte tecnológico adecuado. No aparece en ningún momento cuando se va a poner en marcha. La metodología que proponen para la política de Calidad plantean el establecimiento de procesos protocolizables clínico-administrativos, clínicos y de hostelería. **Si antes de poner en marcha estos procesos protocolizables no se adecuan las plantillas el tiempo dedicado a tareas burocráticas puede aumentarse considerablemente.**

### **2.3 Facilitar el establecimiento de un sistema de acreditación**

Se formará un comité de expertos para colaborar con el Servicio de Evaluación Sanitaria de la Dirección General de Calidad en la redacción de los criterios de acreditación que debe afectar a todos los Servicios con independencia de que la provisión sea pública o privada. Se entiende la importancia de este tema si se va extendiendo un modelo de concertación de servicios (sobre todo en la atención a la cronicidad). No aclara las implicaciones que tendrá esto con los servicios de provisión pública, que a todos los efectos se equiparan con los proveedores privados.

### **2.4 Desarrollo del modelo de participación de usuarios y familiares**

Nos parece también una excelente iniciativa aunque el Comité Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental en el que tienen que participar no tiene calendario de reuniones.

## **3. Líneas de acción en el área asistencial**

Teóricamente se abordan muchas líneas de acción: hospitalización psiquiátrica, asistencia ambulatoria, atención psiquiátrica a niños y adolescentes, a mayores, continuidad de cuidados y rehabilitación, nuevas demandas, coordinación con atención primaria y psiquiatría de enlace, alcoholismo y patología dual, urgencias y transporte sanitario, catástrofes, exclusión social y pacientes con implicaciones judiciales. **En este punto del plan se esperarían ya medidas concretas programadas en tiempo, espacio y presupuesto. Las líneas de acción son, en general, sólo propuestas e intenciones (promover, potenciar, mejorar, optimizar...), muchas de ellas basadas en un modelo comunitario de salud mental y por lo tanto suscribibles por la AMSM. El tiempo nos dirá si**



se crean los recursos suficientes para llevarlas a cabo y como se desarrollaran en el marco que estamos exponiendo. No obstante merece la pena señalar algunos aspectos preocupantes:

- **Optimización de la Hospitalización Psiquiátrica.** No aparecen las ratios de profesionales necesarios para las UHB, Unidades Hospitalarias de tratamiento y Rehabilitación y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados. **Las UHB de los hospitales psiquiátricos no se cuestiona y se planea la apertura de otras unidades** para intervención en pacientes con en crisis prolongadas, probablemente para que no congestionen las UHB de Hospitales Generales y crear así en algunas Áreas duplicidades que suponen un riesgo de que se seleccionen en estos las patologías más rentables.
- **Desarrollo y optimización del Programa de Continuidad de cuidados y Rehabilitación.** Lo que se señala en el PSM está pendiente del **Plan de atención social a Personas con enfermedad mental crónica de Servicios sociales, que a nuestro juicio se tendría que haber hecho de forma conjunta.** Las únicas medidas concretas que se señalan son la apertura de 30 camas para rehabilitación en el Psiquiátrico de Madrid y 40 para cuidados psiquiátricos prolongados (residenciales). Tampoco parece que se cuestione en algún momento las unidades concertadas de este tipo que continúan creciendo en los dos hospitales de Ciempozuelos. En cambio sí que se abre la posibilidad de fragmentar el Instituto José Germain.
- No hay forma de saber de qué manera se van a asignar las nuevas plazas a los dispositivos asistenciales.
- **Asistencia ambulatoria. La estimación de profesionales que se hace no cumple los requisitos mínimos para una atención de calidad** (ver Cuaderno Técnico de la AEN) teniendo en cuenta la cantidad de programas que se definen y que reclaman profesionales con dedicación específica (continuidad de cuidados, psicoterapia, alcoholismo, mayores, etc.). Además no aparecen las ratios de trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería que están con relación a los recursos y programas que se supone que tendrían que estar ya planificados. De hecho se propone la creación de la figura del coordinador de cuidados que en muchas ocasiones será un trabajador social sin que sepamos cuántos se van a crear.
- **Respecto a la atención a niños y adolescentes, el equipo básico todavía está abierto a que atienda a varios distritos** y no se aclara que tenga una dedicación total a niños y adolescentes por lo que los profesionales pueden seguir atendiendo también a adultos y se ha

planteado una mayor presencia de psiquiatras que de psicólogos en estos equipos.

- **La coordinación con Atención Primaria,** un aspecto crucial en la asistencia en la asistencia en Salud Mental para mejorar la detección de casos en la comunidad, enganchar a los más graves en la atención especializada, asegurar una continuidad de cuidados... queda relegada en este PSM a dos páginas en las que se la incluye en el programa de enlace con el resto de las especialidades. Otro ejemplo de cómo lo comunitario pierde peso a favor de lo médico-hospitalario.
- **Optimización de la Atención a pacientes alcohólicos. Se considera un programa de Área** con un equipo multidisciplinar sin aclarar si cada Servicio de Salud Mental de distrito va a contar con un equipo de estas características. Se plantea la creación de una comunidad Terapéutica que dependería de la Agencia Antidroga y no de la Red Única de Psiquiatría y salud mental. Es decir, **el papel de la Agencia antidroga en esta población no aparece definido.**
- **El modelo planteado para la atención de pacientes con patología dual es un modelo fragmentado al depender conjuntamente de la Red de Drogas y de la Red de salud mental que no arregla las importantes carencias en la continuidad de cuidados de estos pacientes.** El problema de fondo y que no se ha atrevido a abordar este PSM es la integración de la red de drogas y de la red de salud mental. Para resolver este problema de fondo se plantean la creación de recursos específicos, como la creación de consultas externas en los hospitales generales para los pacientes más graves (psicóticos, bipolares, deterioro cognitivo, trastornos límites de personalidad...) y que los Centros de Salud Mental atiendan a los más leves (trastornos de ansiedad y depresiones). Dada la frecuente comorbilidad de consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos ¿cómo se van a seleccionar los pacientes para estas consultas superespecializadas? ¿Es este el verdadero espíritu del Plan? ¿Qué lo florido y bonito se trate en el hospital y que lo leve y farragoso se vaya a los CSM y al Hospital Psiquiátrico?

## CONCLUSIONES

1. La existencia de un nuevo Plan de Salud Mental es ya en sí algo positivo, pues demuestra en los actuales responsables de Salud Mental un mayor interés en la planificación y desarrollo de la atención. Ahora bien el PSM debe mejorarse en sus aspectos formales y apostar en su desarrollo por los principios del modelo comunitario con el que se identifica.



2. En sus aspectos formales el PSM no cumple los requisitos mínimos exigibles a un plan de salud. No hay un análisis de necesidades adecuado, no se plantean objetivos concretos que se traduzcan en líneas de actuación, no es posible evaluarlo y no se acompaña de una memoria económica.
3. Es un plan estrictamente sanitario, no un PSM integrado y elaborado conjuntamente con la Consejería de Servicios Sociales.
4. Existen en el PSM una serie de amenazas al modelo comunitario de atención en salud mental, algunas derivadas de la nueva legislación sanitaria (LOSCAM) y otras de propuestas del propio plan:
5. La separación de funciones de compra y provisión de servicios, tal como se establece, y el modelo de gestión supone que la llamada Red Única de atención Psiquiátrica y de Salud Mental mantener es en la práctica una red de servicios fragmentada con distintos proveedores en la que la atención a la cronicidad queda disociada del resto de la atención sanitaria.
6. En este mismo sentido la política de recursos humanos queda pendiente de si se integran las distintas redes públicas en una misma empresa.
7. Tal como está diseñada la integración en la Atención Especializada y la nueva organización jerárquica supone el peligro de volver a un modelo hospitalocéntrico y medicalizado si no se garantizan mecanismos que tengan en cuenta las especificidades de la red de salud mental y la participación democrática del conjunto de dispositivos del Área.
8. El énfasis puesto en el Área Sanitaria como "unidad asistencial básica" compromete el adecuado desarrollo de los Servicios de Salud Mental de Distrito, que deben seguir siendo el eje de la atención.
9. Pese a las buenas palabras, la realidad es que en vez de cerrarse los hospitales Psiquiátricos y crear Unidades de Rehabilitación y de Cuidados cerca de las Áreas Sanitarias se sigue apostando por la apertura de camas en estos hospitales, tanto para crónicos, patologías específicas o como apoyo para unidades de agudos.

**Grupo de Trabajo  
sobre el Plan de Salud Mental de la AMSM**

*Extracto de la circular 1/2002, de 25 de noviembre,  
sobre ordenación de la visita médica y otras actividades  
de promoción de medicamentos de la Red Sanitaria  
Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid*

Las actividades de promoción de medicamentos, en especial la visita médica, constituyen un vehículo de relación importante entre la industria farmacéutica y las personas facultadas para prescribir y dispensar medicamentos, cuyo fin principal es la transmisión de información y publicidad sobre medicamentos para promover su prescripción y dispensación.

Uno de los objetivos de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, es la promoción del uso racional del medicamento, dic-

tándose en su desarrollo el Real Decreto 416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de medicamentos de uso humano.

La Circular Farmacia 1/2000 de la Dirección General de Sanidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, establece normas generales de aplicación en esta Comunidad de algunos artículos del citado Real Decreto, respecto a la publicidad de medicamentos dirigida a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos.

Por otro lado, existen como antece-

denes la Circular 16/1997, de 7 de julio, sobre Regulación de la visita médica de los representantes de los laboratorios a las Instituciones Sanitarias cerradas de la Seguridad Social y la Circular 7/1988, de 29 de junio, sobre Regulación de la visita médica de los representantes de los laboratorios de las Instituciones abiertas del Insalud.

La publicidad de medicamentos comporta unas exigencias no sólo legales sino también éticas de carácter básico que deben ser cumplidas. Los principios de veracidad y objetividad



deben regir la promoción de medicamentos. En la publicidad deben prevalecer el carácter informativo, debiéndose favorecer en cualquier caso la utilización racional de los medicamentos.

Teniendo en cuenta el avance científico imparabable que caracteriza el campo de la farmacoterapia y la importancia de la información transmitida por parte del visitador médico, se hace necesaria una organización específica de algunas actividades de promoción de medicamentos y en particular de la visita médica, de forma que se incremente el nivel de calidad de dichas actividades y se de respuesta a la demanda de los profesionales médicos y farmacéuticos de compaginar la necesidad de la información con la correcta atención de sus pacientes.

La ordenación de la visita médica y otras actividades de promoción de los medicamentos se enmarca dentro de los objetivos de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios que van encaminados a la utilización racional de los medicamentos.

[...]

### 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Circular establece la ordenación de la visita médica y otras actividades de promoción de los medicamentos que se llevan a cabo en la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, concretamente: Las actividades formativas y/o reuniones sobre medicamentos o patologías realizadas en los Centros promovidas por los laboratorios/divisiones farmacéuticas, la colaboración de la industria en la asistencia a cursos, reuniones, congresos o similares y la entrega de muestras gratuitas.

## 2. VISITA MÉDICA

### 2.1 Características generales

**2.1.1.** La visita médica sólo podrá realizarse ante las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos.

**2.1.2.** Se realizará de forma transparente, planificada, regular y ordenada, con convocatoria pública y abierta, sin que haya obligación de asistencia por parte de los profesionales facultados para prescribir o dispensar medicamentos.

**2.1.3.** La visita podrá efectuarse de forma individual o colectiva. La Gerencia determinará el tipo de visita adoptado en cada Centro de Atención Primaria (CAP), Servicio Clínico Hospitalario, Centro de Especialidades Periférico (CEP) o Consulta Externa previa informe de los responsables de los mismos y considerando diferentes criterios, entre otros, la presión asistencial del Centro, la disponibilidad de espacios adecuados y la programación de las actividades asistenciales y docentes, asimismo, tendrá en cuenta la opinión de los profesionales implicados. A efectos de esta Circular, cuando se hable de Servicio Clínico Hospitalario se entenderá Servicio Clínico Hospitalario o Unidad.

**2.1.4.** La visita médica no podrá interferir la actividad asistencial ni la atención a los pacientes y no deberá realizarse en aquellos lugares del Centro donde estén presentes pacientes, familiares o acompañantes. No se podrá realizar en salas de espera, cafeterías, ascensores, pasillos, aparcamientos, etcétera

**2.1.5.** Las visitas que se realicen a los Servicios de Farmacia en el contexto de las funciones que estos tienen encomendadas respecto a la gestión y suministro de medica-

mentos, no se consideran visita médica a efectos de esta Circular.

**2.1.6.** Sólo podrán realizar visita médica los laboratorios/divisiones farmacéuticas legalmente autorizados.

### 2.2. Condiciones particulares de la visita médica

Atendiendo al ámbito donde se lleve a cabo se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

#### a) Centros de Atención Primaria (CAPs)

[...]

#### b) Centros de Atención Especializada

**1.** Se establecerá un máximo de dos días de visita médica la semana por Servicio Clínico Hospitalario (quedando excluido el servicio de Urgencias donde no se podrá realizar la visita médica), con un número de laboratorios/divisiones farmacéuticas que no será mayor de cuatro al día y un visitador médico por laboratorio/división farmacéutica, que excepcionalmente podrá ir acompañado por otro representante técnico de su laboratorio/división farmacéutica debidamente acreditado (en este último caso sería simultáneamente el segundo como apoyo). Cada laboratorio/división farmacéutica podrá realizar hasta cuatro visitas anuales por cada Servicio Clínico Hospitalario, siempre que la programación de los Centros lo permita.

**2.** En las Consultas Externas y en los CEPs sólo podrá realizarse la visita médica cuando la Gerencia así lo autorice, atendiendo a las características estructurales y siempre que la labor de los visitadores no interfiera con la actividad clínica: En caso de que se autorice:



1. La visita médica en las Consulta Externas se efectuará en los días establecidos para los Servicios Clínicos Hospitalarios correspondientes. En el caso de que haya más de un servicio por especialidad, la visita se efectuará los mismos días que en uno de ellos.

2. En ls CEPs se establecerá un máximo de dos días de visita médica la semana por Centro con un número de laboratorios/divisiones farmacéuticas que no será mayor de cuatro al día y un visitador médico por laboratorio/división farmacéutica, que excepcionalmente podrá ir acompañado por otro representante técnico de su laboratorio/división farmacéutica debidamente acreditado (en este último caso sería simultáneamente el segundo como apoyo). Cada laboratorio/división farmacéutica podrá realizar hasta cuatro visitas anuales por cada Servicio Clínico Hospitalario, siempre que la programación de los Centros lo permita. Dado que en estos Centros la actividad asistencial se produce en general en dos turnos de trabajo, en el caso de que en un Centro de trabajo no aconseje establecer la planificación de visitas de forma conjunta par ambos turnos, se podrá repetir la convocatoria de la visita el mismo día programado en los diferentes turnos.

3. Excepcionalmente, cuando coincidan en un mismo establecimiento sanitario un CAP y un CEP, la Gerencias podrán programar conjuntamente para ambos la visita médica, aplicando en este caso los criterios establecidos en el apartado 2.2 a).

### **2.3 Duración, tiempo y lugar de la visita en cada Centro**

**2.3.1.** La visita colectiva tendrá una duración adecuada al contenido informativo de la misma, con un má-

ximo de diez minutos por laboratorio/división farmacéutica.

**2.3.2.** En el caso de que la visita sea individualizada, el tiempo de permanencia de los visitadores médico en los Centros se adecuará al número de profesionales que se visiten y no superará tres horas en los Centros Hospitalarios y dos horas en los CAPs y CEPs. Este tiempo de permanencia se entenderá continuo e incluirá los períodos de espera.

[...]

### **2.4 Comunicación cuatrimestral de la promoción de medicamentos en visita médica**

**2.4.1.** El laboratorio/división farmacéutica que desee realizar promoción de medicamentos a través de visita médica en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid lo deberá comunicar a la Dirección General de farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en los cinco primeros días hábiles del cuatrimestre anterior al cuatrimestre de realización de las visitas. La presentación de esta comunicación será condición indispensable para poder efectuar las visitas.

[...]

### **2.5. [...]**

### **2.6 Calidad de la información transmitida por los visitadores médicos**

Para transmitir información con la calidad adecuada y de una forma precisa y completa se deberán atender las siguientes normas o principios:

**a)** Los visitadores médicos deberán poseer los conocimientos científicos suficientes y actualizados.

**b)** La información y demás información facilitada por los visitadores médicos deberá ajustarse a la información expresamente autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y que figure en la última ficha autorizada; es decir, no se podrá ampliar ni modificar las indicaciones aprobadas ni minimizar los efectos adversos, ni recomendar una posología distinta de la autorizada. La información complementaria sólo podrá consistir en la aportación de estudios científicos.

**c)** En cada presentación los visitadores médicos proporcionarán a cada facultativo una copia de la ficha técnica completa autorizada de cada uno de los medicamentos que presenten.

**d)** La frecuencia en la reiteración de la promoción de un mismo medicamento por un laboratorio/división farmacéutica a un mismo profesional no se considera compatible con la utilización racional de los medicamentos.

**e)** Deberá transmitirse toda la información necesaria para la evaluación de la relación beneficio/riesgo del medicamento, incluyendo la correspondiente a reacciones adversas, contraindicaciones, etc., de forma que sea completa y equilibrada en todos sus aspectos, acompañando datos sobre las diferentes formas farmacéuticas y dosis, su régimen de prescripción y dispensación, las informaciones sobre precio, condiciones de la prestación terapéutica del Sistema Nacional de Salud, en su caso, y cuando sea posible, la estimación del coste del tratamiento.

**f)** La información que proporcionen verbalmente o en cualquier soporte, estará bien documentada, apoyada en fuentes bibliográficas técnico-científicas objetivas, de



reconocido prestigio, que seleccionan los trabajos con una calidad metodológica adecuada, permitiendo así al profesional poder juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento.

g) La entrega de cualquier documento no publicado (carta, artículo científico, libro, etc.), necesario para responder a una demanda de información concreta de los profesionales, se realizará por correo o durante la visita médica programada.

### **2.7. Notificación de reacciones adversas (Farmacovigilancia) a través de la visita médica**

Si, aprovechando la visita médica, un profesional sanitario comunicara una sospecha de reacción adversa a un medicamento al visitador, este lo pondrá inmediatamente en conocimiento del Responsable de Farmacovigilancia del laboratorio. Si se tratara de una reacción adversa grave, el laboratorio, excepcionalmente, podrá solicitar una entrevista extraordinaria (fuera de la planificación cuatrimestral de visitas) con ese profesional sanitario, para poder obtener más datos sobre la misma. Todo ello se hará sin perjuicio de la obligación del profesional sanitario de notificar las sospechas de reacciones adversas a medicamentos mediante la tarjeta amarilla al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.

### **2.8. [...]**

### **3. ACTIVIDADES FORMATIVAS EN LOS CENTROS PROMOVIDAS POR LOS LABORATORIOS/ DIVISIONES FARMACEÚTICAS**

Las actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios que se

realicen en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, promovidas por los laboratorios/divisiones farmacéuticas, deberán ser autorizadas por la Gerencia previamente a su celebración, a fin de valorar si son acordes con los objetivos docentes, teniendo en cuenta que:

a) Preferiblemente se autorizará la realización de las actividades formativas que estén acreditadas por el Sistema Nacional de Salud.

b) Al inicio de la actividad docente deberá declararse claramente el/los laboratorio/división/es farmacéuticas implicado/s en el patrocinio de ésta y se evitará promocionar medicamentos, estén o no relacionados con la actividad.

c) Sólo se patrocinarán las actividades estrictamente docentes.

d) Los carteles anunciadores de dichas actividades formativas sólo podrán ser colocados en los Centros con la autorización previa de la Gerencia y exclusivamente en los lugares destinados específicamente para la información a los profesionales sanitarios.

### **4. COLABORACIÓN DE LA INDUSTRIA EN LA ASISTENCIA A CURSOS, REUNIONES, CONGRESOS O SIMILARES**

1. La asistencia de los profesionales sanitarios a cursos, reuniones, congresos específicos o similares patrocinados o promovidos por la industria y que se celebren durante la jornada laboral deberá ser autorizada previamente por la Gerencia.

2. Con el fin de garantizar el cumplimiento del Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de medicamentos de uso humano, para otorgar

dicha autorización se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) El programa de la actividad deberá tener un contenido exclusivamente profesional o científico.

b) Los gastos que asume el laboratorio en concepto de hospitalidad y cortesía, tales como gastos reales de desplazamiento y estancia, han de ser moderados en su nivel, ajustados a los días en los que esté prevista la reunión científica y en ningún caso podrán razonablemente considerarse como un ofrecimiento de incentivo a los profesionales.

c) No se autorizará la asistencia a actividades orientadas exclusivamente a la promoción de medicamentos.

### **6. SUPERVISOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE MEDICAMENTOS**

1. Para impulsar la eficacia de las actuaciones que se desarrollen a través de esta Circular, garantizar la máxima transparencia y controlar el cumplimiento de la normativa, se crea la figura del Supervisor General de la Promoción de los Medicamentos, de la DGFPS-CS.

### **8. RÉGIMEN SANCIONADOR**

La contravención de lo previsto en esta Circular se sancionará de acuerdo con el título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Título IX de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento, el Título VIII de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid y el Título XIII de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

**Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid B.O.C.M., 2 de diciembre de 2002. (Pag. 17-26)**



## PANÓPTICO

---

### *Efectos colaterales*

Como seguramente recordareis hace poco más de un año, el Colegio de Médicos de Madrid abrió un expediente disciplinario contra Alberto Fernández Liria y Ángel Sanz Aíz (respectivamente Coordinador de Salud Mental y Gerente de Atención Especializada del Área 3). En él se pedía una sanción de hasta un año por "permitir y promover el intrusismo profesional" lo que se hacía en base a una consideración sobre la posible ilegalidad de las funciones que en esa área y en prácticamente todas las de Madrid, constituye la práctica habitual de los psicólogos integrados en los equipos interprofesionales de los centros de salud mental, suscitada por un conflicto entre profesionales a la hora de asignar turnos para las vacaciones de verano en el Centro de Salud Mental de Torrejón de Ardoz.

La AMSM reaccionó entonces, como otras asociaciones y entidades, denunciando el intolerable intrusismo del Colegio en materias que, en todo caso, son competencia exclusiva de la Administración y se dirigió a ésta, sin gran éxito por cierto, pidiéndole una actitud clara y enérgica ante tal atropello.

Desde entonces, el Colegio de Médicos, a través del Juez Instructor, ha estado practicando pruebas y pidiendo testimonios a profesionales de esa área, con un celo y un dispendio de recursos (financiados por los médicos obligados a pertenecer a esta obsoleta institución y a pagar por ello) verdaderamente digno de mejor causa.

Según parece, después de toda la algarada, en el pliego de cargos definitivo dictado por el Instructor, de los supuesto no hay nada, aunque el Colegio se mantiene en sus trece respecto a su pretensión de considerar que la organización de las vacaciones en los servicios públicos se cuenta entre sus competencias, y en su afán de poner en cuestión el buen nombre de los encausados precisamente por las mismas razones por las que han contribuido a que un área que cuenta con una cantidad de recursos muy por debajo de la que le correspondería por su población, preste a esa población un servicio que podría calificarse de ejemplar.

Es difícil interpretar los hechos. Una hipótesis es que se trata de un efecto colateral de la Guerra de Irak. Como algún socio ha apuntado, a lo mejor, para los instigadores de este desaguisado, no es bueno impedir que hagan trabajo clínico, profesionales que han mantenido una posición de izquierdas, en un momento en el que la derecha de Malta y del chapapote puede perder el poder. No vayan a acabar teniendo que dedicarse a organizar servicios.

### *El desorden en su nombre*

Recientemente ha cambiado el nombre del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, por el de Hospital Psiquiátrico José Germain. Un cambio de nombre que no esconde la intención de reconvertir estos servicios en un hospital psiquiátrico convencional, separando los centros de salud mental y la unidad de hospitalización breve, que se integrarían en la atención especializada de área, en contra de la opinión de la Comisión de Asistencia del Instituto y del coordinador de Psiquiatría y Salud Mental de esta área sanitaria. El nuevo organigrama intenta reproducir el esquema de un gran hospital general, rompiendo una organización participativa que integraba orgánicamente desde los pisos supervisados hasta la urgencia hospitalaria. Este cambio se propone a pesar de que las actividades desarrolladas en la red no han cambiado, y tampoco lo ha hecho el personal asistencial que las lleva a cabo. El intento es impedir la integración de esta red de servicios de salud mental en la Gerencia de Atención Especializada, tal como estaba previsto, como un Instituto o Unidad de Gestión Clínica. Los servicios de salud mental del área 9 han demostrado la viabilidad de una gestión integrada de TODOS los dispositivos necesarios para la asistencia psiquiátrica, y así, como bien sabe el Sr. Consejero, ha sido reconocido por organizaciones internacionales, como la OMS.



## *La atención a niños y adolescentes*

Reflexionar sobre la atención a la salud mental de niños y adolescentes parece casi un tema retórico. La cuestión que aparece en primer plano es ¿ha cambiado algo?. La contestación, en términos generales, a tal pregunta es que siempre que algo funciona de forma deficitaria no permanece igual sino que empeora.

Es de todos sabido que la demanda en niños y adolescentes se ha doblado mientras que los recursos a nivel ambulatorio, que no comunitario, permanece prácticamente igual desde 1998. Se ha doblado no solo el número, sino la complejidad de los casos que requieren, cada vez en mayor medida, la coordinación y abordaje múltiple desde diversos dispositivos, sociales, educativos, judiciales, etc. El equipo básico todavía está abierto a que atienda varios distritos y sigue sin aclararse que tenga dedicación total a niños y adolescentes, por lo que los profesionales pueden seguir atendiendo también adultos. La cobertura de las necesidades asistenciales en niños y adolescentes sigue siendo subsidiaria de la de los adultos. Nos encontramos, además, con la insuficiencia crónica de hospitales de día, 65 plazas en la actualidad para toda la comunidad de Madrid. Lo que incrementa las dificultades de derivación de casos graves, así como la delimitación de los tiempos de estancia, que dependen del aumento cada vez mayor de las listas de espera y no tanto de las necesidades del caso; sin olvidar los problemas de coordinación con los dispositivos ambulatorios. Las unidades específicas de ingreso hospitalario, a pesar de que en principio son suficientes, tienen también otros problemas. No voy a extenderme sobre las irregularidades de la Unidad del Niño Jesús, que siguen sin resolverse, pero ambas tienen también problemas de coordinación con los dispositivos de área y en ocasiones sus indicaciones al alta son absolutamente dispares con las líneas que se están trabajando desde el equipo de distrito. Lo cual pone en tela de juicio un principio básico en el que debería apoyarse todo modelo comunitario, la continuidad de cuidados. Siguen un modelo excesivamente hospitalocéntrico y derivado de las unidades de agudos de adultos o del abordaje de los trastornos de alimentación.

En esta situación la realidad cotidiana es que contamos, casi exclusivamente, con los recursos ambulatorios para atender todo tipo de casos. La impotencia ante graves trastornos del comportamiento, trastornos borderline, trastornos del desarrollo con síntomas psicóticos, etc. hace que se incrementen los abordajes farmacológicos, los ingresos hospitalarios, a pesar de saber que al alta el caso no va a mejorar, la realización de derivaciones inadecuadas o en momentos de crisis a hospitalización parcial, etc. Es decir se resiente de forma importante la calidad asistencial. Ante todos estos problemas la línea que marca el nuevo plan de salud mental no tiene nada que ver con el modelo comunitario, por más que se menciona una y otra vez a lo largo del mismo. La línea de nuevo es hospitalocéntrica, nada de aumento de recursos en los equipos para reforzar y mejorar el trabajo en la comunidad, afianzar la coordinación, apoyar el trabajo domiciliario, sostener la contención de casos graves, etc.; el refuerzo es crear un dispositivo de media estancia, todavía sin delimitar ni aclarar. No cuestiono que no sea en estos momentos necesario, solo señalo que esta solución está muy lejos del trabajo en la comunidad. Los tratamientos de psicoterapia son absolutamente precarios debido a la falta de tiempo, en ocasiones apoyados en la buena voluntad de los profesionales, media hora cada quince días en el mejor de los casos, cada vez es más difícil la realización de psicoterapias de grupo, psicoterapias combinadas, etc. Nos hemos convertido en dispensadores, de fármacos, de consejos y recomendaciones. No se hace ningún tipo de trabajo de prevención y mucho menos de promoción, en un campo donde todos los expertos saben que es absolutamente imprescindible; y así sucesivamente.

Finalmente que decir de la situación de los profesionales, totalmente desmotivados, quemados. Hay que considerar que hemos tenido que ir renunciando a lo largo del tiempo a muchos de nuestros planteamientos teóricos y técnicos, ante la abrumadora presión asistencial. Cada uno a nivel personal lo ha ido resolviendo como ha podido, pero es claro que hay unos principios mínimos, en última instancia éticos, sin los cuales es imposible trabajar. Tendremos que renunciar también a ellos?.



## *Más efectos colaterales*

En plena Semana Santa y dando a los posibles candidatos un plazo de 10 días para presentar una memoria, se convocó la Plaza de Jefe de Servicio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón a la que concursa, entre otros el actual director de la Oficina de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid. Unos días después otro ex-miembro de esa Oficina, con un contrato laboral recién estrenado, aterriza como Jefe de los Servicios de Salud Mental de Retiro, también en el área 1.

Es cierto que antes de la catástrofe del Prestige fuera difícil predecir que el Partido Popular pudiera perder las elecciones y haya habido poco tiempo para prepararse para tal eventualidad. Pero con cosas tan importantes para el futuro de la asistencia en Madrid, hubiera sido bueno que se guardaran un poco las formas.

## *Plazas de nueva creación del INSALUD*

Efectivamente, el IMSALUD está funcionando exactamente igual que el INSALUD, esto es, aparte del "amiguismo" que es inevitable y ya estamos acostumbrados, lo más grave es la absoluta falta de información con respecto a plazas vacantes, ya sea por una baja temporal o por una interinidad. Lo mismo está ocurriendo con respecto a las plazas de nueva creación. En algunos casos se ha producido incluso una desinformación, en el sentido de que se ha proporcionado una información contradictoria.

En la Comunidad de Madrid existe un número de teléfono en el que informan de cualquier plaza que ha quedado vacante por el motivo que sea y con independencia del área sanitaria de que se trate. Sin embargo, en el IMSALUD no existe dicho número de teléfono. Los pocos privilegiados que se han enterado de que se han convocado plazas de nueva creación para psiquiatras y psicólogos han sido aquellos que tienen buenos contactos en alguna de las áreas sanitarias, ya que la única acción que ha llevado a cabo el IMSALUD, además de colgar la información en el tablón de convocatorias del hospital correspondiente, ha sido hacer llegar a los SSM una circular en la que se informaba de la próxima convocatoria de plazas de nueva creación para psiquiatras y psicólogos, instando a los diferentes profesionales que trabajan en los mismos a dar a conocer dicha información.

Para aquellos pocos privilegiados que han tenido la suerte de conocer la existencia de dicha circular gracias a sus contactos, deben de enfrentarse a una nueva prueba de oscurantismo: una vez conocidas las áreas sanitarias que han convocado plazas, han de ponerse en contacto con la gerencia de atención especializada de cada área, situada en alguno de los hospitales de referencia de la misma. En algunos hospitales se ha de contactar directamente con dirección médica y en otros con personal, aunque en cualquiera de los dos casos la información que nos van a proporcionar va a depender de quién coja el teléfono o de vaya usted a saber qué, de forma que dos personas que hayan llamado en distintos días, e incluso en el mismo día, pueden haber obtenido informaciones totalmente diversas: a una de ellas le pueden haber informado de que el plazo para presentar la solicitud ya ha terminado, mientras que a la otra le pueden haber dicho que puede enviar su currículum porque todavía está abierto el plazo. Se ha llegado a dar el caso de que la información transmitida por teléfono era que el plazo finalizaba un determinado día, y tres semanas después seguían aceptando currículum. Incluso en algunas áreas se están aceptando currículum no porque en registro tengan constancia de que las plazas han sido ya convocadas, sino porque suponen que debe de ser así ante la afluencia de gente que se presenta para entregar su documentación.

## *Del desarrollo del plan de salud mental*

Todos conocemos que entre las principales apuestas del nuevo Plan de Salud Mental están el aumento de la financiación del capítulo I (recursos humanos) y el desarrollo de un nuevo programa de continuidad de cuidados para los enfermos crónicos. Nos hemos enterado que en el Centro de Salud Mental de Salamanca ya han tomado las primeras medidas y se ha amortizado la plaza de una enfermera jubilada en Mayo de 2002 y no se ha cubierto la liberación completa por horas sindicales de una trabajadora social. Aunque el Plan en su redacción parecía poco explícito y vago en la planificación de actividades, es muy tranquilizador comprobar que ya se están llevando a cabo actuaciones concretas y con rapidez.



## *Recalificación de los puestos de trabajo de los psicólogos que trabajan en la red de salud mental de la comunidad de madrid*

En las últimas semanas se están produciendo negociaciones con la administración para reclasificar los puestos de trabajo que ocupan los psicólogos que trabajan en la red de salud mental de la Comunidad. Esto se produce a raíz de la promulgación del decreto que reconoce la especialidad de psicología clínica y el posterior reglamento que regula su articulación. Estas reglamentaciones determinan la necesidad de que psicólogos "generalistas" que ocupan puestos dependientes del SERMAS o del IMSALUD pasen a ocupar puestos de trabajo clasificados como especialistas con el consiguiente reconocimiento de funciones y de retribución acorde con otros profesionales sanitarios especializados. Al ser dos las entidades contratantes (SERMAS o IMSALUD) los procedimientos de recalificación llevan dos procedimientos diferenciados: con el SERMAS a través de la Dirección de Recursos Humanos y con el IMSALUD se ha elaborado el estudio correspondiente de psicólogos que ocupan plazas asistenciales (se espera que antes del 25 de mayo salga una resolución para hacer efectiva la normativa que plantea la reclasificación de los psicólogos como Feas).

## *Aprobación del "plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica" de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid*

El pasado 8 de Mayo se aprobó por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid el "*Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica*" para el período 2003-2007. Este plan prevé el crecimiento y ampliación de la red de recursos sociales para personas con trastornos mentales graves que desde el año 1988 se viene desarrollando como complemento a la red de salud mental de la Comunidad de Madrid. Las novedades más significativas de dicho plan es la previsión de crecimiento de recursos que se establece hasta el año 2007 y el desarrollo de algunos nuevos programas y recursos que intentan completar la red existente para atender a nuevas necesidades del colectivo y sus familiares. Entre estas novedades cabe destacar la creación de equipos de apoyo social comunitario para facilitar la atención domiciliaria y el mantenimiento en el entorno de las personas con trastornos mentales graves, la puesta marcha de Centros de Día para personas con necesidades de apoyo social continuado, el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización social y reducir el estigma del colectivo, un plan de formación e investigación en el campo de la rehabilitación, el apoyo al movimiento asociativo, etc.

La ampliación de la red de recursos existen es otro de elementos centrales del Plan. Se contempla la creación de 13 nuevos centros de rehabilitación psicosocial, 22 centros de día, 15 equipos de Apoyo Social Comunitario, 11 nuevos Centros de Rehabilitación Laboral, 570 plazas nuevas de MiniResidencia, 60 nuevos pisos supervisados (250 nuevas plazas) y 40 nuevas plazas supervisadas en pensiones. Este crecimiento supondrá un incremento presupuestario para el período 2003-2007 de algo más de 34 millones de euros quedando previsto un gasto total en el programa en el 2007 de 44 millones de euros.

En un próximo número del boletín haremos un análisis en profundidad y crítico sobre este plan.



## Las relaciones con la industria farmacéutica

En los últimos meses estamos asistiendo a un intento de regulación de la visita médica de los representantes de la industria farmacéutica y se están tomando algunas medidas al respecto en la Comunidad de Madrid. En lo que respecta a nuestra especialidad, sabemos que desde hace más de 10 años (desde que aparecieron los ISRS y posteriormente con los nuevos antipsicóticos y antidepresivos) la industria farmacéutica no ha reparado en gastos a la hora de hacer prebendas a los psiquiatras con el objetivo de dar a conocer sus productos y obtener el máximo beneficio de sus ventas. La pasividad de la Administración en el compromiso de la formación continuada de sus profesionales y en su incentivación ha dejado el campo libre a la industria farmacéutica para hacerse cargo de estos aspectos y realizar generosas inversiones en materia de docencia (a través de congresos y cursos principalmente y sobre todo de contenido biologicista, como es lógico), investigación (encaminada, a través de ensayos y pseudoensayos clínicos, a promocionar sus productos) y en regalos directos que van desde bolígrafos hasta ordenadores portátiles o viajes exóticos (aunque bajo la apariencia de "material para investigación" o "congresos"). La industria farmacéutica está formada por multinacionales privadas que, si de algo saben, es de negocios y mercado y todas estas inversiones las están recuperando de forma multiplicada con la venta de sus productos a través de las prescripciones de los médicos, lo que está disparando de esta manera el gasto farmacéutico.

La aprobación de una ley que regule la visita médica nos parece una excelente noticia porque el que haya un horario y unos días concertados puede permitir que tanto psiquiatras como visitantes puedan organizarse mejor su tiempo e impedir que se acumulen en la sala de espera los pacientes programados, las urgencias y los representantes esperando innecesariamente. El hecho de que la visita sea conjunta también puede contribuir a que la relación con la industria sea más transparente. Lo que uno se pregunta es cómo se va a lograr que esta regulación salga adelante y se haga verdaderamente efectiva.

El otro elemento que se ha sumado a esta nueva normativa es controlar qué psiquiatras acuden a los viajes de reuniones de promoción de los psicofármacos y desde el Departamento de Salud Mental se envían faxes a los servicios de salud mental pidiendo "listas negras", lo que se está viviendo como un auténtico hostigamiento. Unas veces tanto y otras tan poco. Es cierto que el médico, en este caso los psiquiatras, nos encargamos de gestionar dinero público a través de nuestras prescripciones y en este sentido tenemos que ser controlados como cualquier otro cargo administrativo. Si recibimos de la industria farmacéutica "ayudas para nuestra formación e investigación" por desempeñar el cargo público que tenemos, estas deberían conocerse y ser públicas para que la relación fuera transparente porque si no tal vez se podrían entender como sobornos y entonces ya estaríamos hablando de un delito. Sin embargo, da la impresión de que todas estas actuaciones para regular la relación con la industria farmacéutica y el gasto únicamente afectan a los de abajo, a los médicos y visitantes. Es el Ministerio de Sanidad el que pacta con la industria farmacéutica la aprobación de las nuevas medicaciones (muchas de ellas sin que aporten nada nuevo) a precios exorbitantes y sin regular y controlar debidamente sus indicaciones, es la Consejería de Sanidad la que se desentiende de la formación continuada de sus profesionales (de incentivos ya ni hablamos)... ¿Por qué no se toman medidas a todos los niveles? Así, lo único que se está consiguiendo es culpabilizar al médico y al visitante de una trama mucho más compleja y avivar el sentimiento de ser maltratado por la Administración.

Resulta que la actual Ley del Medicamento, de 1990, prohíbe *expresamente el ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración o a sus parientes y personas de su convivencia*. ¿Por qué nadie se ha molestado en hacer cumplir esta ley en estos trece años?

Sería una buena noticia para todos (médicos, industria farmacéutica y Administración) que los presupuestos que maneja la industria para la formación de los médicos se gestionara de forma pública y transparente y que se borrara la sombra de corrupción que se cierne sobre esta relación. Si la Administración delega la financiación de la formación de sus profesionales en la industria farmacéutica, se debería ocupar al menos de garantizar unos contenidos más plurales y de que llegaran a todos por igual y no sólo a los médicos. Probablemente admitir y liderar este movimiento es más complicado que confeccionar listas negras.



## Genética y Psiquiatría

Aunque sabemos que hay mucho escéptico que no confía en los avances de la genética, estamos convencidos de que la secuenciación del genoma humano podrá por fin determinar los genes implicados en uno de los fenómenos psiquiátricos más curioso de los últimos tiempos. Todos sabemos que los psiquiatras hijos de catedráticos están abocados a correr la misma suerte que sus progenitores e ingresar en la Universidad más tarde o más temprano. El año pasado, sin ir más lejos, en Madrid se registraron otros dos nuevos casos. Pero, ¿alguien se ha preguntado qué poderoso gen media en este proceso? Afortunadamente los catedráticos no alumbran tantos psiquiatras como para que este fenómeno alcance proporciones epidémicas, pero el determinismo genético es tan intenso que es imprescindible estudiarlo. Sería peligroso, por otra parte, caer en la ingenuidad y atribuir únicamente a la dotación genética un fenómeno de este tipo. De hecho, no podemos soslayar la influencia del ambiente y admitir que, tras el parentesco de primer grado, los "hijos adoptivos" son los siguientes en sumarse a este destino. Se trata de un tema, en cualquier caso, de vanguardia científica y que podría constituir una magnífica tesis doctoral. ¿Alguien tiene alguna hipótesis?

## HEMOS LEIDO

### Competencias legales de los psicólogos clínicos

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003; 85

C. Escudero, M<sup>a</sup> Luz Ibáñez, G. Larraz, P. Pascual, C. Penedo y P. de la Viña se encargan de presentar en este número el informe que reúne los resultados del año para analizar las competencias de psicólogos clínicos y pronunciarse sobre ellas.

Sin dejar de recordar el significado ideológico que determinadas interpretaciones del tema han denotado al intentar anular uno de los elementos básicos del modelo comunitario de atención (el trabajo interdisciplinario) a favor de la vuelta al "viejo orden médico", repasan decretos, dictámenes judiciales, normativas internacionales y demás documentos que, antes y después de la aprobación del decreto de la Especialidad de Psicología Clínica, han incluido referencias significativas.

Se reúnen datos y las conclusiones del grupo sobre la realización de diagnósticos clínicos y evaluaciones; la responsabilidad sobre los tratamientos; la intervención en informes periciales judiciales, informes de IVEs, etc; indicaciones de ingresos y altas hospitalarias; bajas y altas laborales e incapacitaciones; incapacitaciones legales; participación en jefaturas y coordinaciones de servicios y equipos.

### Las ONGs católicas con fines confesionales copan las subvenciones del estado

Las sotanas "humanitarias" del PP  
Le Monde Diplomatique.  
Enero 2003 (24-25)

Mariano Sánchez Soler, autor de una publicación sobre el tema ("Las sotanas del PP. El pacto entre la iglesia y la derecha española". Ed. Temas de Hoy) denuncia en este artículo la manera en la que el Estado,

desde que es Gobernado por la derecha del PP, ha posibilitado otra vía de financiación de la Iglesia Católica mediante la transformación en ONGs de organizaciones "laicas" (ej.: Mensajeros de la Paz, cuyas sedes, visiblemente presididas por vírgenes con flores y fotos de Fundadores en sotana, se comparten con asociaciones anti abortistas como Pro Vida y que albergan despachos "simbólicos" desde donde realizan apostolado las esposas de los gobernantes -Ana Botella y M<sup>a</sup> Eulalia Miró, esposa de Álvarez del Manzano- en el mas rancio estilo "Primera Dama" que no trae precisamente buenos recuerdos). Aparte de "ranciedades" y "confesionalidades", lo preocupante del tema es que estas ONGs se están concertando cada vez más para ocuparse de asuntos tan esenciales para la población como programas de exclusión social, asistencia a discapacitados, drogodependientes, etc.



**No more free lunches  
Who pays the lunch?**  
BMJ 2003; 236

---

El número de mayo del British Medical Journal dedica varios de sus artículos a la relación de los médicos con los representantes de la Industria Farmacéutica. Uno de los estudios llama nuestra atención sobre una falsa creencia que los médicos tene-

mos acerca de nuestra integridad, demostrando que los médicos que reciben más a los visitantes son más proclives a hacer prescripciones innecesarias y a recomendar o aceptar peticiones de los pacientes de fármacos nuevos. En los diferentes artículos, entre los que no faltan los que defienden o matizan las críticas a los laboratorios, se discute y se proponen formulas y códigos de relación con los

representantes, se señala la influencia sobre los especialistas en formación y dan cuenta de experiencias de instituciones como la Universidad de California donde han sido prohibidos los almuerzos pagados por los visitantes o del nuevo juramento hipocrático que impide aceptar regalos, dinero o hospitalidades calificadas de "extravagantes" en alguno de los artículos.



## ANUNCIOS Y CONVOCATORIAS

### BECA MIGUEL ÁNGEL MARTÍN VI BECA DE INVESTIGACIÓN ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

#### BASES

##### 1. Temas

- Los proyectos de investigación serán de libre elección en contenidos y metodología científica, pero siempre referidos al campo Asistencial-Público de Salud Mental en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

##### 2. Aspirantes

- Podrá optar cualquier profesional de la salud mental que trabaje en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
- Los proyectos tendrán un Coordinador de referencia.
- Al menos 1/3 de los firmantes de cada proyecto serán Especialistas en Formación (M.I.R. / P.I.R.)

##### 3. Jurado

- Composición: el Jurado, que será designado por la Junta de Gobierno de la A.M.S.M., estará compuesto por tres profesionales de la salud mental con relevancia contrastada y que no ejerzan su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
- Un miembro de la Junta de Gobierno de la A.M.S.M., designado por ésta, asumirá como Coordinador Técnico los aspectos organizativos y de apoyo administrativo al Jurado; ejerciendo así mismo como Secretario sin derecho a voto.

##### 4. Beca

- Número y cuantía: se convoca una beca de 3.000 euros, destinada a financiar / premiar el desarrollo de un proyecto de investigación.
- Forma y condiciones de cobro: el pago se fraccionará, ligado al desarrollo real del proyecto becado, ejerciéndose por el Jurado el seguimiento de dicho desarrollo. Caso de que no se realice, parcial o totalmente, la investigación becada, no se efectuará el pago

correspondiente. Se establecen en tal sentido tres fracciones de percepción de la beca en los siguientes momentos y cuantías:

- 1ª) Al fallo del Jurado: 600 euros.
- 2ª) En un momento intermedio, fijado por el Jurado según los contenidos del proyecto: 1.200 euros.
- 3ª) Al finalizar el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: 1.200 euros.

##### 5. Plazos

- 1º) Admisión de los Proyectos Investigación: hasta el 22 de Abril de 2003.
- 2º) Fallo del Jurado: en acto público a desarrollar durante las XIII Jornadas Anuales de la A.M.S.M. (22 y 23 de Mayo de 2003).
- 3º) Finalización y entrega de los trabajos de investigación: Junio de 2004; presentándose en el VII Congreso de la A.M.S.M.

##### 6. Otros requisitos y condiciones

- Los proyectos se enviarán por cuadriplicado y soporte informático a la sede de la A.M.S.M.: C/ Villanueva 11, bajo el siguiente epígrafe que se hará constar en el sobre: "Beca de Investigación A.M.S.M."
- A la finalización del trabajo, los autores se comprometen a entregarlo por escrito y en soporte informático, para su posible publicación.
- Los trabajos de investigación quedarán como material científico de la A.M.S.M.
- En el uso que la A.M.S.M. pudiere hacer de ellos siempre se referenciará a los autores y su condición de becados. A su vez, los autores también referenciarán dicha condición en el uso particular que hagan de los trabajos.
- Si fuere de interés para los autores, se propiciará la publicación de los trabajos en la "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría".

## TALLER SOBRE LA FAMILIA DE ORIGEN DEL TERAPEUTA

### ORGANIZADOR

Taller satélite de la ?? Jornada de la AMSM

### PONENTES

Alberto Espina Eizaguirre: Psiquiatra. Psicoterapeuta.  
Ex-director del Master de Terapia Familiar  
y de Pareja de la Universidad del País Vasco.  
Coordinador de la Unidad de Salud Mental  
Infanto-Juvenil de Torremolinos, Servicio Andaluz  
de Salud.

### PROFESIONALES

#### A LOS CUALES SE DIRIGE EL CURSO

Psicoterapeutas, psiquiatras,  
psicólogos y otros profesionales de la salud mental.

### CONTENIDO

Taller experiencial en el que mediante técnicas  
psicodramáticas se exploran las relaciones familiares  
del terapeuta, con vistas a mejorar su comprensión

de su sistema familiar para discriminar mejor  
las problemáticas familiares de sus pacientes  
y poderles ayudar más "objetivamente".

### FECHAS

Primer taller: Viernes, 10 de octubre, de 16 a 21 horas.  
Segundo taller: Sabado 11 de Octubre de 9 a 14 horas.

### LUGAR

Por confirmar.

### DURACIÓN

5 Horas.

### NÚMERO DE PLAZAS

30 (15 por taller).

### PRECIO

Por confirmar.



## EN OTRO CONTEXTO

### *La influencia de la práctica clínica en la vida personal del terapeuta*

A lo largo de nuestro entrenamiento como terapeutas y de nuestra práctica clínica, estamos acostumbrados a cuidar y a aprovechar al máximo las posibilidades que nuestro estilo, nuestra forma de ser, nuestras emociones ofrecen para potenciar el cambio terapéutico o, al menos, para no obstaculizar dicho cambio. La literatura sobre psicoterapia se ocupa del impacto que la terapia tiene sobre la resolución de los trastornos de nuestros pacientes. Sin embargo, poco se ha dicho y poco se advierte a aquellos que se inician en esta profesión, sobre el impacto que la práctica clínica tiene en la vida personal del terapeuta. Este tema es el que quiero introducir en mi exposición.

Nuestra profesión como terapeutas nos exige centrarnos en las necesidades de otras personas, para intervenir con ellas en los problemas de su existencia. Durante nuestro entrenamiento como terapeutas, se nos dice, sea cual sea el modelo de referencia, que hemos de captar, las necesidades de nuestros pacientes, sin absorber el impacto que ello produzca en nosotros.

De esta forma, el interés se ha centrado en fomentar el papel del terapeuta como técnico, descuidándose en el ámbito de la investigación y la discusión en los foros profesionales, la influencia que nuestro trabajo tiene sobre nosotras, las terapeutas, como personas.

Este es el tema que me propongo traer a reflexión en lo que sigue de esta exposición. Y lo voy a hacer centrándome en cuatro puntos fundamentales a manera de introducción:

1. Esta profesión.
2. Quiénes llegamos a esta profesión.
3. Riesgos de esta profesión para la persona que la ejerce.
4. Posibilidades de desarrollo para la persona que la ejerce.

#### **1. ESTA PROFESIÓN**

Si ser terapeuta fuera lo mismo que ser arquitecto o fontanero o albañil o abogado, sobraría este apartado. Si parece que merece la pena hablar de las características de esta profesión que la hacen diferente de otras, muchas es porque conlleva, por su propio desempeño,

riesgos y posibilidades de desarrollo personal para aquel que la ejerce con implicación.

Creo que estaríais de acuerdo conmigo si iniciamos esta breve reflexión sobre una descripción de lo que hacemos. El terapeuta pasa muchas horas escuchando e interviniendo en la vida de personas, parejas, grupos y familias. Pasó ya el tiempo de considerar la psicoterapia como una técnica cuyos profesionales llegan a la sala de terapia, intervienen y se van. Un terapeuta así, está más cerca de la imagen de un carpintero o de un técnico en circuitos informáticos, que, después de intervenir en el asunto de su trabajo, no se modifica por ello.

Se habló también del terapeuta como traductor de la vida de la otra persona, poseedor, para ello, de unas claves, de traducción, que aportaba desde su posición de experto. Pero hoy, sabemos, que ni la lectura del texto a traducir es una lectura neutral.

El terapeuta, como facilitador de cambios, preferidos por el o la paciente, mantiene una relación que es una relación participativa, basada en una *actitud de flexibilidad* por parte del terapeuta, que no tiene por qué corresponderse con otra igual por parte del paciente.

La terapeuta mantiene una relación que no es directiva, pero no por eso ha de ser una relación pasiva. El terapeuta mantiene un *rol activo*. Una de sus responsabilidades más importantes será la de establecer y mantener durante todo el proceso una *relación exploratoria*. Por exploratoria entendemos una relación marcada por una actitud de *curiosidad activa*, que le lleva a hacer preguntas, como método fundamental para acceder a la experiencia interior del otro.

Toda esa actividad se canaliza a través de una relación, en la que el terapeuta es capaz de transmitir interés genuino por los problemas del paciente.

De ese modo, la terapeuta no es neutral. Intentarlo la llevaría a mantener una relación de mayor distancia emocional con su paciente. La idea de neutralidad, lleva implícita la posibilidad de ocupar una posición de observación fuera de aquello que es observado.

El terapeuta no es el dibujante que se coloca encima de una montaña intentando plasmar un mapa del territorio



que dibuja. Ni siquiera este hipotético dibujante puede hacer un mapa que no diga cosas de sí mismo y de su estilo personal de dibujar. Pero en psicoterapia no es posible mantener una actitud de neutralidad, tal como la entendieron los primeros terapeutas, porque esa excluye la implicación emocional del terapeuta e incluye la búsqueda de una realidad, fuera del ojo del que la observa.

La terapeuta es la *abogada del paciente*. Para mantener una relación como la descrita, el terapeuta ha de poder empatizar con la posición de la paciente y comprenderla, al mismo tiempo que es capaz de reflejarle una imagen positiva de sí misma.

Para hacerlo, el terapeuta se esfuerza en encontrar una intención positiva detrás de la conducta de la pauta problema.

La práctica de la psicoterapia tiene la peculiaridad de servirse de la persona del terapeuta como uno de los factores claves para propiciar el cambio. Si la relación entre paciente y terapeuta es una de las dimensiones más frecuentemente citadas en la investigación de proceso en psicoterapia, para justificar los resultados, parece imprescindible, además de un entrenamiento en técnicas o intervenciones que fomenten una alianza de ayuda con el paciente, trabajar también sobre las emociones y sentimientos que la terapeuta como persona puede sentir en el curso de la terapia. Hacer esto puede tener el efecto de mejorar nuestra capacidad terapéutica además de cuidar a la persona del terapeuta.

## 2. QUIENES LLEGAMOS

### A LA PRÁCTICA DE ESTA PROFESIÓN

Llegar a convertirse en psicoterapeuta puede deberse, como todo en la vida, a múltiples circunstancias, muchas de ellas azarosas o de restricción de otras posibilidades, pero llegar a la práctica de psicoterapia por deseo o afición es un camino diferente al de otras profesiones. Dice Raskin (1978) que el proceso por el que se llega a convertirse en psicoterapeuta compromete a todo el ser y pesa sobre la personalidad misma. El proceso de formación en psicoterapia incluye mucho más que el entrenamiento en técnicas y habilidades y el logro de una pericia de conocimientos. El proceso de autoconciencia, la capacidad de escucha empática, la aceptación de múltiples versiones de la realidad... obliga al futuro terapeuta a salir al encuentro de sus propias vulnerabilidades y al reconocimiento de las peculiaridades que su contexto de trabajo tiene con los riesgos y beneficios que supone para la mayoría de los profesionales.

Pero antes de iniciar el camino de la formación, parece que los factores que intervienen en la elección de este trabajo son:

- A) Propensión a lo psicológico, es decir un rasgo que conlleva la disponibilidad a reflexionar sobre la significación y la motivación de la conducta, los pensamientos y los sentimientos que uno mismo abriga y también los demás (Farber, 1985). Después la naturaleza misma de la formación va a intensificar este rasgo. Esto no solo va a afectar a su trabajo, sino que también influye sobre su vida y sus relaciones privadas.
- B) Búsqueda de reconocimiento y prestigio: Muchos ven en los terapeutas personas que pertenecen a una clase especial de individuos capaces de compartir y absorber gran parte del dolor y el sufrimiento humanos sin que, aparentemente se vean afectados por muchos efectos negativos (Gay, 1987)
- C) Curiosidad: que se refleja en la atracción por el mundo de lo interpersonal, en vez de lo impersonal.
- D) Propensión a dedicarse al cuidado del otro. Lo que se manifiesta en características como la empatía, la capacidad de escuchar, la comprensión emocional o la negación de las propias necesidades en favor de las de los demás.

Los anteriores son algunos de los muchos factores que se han citado para explicar la elección de esta profesión

### 3. RIESGOS PARA EL TERAPEUTA

Los terapeutas se ven sometidos a un contexto especial, el de la terapia, que conlleva, para casi todos ellos, una serie de riesgos propios de ciertas situaciones especiales. Pero cada persona que ejerce como terapeuta también trae a la terapia sus propias vulnerabilidades o partes reconocidas o no de sí misma que, quizás se pongan de manifiesto por primera vez en el contexto terapéutico o se potencien gracias a él.

El interés de reconocerlas es el de poder utilizarlas cuando supongan recursos añadidos en la terapia o al contrario, el de evitar su emergencia cuando puedan suponer una dificultad para el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Vulnerabilidades del terapeuta:

A veces la persona elige el trabajo de ayudar a los demás en los conflictos de la vida, como forma de aprender cómo hacerlo en la suya propia. De esta forma, al mismo tiempo que se coloca en el terreno de riesgo de sí mismo como persona, lo hace a través de la persona del paciente interpuesta entre ella y sus circunstancias temidas.



Otras veces es la relación con los demás lo que se busca en la práctica terapéutica como forma de romper con sentimientos de soledad y aislamiento.

La práctica de la psicoterapia puede también ofrecer a un terapeuta inseguro de su valor personal, el contexto en el que adquiere un sentimiento de poder personal y de influencia sobre la vida de los demás. La idealización que fácilmente, hace el paciente de su terapeuta, puede acrecentar en este una sensación de omnipotencia que calme sus propios miedos e inseguridades.

También la práctica de la psicoterapia puede ser vista como una solución aceptable o un compromiso cuasiadaptativo, para la necesidad de expresión de ternura y amor de otros terapeutas, que buscan en su trabajo la satisfacción de esa necesidad. Muchos de ellos podrían ver en esa transmisión de afecto y cariño el principal factor curativo de su profesión. El riesgo de caer en actitudes muy megalománicas o narcisistas que puedan llegar a "explotar" a los pacientes al servicio del ego del terapeuta es fácil. Serían aquellos que caen en la "necesidad de ser necesitados".

Las anteriores son algunas de las circunstancias que con más frecuencia se citan en la literatura y que representan riesgos que proceden de las peculiaridades individuales del terapeuta. Efectivamente cada una de ellas puede ser vista como una desviación de otras circunstancias personales que podrían suponer valores positivos a desarrollar para la terapia. Así por ejemplo, el terapeuta que se ayuda de los pacientes para afrontar sus propios miedos, puede ser un terapeuta más tolerante y menos intimidatorio para personas muy inhibidas, el que necesita expresar ternura puede tener una gran capacidad para la empatía o el que busca reconocimiento puede ser más sensible a esa necesidad en otras personas.... Lo que he destacado aquí, sería la otra cara de la moneda la de la interacción negativa entre las dimensiones personales del terapeuta y la práctica clínica.

Pero esta práctica, por sí misma puede ser para cualquier terapeuta, y para cualquier persona, un contexto de riesgo por sus propias características:

A) En este sentido destacaría el aislamiento como uno de los riesgos potenciales más importantes en la práctica de nuestra profesión. Cuando yo pienso en lo más duro de los años pasados en un centro de salud mental y cuando le pregunto a mis compañeros creo que llegamos con frecuencia al acuerdo de que el aislamiento es uno de los factores que hacen más duro el trabajo y que generan más desgaste al terapeuta. El aislamiento empieza por un

aislamiento de entorno físico, la soledad del despacho con un paciente tras otro, sigue con las escasas oportunidades de interacción con otros colegas, la presión del tiempo en las agendas saturadas de citas. El aislamiento que produce la propia confidencialidad de la interacción con el paciente. Con frecuencia este aislamiento emocional y psicológico afecta a las relaciones personales con familia y amigos.

La sesión psicoterapéutica en la que, como señala Greben (Gay, 1978) "dos personas se concentran en explorar los pensamientos y sentimientos más íntimos y ocultos de una de ellas" puede producir una sensación intensa de aislamiento emocional. Una regla general es la abstinencia en la información sobre aspectos personales del terapeuta y el control de sus propias emociones. Es decir el terapeuta ha de centrarse en las emociones, pensamientos y sentimientos de sus pacientes, al mismo tiempo que relega o controla los suyos propios.

El aislamiento emocional del terapeuta se puede ver agravado por la idealización frecuente que el paciente puede hacer de él o de ella. Esta idealización puede convertirse en una carga más, que no solo viene por parte de sus pacientes sino del entorno social. Con frecuencia la sociedad ve en el terapeuta al que ha de representar la encarnación de la serenidad y la salud mental, el que ha de colocarse siempre del lado de cuidar y escuchar las emociones de los otros, con lo que supone de alejamiento emocional de nuevo.

Otras veces es la descalificación o las conductas agresivas de los pacientes o de un entorno social crítico con la práctica de la psicoterapia lo que le coloca de nuevo en una posición de potencial vulnerabilidad, más que por sus condiciones como persona por la práctica de su profesión.

Si atendemos a los objetivos de la psicoterapia también nos encontramos que cuando éstos se cumplen, es decir, el terapeuta ha ayudado al paciente o a la familia en el camino del cambio, tiene lugar la despedida tras una relación de apego, con lo cual en esta profesión, los adioses y las pérdidas se continúan.

La práctica de la psicoterapia obliga al que la ejerce a un continuo contacto con sus estados interiores. Hay pacientes que pueden reactivar viejas heridas, hay situaciones que escenifican de nuevo otras antiguas y dolorosas para la persona del terapeuta. Esa cualidad de la práctica puede, a su vez, proteger y potenciar el desgaste emocional del terapeuta.

Si consideramos que el terapeuta influye y es influido por



la interacción con el paciente, no es disparatado preguntarse por la influencia que pueda tener pasarse millares de horas con pacientes emocionalmente perturbados.

Durante la última década se ha hecho popular la idea del Síndrome del quemado o de Desgaste profesional. Sería simplista atribuir dicho estado a un solo factor. Se han señalado como factores que contribuyen al síndrome del quemado, desde los factores de personalidad del psicoterapeuta a factores que se relacionan con el tipo de pacientes, las condiciones laborales o las condiciones sociales.

Los factores laborales sin relación directa con la práctica de la psicoterapia también aumentan la insatisfacción con la profesión. Así por ejemplo, las disputas políticas, la formación de expedientes injustos a profesionales competentes e implicados con su profesión, las dificultades de comunicación o los excesos de burocracia, son algunos de estos factores.

“Estar quemado” se ha definido como un estado y como un proceso. Freudenberger y Richelson lo definen como “estado de fatiga o frustración producidos por la devoción a un modo de vida o relación que no ha devuelto la compensación esperada”. Maslach lo define como “un síndrome de fatiga física y emocional que implica el desarrollo de un concepto negativo de sí mismo, de actitudes hacia el trabajo igualmente negativas y la pérdida de interés y preocupación por los clientes”.

Los terapeutas que caen en este estado pueden mostrar un estilo cognitivo más intolerante, e inflexible, desconfiado o pesimista, con sentimientos de fatiga, vacío emocional, irritabilidad, pérdidas de control dudas sobre su capacidad, con un desapego creciente y aislamiento de sus amigos y colegas.

Dependiendo de los estudios la incidencia del síndrome de desgaste profesional entre terapeutas es variable. Para algunos alarmantemente alta, para otros menor que en otras profesiones de ayuda. Se desarrolla cuando las exigencias ambientales abrumen permanentemente los recursos personales de un individuo.

La interacción entre factores de personalidad o la atención a un tipo de clientes en particular, por ejemplo, pacientes agresivos o con continuos intentos de suicidio o factores relacionados con las características de la profesión, como por ejemplo, la ambigüedad o el conflicto de roles o la sobrecarga laboral inciden muy negativamente en la posibilidad de desarrollar un agotamiento profesional.

Cuando la aflicción es intensa, la supervisión periódica, el contacto con los colegas o la psicoterapia perso-

nal pueden ser una solución. Es curioso como pese a sufrir una perturbación emocional intensa solo en torno al veinticinco por ciento de los terapeutas iniciaron una psicoterapia frente a casi la mitad de un grupo control formado por personas legas.

La educación sobre los riesgos de ejercer el trabajo de terapeuta puede llevar a una mayor autoconciencia. Es por eso que parece interesante incluir seminarios sobre este problema en los programas profesionales. Información que incluya la necesidad de desarrollar espacios de supervisión personal que ayuden al terapeuta y prevengan la posibilidad de aparición de este estado emocional.

#### 4. POSIBILIDADES DE DESARROLLO PARA LA PERSONA QUE LA EJERCE

Con todo lo que llevamos dicho hasta ahora parece difícil pasar a hablar sobre las posibilidades de desarrollo de la persona gracias precisamente a su rol como terapeuta. Algunos elegidos terapeutas cuentan que sí, que su práctica les ha abierto posibilidades en territorios de su “sí mismo” que posiblemente no hubieran ocurrido de haberse dedicado a otras profesiones.

La investigación en este campo señala que los terapeutas, como grupo se consideran bastante satisfechos de haber elegido esta profesión, yendo los porcentajes entre el 50 y el 90% según los estudios.

De entre los factores que clásicamente contribuyen a la satisfacción profesional, y si hablamos de terapeutas de la red pública podríamos descartar los sueldos elevados, el éxito, el reconocimiento profesional de la sociedad, la flexibilidad horaria, la libre elección de pacientes, la independencia en el estilo de trabajo.

Los factores también señalados por los terapeutas como potenciadores de su evolución positiva como personas y que tendrían igual aplicación en el contexto público que en el privado, son aspectos como:

- Capacidad de experimentar en más profundidad relaciones de intimidad.
- Desarrollo de la capacidad de introspección.
- Autoafirmación y confianza en sí mismo.
- Agudeza de la sensibilidad interpersonal.

Los anteriores son algunos datos, pero para intentar una interpretación de ellos, voy a utilizar algunos conceptos procedentes de las teorías narrativas del self.

Las narrativas relacionales del self, que están emergiendo en el campo de la psicoterapia y de las teorías del desarrollo, dan especial importancia al potencial de la persona para entrar en relación. Ponen en cuestión las



nociones occidentales tradicionales acerca del poder y del self y toman en consideración los dilemas de conexión y desconexión en la vida de las personas.

Algunas ideas que surgen de estas teorías para aplicar a la clínica con los pacientes, pueden ser de utilidad para pensar en el desarrollo de la persona que hace la terapia, los terapeutas.

La narrativa dominante del self en la cultura occidental es la del individuo autónomo. La idea de autonomía que defiende se confunde con frecuencia con el individualismo y la competición. Los límites son considerados como cruciales para proteger al self de intrusiones de fuera. La intimidad madura y la conexión solo pueden alcanzarse desde este pensamiento una vez que la separación y la autonomía se han conseguido.

Desde una teoría del self en relación o en conexión, la autonomía en sí misma es redefinida en términos relacionales. La delineación del self es también un proceso dialógico (Boszormenyi-Nagy, 1991). Se da tanta importancia a la conexión con el propio self como a la conexión con los otros y la identidad se contempla como algo socialmente construido. Dice Anderson (1992) "Vivimos en y a través de identidades narrativas que desarrollamos en conversación con el otro". Gergen plantea una "visión relacional del autoconcepto, una visión que considera el auto-concepto no como una estructura cognitiva privada, sino como un discurso acerca del self". Este discurso también tiene lugar entre el terapeuta y sus pacientes, de forma que el autoconcepto, constructo que se ha considerado tan importante a la hora de mantener la satisfacción profesional, se basa en las interacciones de terapeuta, con pacientes, colegas y personas significativas.

De la idea de autonomía con la que la persona del terapeuta puede iniciar la práctica es posible que vaya evolucionando, gracias a la interacción con los otros en el contexto especial de la terapia, a una idea de sí mismo como persona autónoma inextricablemente ligada a su capacidad para lo relacional. Una visión de la autonomía que incorpora la capacidad de la persona para ser responsable de los otros. La autonomía relacional incluye tanto la claridad acerca de las propias necesidades y deseos, como la disponibilidad para lo relacional. A través de la práctica de la terapia se potencia, para el terapeuta, el desarrollo de ese sí mismo relacional y autónomo en conexión con los otros. La terapeuta por las condiciones de su propia profesión se mantiene abierta al otro y a la narrativa del otro. La autonomía se redefine en la práctica profesional como un estar "disponible para lo relacional".

Los límites en la terapia se redefinen no ya como protectores del terapeuta o como condiciones necesarias para el encuentro del paciente consigo mismo y su mundo relacional separado rígidamente del terapeuta, sino como puntos de encuentro del self en relación con el otro. La clarificación de esos límites pueden promover la empatía y la curiosidad acerca de la experiencia del paciente.

Coherente también con esta visión del ser humano, la relación terapéutica se vuelve más colaborativa y menos jerárquica. Se cuestiona la figura del experto distanciado, y se coloca en su lugar una filosofía de respeto, curiosidad y cocreación de realidades terapéuticas con los pacientes y sus familias. El cambio se entiende como co-evolución entre paciente y terapeuta.

El terapeuta tiene la oportunidad de adquirir a través de la terapia una experiencia que otras circunstancias de la vida pueden ofrecer, pero que la terapia puede potenciar y es la experiencia de "diferenciarse con" y no "diferenciarse de".

También a través de la experiencia de la terapia, al terapeuta le resulta más fácil acceder a otra experiencia de poder, alternativa a la experiencia de poder sobre y de competición asociada a la idea del self autónomo. El desafío del poder sobre el otro, inherente también a la práctica psicoterapéutica, lleva a la experiencia de "poder con", que da más importancia y se centra en la autoría personal del individuo en su propia vida. El aprendizaje en la terapia para el terapeuta es el de establecer relaciones con sus pacientes que enfatizan la capacitación personal no necesariamente a expensas del otro. La terapeuta se entrena en mantenerse en relaciones con sus pacientes de "poder con ellos" y no de "poder sobre ellos". Desde esta relación, la terapeuta experimenta que la autonomía y el poder se basan en un ser responsable y receptiva más que reactiva y defensiva (Dekoven, 2001).

El giro hacia una visión del self más relacional como se describe más arriba, puede tener el efecto del lado de la persona del terapeuta de añadir un gran potencial para su evolución como persona al ofrecer múltiples situaciones en las que se potencia el movimiento desde una visión estrecha de la autonomía del self, a una más relacional, donde las cuestiones de poder, conflicto, conexión y desconexión se reconsideran desde una perspectiva relacional.

Si volvemos ahora a los datos de las investigaciones y a aquellos aspectos que señalábamos antes, los terapeutas identifican como promotores de cambios positi-

vos en sí mismos como persona, podemos darles una lectura relacional y considerarlos como muestra de un desplazamiento del sí mismo del terapeuta hacia un sí mismo más relacional. Algunos de ellos tiene esa dimensión explícita, como cuando los terapeutas señalan su mayor capacidad de experimentar en más profundidad relaciones de intimidad o la mayor agudeza de la sensibilidad interpersonal, otros como el señalado como desarrollo de la capacidad de introspección, se puede considerar como el desarrollo de un diálogo más fructífero consigo mismo, a partir del cual, el terapeuta es más capaz de reconocer emociones, sentimientos o conflictos. Como emergente de lo anterior está el último factor señalado, la mayor capacidad de afirmación y confianza en sí mismo.

La práctica clínica tiene, sin duda, una influencia sobre la vida personal del terapeuta, reflexionar sobre ello podría tener el efecto adicional de proponer estrategias organizativas que limiten el impacto negativo y fomenten las posibilidades de desarrollo. Promover acciones en esta dirección no solo tendría como consecuencia la mejora en la calidad de vida de nosotros, los terapeutas como personas, sino que aportarían un paso más hacia la devolución de un estilo narrativo a una organización asistencial sanitaria que, empeñada en el desarrollo tecnológico, puede correr el riesgo de olvidar su sentido.

**Beatriz Rodríguez Vega**

*Psiquiatra. HU La Paz.*

*Universidad Autónoma de Madrid*



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

D. ....  
profesional de la Salud Mental, con título de .....  
que desempeña en (Centro de trabajo) .....  
y con domicilio en .....  
Población ..... D.P. .... Provincia .....  
Teléfono .....

Solicita:

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

D. ....

D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: ..... / ..... / .....

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

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

Banco/Caja de Ahorros .....  
Sucursal .....  
Cuenta n.º .....  
Población .....

Muy Sres. Míos:

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

Población ..... día ..... mes ..... año .....

Firma: