

EDITORIAL

PÁG. 2

Integración

OPINIÓN

PÁG. 4

Artículo SSM.

Marta Sanz

COLABORACIONES

PÁG. 8

Ley de dependencia.

Cristina Alonso

PANÓPTICO

PÁG. 14

HEMOS LEÍDO

Estrategia de Salud mental

PÁG. 18

HEMOS ESTADO

PÁG. 19

CARTAS A LA AMSM

PÁG. 22

Carta de los psicólogos.

Carta de la unidad de adolescentes

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

primavera

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

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

AMSM

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTES

Iván de la Mata Ruiz
Laura Hernangómez Criado

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERA

Ana Hospital Moreno

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alberto Ortiz Lobo

VOCALES

Luis Javier Sanz Rodríguez
Raquel Morales Andueza

BOLETÍN

Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz

EDITORIAL

Integración

Creemos que es el momento de la integración. Los grandes problemas de articulación de la atención en salud mental pueden abordarse desde las reformas que se pueden introducir en el modelo actual, siguiendo la estela de una integración en Atención Especializada con unos criterios de eficacia y donde la toma de decisiones esté ligada al conocimiento de los recursos disponibles, al volumen de atención y a la capacidad de interlocución y coordinación con otros dispositivos. El mundo de la atención a la salud mental ha cambiado mucho y lo ha hecho de la mano del aumento de recursos ambulatorios y de rehabilitación, del aumento de la demanda y del tipo de demanda que se solicita. Respuestas complejas para problemas complejos con intervención de múltiples profesionales, para una demanda cambiante que no se conforma con lo que se le ofrece, que pide especialización, eficacia, y una atención negociada entre las demandas y la oferta. Es el momento de plantearse: ¿qué papel cumple cada dispositivo?, ¿qué dispositivos tienen sentido y cuáles no? ¿cuáles crecen en demanda? ¿qué demanda crece? ¿qué soluciones estamos dando a esta demanda y a qué cuestiones de esta demanda estamos dando respuesta?

Los retos que tenemos ante nosotros no se van a resolver con las estructuras que tenemos. El modelo de área que se intentó implantar, con un jefe de área funcional y ubicado, casi siempre, muy lejos de donde estaba el grueso de la demanda y de las necesidades asistenciales de la población asignada, está agotado. En muchas áreas ni siquiera a llegado a ponerse en funcionamiento y cada dispositivo ha ido tomando decisiones al margen, si no en contra, de los otros. Las unidades de hospitalización breve de los hospitales generales, imprescindibles en su función de control y manejo de determinadas situaciones de riesgo y crisis ligadas a las enfermedades y problemas de salud mental, están casi siempre saturadas y con una rotaciones muy elevadas al tiempo que han adquirido una mayor autonomía respecto de la red y se ha incrementado una oferta de atención ambulatoria vía trabajos de investigación, programas y consultas específicas a la carta con un compromiso asistencial laxo y poco integral, dirigida a un pequeño grupo de pacientes. Si los servicios de salud mental de Distrito funcionan, solo una mínima parte de los pacientes en tratamiento en salud mental van a precisar intervenciones hospitalarias. Y si se sobredimensionan los servicios hospitalarios, muchos lo están, éstos terminan creándose necesidades y fomentando y consolidando redes paralelas.

Los servicios de salud mental de distrito han crecido mucho en los últimos 10 años: lo han hecho en recursos, en prestaciones y, sobre todo, en población atendida y en los tipos y complejidad de la demanda. Por un lado, tenemos la presencia creciente de las alteraciones de la personalidad como mediadoras de la cronicidad y de la falta de respuesta a los tratamientos que va a implicar necesidades asistenciales muy amplias para la mayoría de los pacientes que se atienden en estos dispositivos. Por otro, el retorno de las adicciones a los servicios de salud mental de distrito vía “patología dual” y comorbilidad generalizada de todas las patologías psiquiátricas

graves con el uso y consumo de sustancias psicotropas: unas más identificadas y clásicas como los tranquilizantes, el cánnabis o el alcohol o camufladas y omnipresentes como la nicotina, otras creciendo a pasos agigantados como la cocaína, y otras en las que no reparamos pero que están ahí y generan muchos problemas como la cafeína y otros estimulantes presentes en las nuevas bebidas energéticas. Y, por último, otro gran grupo de problemas y patologías de salud mental ligadas a las situaciones de la vida cotidiana: lo adaptativo al estrés y precariedad laboral, a las conflictivas familiares y de pareja, a la violencia de género y otras, al desarraigo y dificultades de integración de una población inmigrante creciente. No son patologías sencillas que se puedan manejar sin especialización y sin tiempo y, aunque muchos profesionales tengan sus reservas, nos son propias y de ellas debemos hacernos cargo. Este protagonismo creciente y la complejidad de su tarea debe contar con un modelo organizativo que permita a los servicios de salud mental de distrito llevar a cabo su cometido.

La otra red que ha crecido, proporcionalmente mucho más que la de salud mental, es la red psicosocial dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 va a terminar este año con la consolidación de una red que supone pasar de poco más de 1200 plazas a más de 5500 repartidas entre los distintos dispositivos. Ha crecido con tanta rapidez que desde la red de salud mental, su proveedor de pacientes, apenas somos capaces de cubrir una parte de su demanda y dada la alta disponibilidad de la misma ha pasado a desempeñar muchas de las funciones antes encomendadas a la red de salud mental. A diario hacen funciones de unidades de hospitalización breve, a través de los descansos familiares, de hospitalización prolongada ante las largas listas de espera a las unidades de media y larga estancia y, más recientemente, cubren la gran laguna de las intervenciones más comunitarias como las intervenciones domiciliarias, comunitarias y de intervención en crisis a través de los equipos de apoyo social comunitario. Integrar el funcionamiento de esta red en la red de atención a la salud mental es una gran tarea y un gran reto de los servicios de salud mental de distrito a través de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados. En estos momentos la mayor parte de los servicios de salud mental de distrito no cuentan con medios suficientes, hay una carencia importante de profesionales de enfermería y trabajo social, para llevar a cabo esta integración. El riesgo que corremos es que estos dispositivos terminen generando sus propias demandas y funcionando al margen de la red de salud mental. Por parte de servicios sociales puede existir la tentación de potenciar y mantener su independencia, incluso con el beneplácito de la red de salud mental, pero no se trata de que saquemos de lo sanitario lo que ha costado décadas incorporar. La enfermedad mental y sobre todo la enfermedad mental grave no está bien fuera del sistema sanitario. Los modelos psicosociales de atención son buenos y son éstos los que tenemos que incorporar al modelo sanitario que tenemos.

Las demandas en salud mental han cambiado. Los dispositivos, intervenciones y profesionales que las llevan a cabo son diversos y complejos. Son los dispositivos complejos, las intervenciones y los profesionales diversos los que tenemos que integrar en atención especializada y debemos encontrar un modelo donde todos estos elementos puedan convivir y ser eficientes.

Pedro Cuadrado Callejo

OPINIÓN

Reflexión sobre de los datos presentados por el observatorio de salud mental de madrid acerca de los servicios de salud mental de distrito.

¿POR QUÉ PASA LO QUE PASA?

Desde mi punto de vista los datos presentados por el Observatorio de salud Mental de Madrid aportan información interesante que ayuda a entender la situación actual de los distritos.

Lo primero que llama la atención de los datos es la observación de que los objetivos que marca el plan de Salud Mental 2003-2008 para psiquiatras y psicólogos de adultos son exactamente los mismos que se proponían en el Plan de acciones en salud mental 1989-1991. De aquí se deducen tres aspectos importantes.

- En 18 años no ha sido posible alcanzar los ratios de recursos de personal propuestos por el plan de acciones en Salud Mental del año 1989. En el año 2006 aún faltarían 20 psiquiatras y 20 psicólogos para cubrir el objetivo.
- Comparando los datos poblacionales por distrito según censo del año 1986 con los datos del observatorio (según tarjeta sanitaria) se observa que los centros que han experimentado un importante aumento de población como Arganda, Coslada, Alcalá, torrejón, Ciudad Lineal, Alcobendas, Colmenar, Majadahonda, Collado Villalba, Navalcarnero, Fuenlabrada y Leganés, Parla, aranjuez y Arganzuela, son precisamente los que mas lejos están de alcanzar los objetivos del plan a pesar de las contrataciones habidas en los últimos años. Esto sin duda refleja un fracaso en la planificación de los Servicios. Probablemente lo más importante es que ha fallado el control y evaluación sistemática de lo planificado. No puede funcionar una planificación sin control.
- Estamos siendo testigos de un cambio cualitativo y cuantitativo de la demanda en relación a factores diferentes al aumento de la población. Entre otros la creciente proporción de población inmigrante con mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en algunos distritos, el cambio so-

cial experimentado en los últimos años con una mayor psicologización y psiquiatrización del sufrimiento inherente a las distintas etapas vitales, los duelos, las dificultades adaptativas, las cada vez más difíciles relaciones familiares. La sociedad es más exigente y también desde la administración la oferta es cada vez más amplia. Estos cambios que han llevado a un incremento imparable de la demanda (ver datos asistenciales por distrito en los últimos 6 años) sin embargo no han provocado una revisión de los ratios que se manejan desde el 89, cuando la oferta a la sociedad y la demanda de ésta era menos ambiciosa.

La atención a la demanda es una obligación ineludible. Es responsabilidad de los trabajadores en el sistema público hacer una evaluación de la demanda que la sociedad hace en cada momento y garantizar una buena gestión de los recursos disponibles. En estos años la exigencia de dar atención inmediata a la demanda creciente de forma indiscriminada no ha permitido evaluar la atención y definir las prestaciones que el sistema público puede cubrir y priorizar teniendo en cuenta criterios de eficiencia. Este trabajo a demanda sin planificación, sin regulación eficaz ha afectado sin duda al funcionamiento general de los distritos con aumento en las listas de espera, menos tiempo por paciente, aumento en la espera para revisionesEsta situación prolongada en el tiempo ha llevado a una desestructuración progresiva del trabajo multidisciplinar más acusado en los equipos con mayor presión asistencial. Sería interesante estudiar estos datos de distribución de recursos según criterio poblacional con otras informaciones acerca del funcionamiento de los servicios.

Otro aspecto que se constata en los datos presentados es la **contratación prioritaria de psiquiatras**, lo que seguramente responde a un modelo cada vez más medicalizado. Demandas como las trastornos adaptativos, duelos, distimias, incluso trastornos depresivos entran

en un cajón de sastre que se etiqueta como sintomatología depresivo-ansiosa y a la que se da una respuesta básicamente farmacológica, inespecífica y descuidando los aspectos psicosociales tan importantes en la génesis y mantenimiento de la sintomatología.

La deriva paulatina del modelo comunitario se evidencia también en la **prácticamente nula contratación a nivel de distritos de profesionales de enfermería y trabajo social en los últimos 10 años**. Los ratios para enfermería en el Plan de Salud Mental pueden considerarse bajos si tenemos en cuenta la cada vez mayor necesidad de impulsar el Plan de Continuidad de Cuidados y la necesidad de trabajar por programas en las patologías más complejas. En cualquier caso en casi ningún distrito se alcanzan los objetivos previstos en el plan para enfermería. En el caso de trabajo social ni siquiera se estiman las necesidades en el plan.

De los programas que se propone habría que desarrollar en la atención a la población adulta: alcoholismo, Trastorno de la conducta alimentaria, psicogeriatría....ha sido el programa de rehabilitación el que ha recibido una atención prioritaria. Dentro del programa de rehabilitación se enmarca el plan de continuidad de cuidados que, según refleja el plan 2003-2008 debe garantizar la continuidad de las actividades llevadas a cabo en los distintos dispositivos incluidas las actividades de rehabilitación, elaborar un Plan de Atención Integral para cada paciente...., esta actividad tiene que ser llevada a cabo por un equipo radicado en el distrito. En la actualidad la precariedad de plantilla de enfermería y trabajo social, el aumento en el número de pacientes crónicos, el cada vez mayor número de dispositivos con los que hay que coordinarse para garantizar la continuidad de cuidados, el aumento en la carga asistencial.... hace muy difícil cumplir los objetivos del programa y lo que se está viviendo es un empobrecimiento progresivo de la atención a pacientes crónicos y con patologías graves. Esto acaba planteando la ubicación de estos programas fuera de los SSM ya sea por la asunción creciente de funciones por parte de los Centros de Rehabilitación Psicosocial o por la creación de equipos específicos como los Equipos de Apoyo Social y Comunitario, incrementando la fragmentación de la atención a los problemas de Salud Mental .

DATOS ATENCIÓN INFANTOJUVENIL

Según el Plan de Salud Mental 2003-2008 los equipos de Salud Mental de distrito, debería estar formado por un psiquiatra cada 20000 menores y un psicólogo cada

25000, un trabajador social y una enfermera con dedicación plena al programa. El primer dato que me resulta llamativo es que **la necesidad de psicólogos estimada por 20.000 habitantes es menor que la necesidad estimada de psiquiatras**. Es conocido la importancia de las evaluaciones psicológicas completas y de las intervenciones psicoterapéuticas en la atención a la población infanto-juvenil, así como la demanda social de que la atención sea prioritariamente psicológica. La proporción de profesionales condiciona un modelo de atención con el riesgo de un exceso de medicalización de la atención o de no dar cobertura a la demanda social de apoyo psicológico para conflictos psicológicos que se consideran “menores” en comparación con las enfermedades psiquiátricas tipificadas. En la población infantojuvenil es especialmente importante dar una atención adecuada a estas demandas en aras a alcanzar el objetivo propuesto por el Plan de Salud Mental 2003-2008 de “Promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales”. Una atención de calidad a la población infantojuvenil debe ser siempre una prioridad por las repercusiones sociales y sanitarias que una mala o buena atención van a tener a medio y largo plazo.

La atención en Salud Mental de niños y adolescentes se caracteriza por la especial necesidad de conocimiento e interacción con diversos agentes del ámbito comunitario en el que el sujeto se desarrolla. Es fundamental trabajar de manera integral con el niño y el adolescente no descuidando los aspectos sociales, familiares de interacción con sus iguales y sus adultos. Son imprescindibles las coordinaciones interinstitucionales con servicios sanitarios, servicios sociales, equipos de justicia, mesa de apoyo familiar, equipos educativos... La enfermería y trabajadores sociales especializados tendrían que jugar aquí un papel muy importante. En este momento la precariedad de las plantillas de enfermería, posibilita únicamente cubrir los mínimos. La equipos grandes de adultos y la presión asistencial que soportan hace que los trabajadores sociales y enfermería queden prácticamente absorbidos por este trabajo apoyando de manera muy colateral, en el mejor de los casos, a los equipos de infantil.

En algunos distritos este problema se hace extensivo a los psiquiatras y psicólogos que dedican el 50% al programa infantojuvenil y el 50% al programa de adultos. Incluso hay distritos que no tienen aún equipo infantojuvenil.

Otros puntos débiles en el programa infantojuvenil son:

- La hospitalización de niños menores de 12 años se realiza en el Hospital Niño Jesús con 6 camas destinadas a este fin. De 0 a 6 años hay sólo 10 camas en el hospital del niño Jesús para toda la Comunidad de Madrid. Estas plazas son insuficientes quedando desatendidas las patologías infantiles más graves (autismo, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo) que precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento más intensivo, continuado, polivalente e integrado. En los últimos años se está impulsado la apertura de hospitales de día y está previsto abrir más: niños de 0 a 6 años en Vallecas y Parla, niños de 6 a 12 años en Leganés. Aunque suponen un coste económico elevado en personal e infraestructuras, son imprescindibles para conseguir una evolución más favorable y menos invalidante para estos niños.
- No existen dispositivos de media y larga estancia (comunidades terapéuticas)

El trabajo con la población infantojuvenil requiere un alto nivel de capacitación profesional y dedicarle recursos suficientes y específicos. Este punto debería considerarse en la programación de la formación de residentes MIR y PIR, ya que la rotación infantojuvenil puede resultar muy poco provechosa si se realiza antes de contar con una mínima formación básica y conocer las redes institucionales de la zona.

Desde la administración se apoya el modelo comunitario y se enfatiza la importancia de mantener la continuidad de cuidados en todo el proceso asistencial (LOSCAM, Plan de Salud Mental 2003-2008) al considerar que la atención basada en la comunidad garantiza una mejor y más extensa atención con un mayor grado de satisfacción por parte de los usuarios a la mayor parte de los problemas de Salud Mental. Sin embargo las prestaciones que oferta el modelo comunitario, el trabajo desarrollado por cada profesional en este engranaje multidisciplinar varía sustancialmente entre áreas. Se ven diferencias incluso entre los distritos del mismo área.

Los indicadores que en general se manejan para evaluar el funcionamiento de los CSM son fundamentalmente número de nuevos, consultas sucesivas, lista de espera. De hecho en el contrato de gestión para el año 2006 se considera que cumpliendo el objetivo de mantener la lista de espera para primera evaluación en me-

nos de 40 días, se pueden pasar por alto el resto de objetivos. En estos términos se garantiza la equidad de los servicios, en que independientemente de la zona donde el individuo resida podrá ser evaluado en un tiempo de espera no mayor a 40 días. No se habla de la calidad de la evaluación, del planteamiento terapéutico, de la espera para la segunda y tercera consulta.....

Este afán por dar respuesta a la exigencia de la administración, el aumento cuantitativo y cualitativo de la demanda en los últimos años y en buena medida la postura individualista y poco comprometida de la mayoría de los profesionales de la red de Salud Mental ha hecho que se haga una gestión cada vez más indiferenciada de la demanda descuidando en muchos casos el enfoque biopsicosocial y cuestionando seriamente la posibilidad del trabajo multidisciplinar.

Además de la exigencia de atender y modular la demanda, otro reto ineludible es garantizar la calidad de las prestaciones. Según refleja el Plan de Salud Mental, desde 1984, para lograr mayor eficiencia de los servicios, la actividad asistencial se estructura en programas, en la idea de que el trabajo por programas permitiría una mayor flexibilidad en el uso de los recursos, fundamentalmente en las actuaciones sometidas a cambios constantes (sobretudo atención a la cronicidad).

En 1989 se volvieron a definir los programas. Se presentaron con el propósito de establecer criterios básicos en la práctica asistencial de los equipos terapéuticos. La descripción se hace con la siguiente estructura (Introducción (Definición), descripción, objetivos, Agentes del programa, Criterios Generales de Actuación y Observaciones. Se describieron los siguientes programas:

TRANSVERSALES:

- De evaluación.
- De atención ambulatoria.
- De atención domiciliaria.
- De apoyo y coordinación con AP
- De apoyo y coordinación con servicios sociales.
- De hospitalización.
- De rehabilitación y reinserción social

LONGITUDINALES:

- Atención a la Salud Mental de Niños y Adolescentes.
- De alcoholismo.
- De psicogeriatría.

Ya en la descripción inicial se echa de menos plantear indicadores en cada programa que permitieran hacer una evaluación del mismo y evaluar periódicamente las necesidades. Desde la descripción de los programas se recogen únicamente los indicadores asistenciales que figuran en las fichas de control asistencial que en estos primeros programas se propusieron para controlar la asistencia, la modalidad de atención, las altas, hospitalizaciones.....Todo lo que no ha tenido un soporte administrativo se ha ido debilitando.

En el momento actual hay programas que han perdido fuerza claramente. En la parte descriptiva del plan de salud mental se asume que es el funcionamiento de estos programas varía mucho en cada distrito. Programas tan fundamentales como el de apoyo y coordinación con AP van desde contactos estructurados mensuales o bimensuales, a contactos ocasionales y en algunos lugares se han abandonado. En las agendas de los profesionales no se contemplan los tiempos dedicados a las coordinaciones. Estos espacios habría que cuidarlos sobre todo en el programa infantojuvenil ya que la exigencia de promover y mantener coordinaciones con diferentes instituciones es ineludible en la atención a esta población.

La planificación y desarrollo de estos programas a nivel de distrito se ha dejado al albur de los jefes de distrito y de la iniciativa individualista de profesionales motivados lo que ha contribuido a perpetuar la ineficacia de los mismos. Para garantizar la equidad y la proporcionalidad en los Servicios Públicos habrá que emplear voluntad y presupuesto para redefinir los programas, implantarlos, desarrollarlos y establecer mecanismos de control y evaluación de cada uno de ellos... Lo mismo se podría decir de la coordinación con otros dispositivos. El análisis previo acerca de la precariedad de las plantillas en el momento actual y la fuerte carga asistencial que se viene soportando nos hace pensar que si no se dotan los programas económicamente y con personal exigiendo así mismo resultados evaluables, difícilmente vamos a poder comenzar a cambiar el funcionamiento.

Es fundamental elaborar indicadores que permitan una adecuada evaluación de los programas e ir adecuando los programas a las variaciones en la demanda. Los indicadores específicos de los programas asistenciales permitirían una estimación más realista de las necesidades de personal, infraestructura, creación de unidades... No quería dejar de reseñar un problema que incide directamente en la motivación de los profesionales y en la manera de afrontar el estrés cotidiano: **las condiciones de trabajo tan desiguales entre los profesionales de la Red de Salud Mental: distinta carga de trabajo, diferencias de hasta a veces de mas de 600 euros realizando las mismas tareas, alta tasa de interinidad....** Parece una paradoja que a los profesionales se les exija por igual en este modelo "integrado", manteniendo la desintegración de las condiciones "laborales". En el año 98 ya la Junta de Gobierno de la Madrileña en "La atención a la Salud Mental hoy" (1998) ya hacía notar esta situación. En el año 2006 podemos decir que en estos 8 años las diferencias lejos de hacerse mas pequeñas se han agrandado: Se restringe la dedicación exclusiva, un buen número de profesionales han quedado fuera del proyecto de carrera profesional, ha aumentado sustancialmente el número de interinos dentro de los laborales de la Comunidad, distintos pagos a la misma actividad (p.ej. guardias sustancialmente peor pagadas a los laborales de la Comunidad de Madrid), diferencias en cuanto a prestaciones sociales, permisos....Es básico para un buen funcionamiento homogeneizar las condiciones laborales a todos los niveles.

También señalar la precariedad e incertidumbre en la situación de los jefes de distrito: interinos la mayoría, haciendo labores de jefe sin ocupar una plaza de jefatura, con diferentes exigencias dependiendo de las áreas salvo la exigencia común de mantener las listas de espera en 40 días. Esta situación y la incertidumbre de cara al próximo proceso de estatutización no favorece que tomen un papel activo y de liderazgo capaz de impulsar el desarrollo y coordinación de los Servicios Comunitarios imprescindible para que esto funcione.

En fin son algunas reflexiones que pueden dar una pequeña luz acerca de **"PORQUE PASA LO QUE PASA"**

Marta Sanz

COLABORACIONES

Sobre la ley de atención social a la dependencia, la salud mental y el trabajo social

La aprobación de la Ley 39/2006 del 14 de diciembre sobre: *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, en cuya exposición de motivos relata: **La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, para alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.**

Según los datos de EDDDES (encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud de 1999) un 9% de la población española presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para la vida diaria o necesidad de apoyo; esto añadido al fenómeno demográfico del “envejecimiento del envejecimiento” del colectivo mayor de 80 años que se ha duplicado en los últimos veinte años, nos sitúa en un importante cambio demográfico de nuestro país.

En nuestra legislación actual, la ley 51/2003 del 2 de diciembre, expone que en estos momentos existe una reglamentación de Igualdad de Oportunidades, no-discriminación y accesibilidad universal a personas con discapacidad.

La novedad de la ley 39/2006 de autonomía personal es un reconocimiento del derecho subjetivo de atención a la dependencia. Dicha ley esta inspirada en principios como:

- Su carácter público, de acceso universal, atención de forma integral e integrada, transversalidad en sus políticas de atención, su carácter de equidad en la valoración, la personalización de la atención, el establecimiento de medidas adecuadas de prevención, la rehabilitación a través del estímulo social y mental.

- La promoción de condiciones precisas para lograr la autonomía, la prioridad de medidas de permanencia en el medio habitual, la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención, la colaboración de servicios sociales y sanitarios, la participación de la iniciativa privada así como del tercer sector, la cooperación administrativa, la integración de las prestaciones en el Sistema de Servicios Sociales de las Comunidades autónomas, la inclusión de la perspectiva de género, la sitúan en una ley de las mas progresistas e integrales de nuestro sistema de protección.

La valoración de las situaciones de dependencia se llevara a cabo mediante la aplicación de un baremo, de ámbito estatal, mediante el cual sea posible discriminar, con criterios objetivos, si una persona se encuentra en situación de dependencia y en que grado.

Dicho baremo evalúa la capacidad de desarrollar las actividades de autocuidado y movilidad y esta basado en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud **CIF publicado por la OMS en 2001.**

En el baremo existen nueve actividades relacionadas con las actividades de la vida diaria y la última y recientemente incluida:

- **capacidad de tomar decisiones**
- Comer y Beber
- Regulación de la Micción / defecación
- Lavarse
- Otros cuidados corporales
- Vestirse
- Mantenimiento de la Salud
- Trasferencias Corporales
- Desplazarse dentro del Hogar
- Desplazarse fuera del Hogar

Una vez reconocido el derecho de asistencia, por cumplir un baremo de puntuación, que se establece hasta 100 puntos, se determina el grado de dependencia del ciudadano que le definirá como persona dependiente en los siguientes grados.

| | | |
|---------|----------------------|----------------------------|
| Grado 1 | Dependencia moderada | ...de 25 a 49 puntos |
| Grado 2 | Dependencia severa |de 50 a 74 puntos... |
| Grado 3 | Gran dependencia |de 75 a 100 puntos... |

Cada uno de los grados de dependencia, establecidos, se clasifica a su vez en dos niveles en función de la autonomía y de la intensidad del cuidado que requiere.

El capítulo II describe el Catálogo de servicios de atención del Sistema referidas a prestación de recursos o a prestaciones económicas.

Las Prestaciones y catálogo de servicios pueden tener naturaleza de servicios y/o de prestaciones económicas que van destinadas, por una parte a la promoción de la autonomía personal y por otra, a atender sus necesidades.

El catálogo de servicios, coincide con las prestaciones de los Servicios Sociales del Sistema Público de Servicios Sociales, tele asistencia, ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar, cuidados personales, centros de día y de noche, servicios de atención residencial etc.

Las prestaciones económicas, vinculadas al servicio, son ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar y/o apoyo a cuidadores no profesionales, de asistencia personal etc.

ALGUNAS OPINIONES SOBRE EL BAREMO DE CLASIFICACIÓN

Tras la aprobación de la Ley de Dependencia, el Instituto del envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona ha desarrollado un instrumento de evaluación de la dependencia que ha sido dado a conocer por el IMSERSO y, que como parte del proceso de investigación, también ha sido solicitada una opinión técnica al Dr. Geoffrey M. Reed, Consultor de Proyectos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y un análisis sobre el mismo.

Algunas de sus apreciaciones sobre el instrumento de valoración de la dependencia dicen: La definición de las condiciones de dependencia que se presenta es muy restrictiva. No aparecen ítems que se correspondan con los ámbitos de la CIF sobre funciones corporales o estructuras corporales, pero sobre todo y lo más importante es que no aparecen ítems sobre aprendizaje y aplicación de conocimientos, tareas y demandas generales,

comunicación, relaciones e interacciones interpersonales, áreas principales de la vida que incluye trabajo, empleo y vida económica o vida comunitaria, social, cívica que entre otras áreas, incluye el ocio y el recreo. En su opinión la omisión de estas áreas de trabajo y recreo es lo más sorprendente, ya que destaca la importancia de la participación social para la calidad de vida tanto para las personas mayores como para aquellas con discapacidades.

Respecto a las Puntuaciones el Dr. Geoffrey dice *El aspecto del “instrumento” con el que me hallo en mayor desacuerdo es que a las respuestas negativas “NO” que indican si una persona es capaz de realizar la actividad descrita en cada ítem, se les ha asignado un peso específico, una valoración numérica, que posteriormente se suma para obtener una puntuación total que, en teoría, indica “El grado de dificultad” en cada una de las nueve áreas. Particularmente, pienso que reducir un rango de situaciones individuales tan dispares a un simple índice numérico puede conducir a tomar decisiones injustas y arbitrarias sobre el cumplimiento o no de requisitos para acceder a los servicios que se ofrecen desde la Ley de Dependencia*

Otro aspecto preocupante del “instrumento,” sobre todo pensando en la aplicación a los pacientes con enfermedad mental grave y crónica, es que los ítems solo preguntan si la persona es capaz de realizar ciertas actividades; sin embargo, no evalúa si realmente la persona puede realizar estas actividades en su ambiente natural: Lo que una persona es capaz de hacer y lo que realmente hace, ya que puede diferir bastante. Existen muchas razones que pueden explicar estas discrepancias, como las oportunidades, la motivación, el comportamiento o las actitudes de otras personas y las barreras o facilitadores ambientales.

EN QUE MOMENTO ESTAMOS RESPECTO A LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY

La filosofía de la ley responde a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Contempla medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de Entidades Locales.

El Gobierno y las Comunidades Autónomas destinarán cerca de 26.000 millones de euros en los próximos años para poner en marcha el sistema.

El momento actual, una vez constituido el Consejo Territorial de la Dependencia, que lo conforman: En total 33 miembros; representantes del Gobierno, 17 repre-

representantes de las Comunidades Autónomas, 2 representantes por las ciudades de Ceuta y Melilla 2, por FEMP (Federación Española de Municipios y provincias) y doce representantes por la Administración general, incluido Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales. Esta aprobado “por asentimiento” un baremo estatal que permite la evaluación de las personas en situación de dependencia con 100 puntos. Dicho baremo continúa en estudio en el Consejo Consultivo, está pendiente de aprobación definitiva por el Gobierno, de su promulgación como Real Decreto, para que posteriormente pueda ser aplicado en todo el territorio del Estado.

Es en esta última revisión del “instrumento baremo” se ha introducido la valoración de “la capacidad de tomar decisiones”

El Libro Blanco, como documento que ofrece un diagnóstico amplio y riguroso de la situación de las personas dependientes en España, ha constituido un referente imprescindible en el diálogo social y político entre el Gobierno y los agentes sociales, con las administraciones autonómicas, locales, grupos parlamentarios antes de la presentación de la ley.

Articulado en doce capítulos y redactado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y publicado en diciembre del 2004.

En su capítulo IV dedicado a “Recursos para la Atención de las personas menores de 65 años en situación de dependencia, y a la problemática específica de las personas con trastorno mental grave y de los menores de seis años con limitaciones graves.”

Asume como concepto válido de dependencia la definición del Consejo de Europa que entiende por tal *“El estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”*

En la referencia específica a las personas con enfermedad mental grave expresa:

“Si bien presentan una problemática similar a las de las personas con dependencia, por sus características especiales, nos demandan soluciones en parte diferenciadas. Por lo que respecta a las personas con trastornos mentales graves conviene enfatizar que, tras la reforma legislativa de 1986 que dio lugar a la desistitucionaliza-

ción, pese a los esfuerzos que se viene haciendo, falta un modelo de atención socio sanitario, y faltan recursos, gravitando en consecuencia sobre las familias el peso de la atención a estas personas. De ahí las grandes expectativas que este colectivo, y de modo especial sus familias cuidadoras tienen depositadas en el establecimiento en el Estado español de un sistema de atención a la dependencia con los cursos pertinentes”

El trastorno mental grave incluye una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común, criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

Los criterios de inclusión, de la enfermedad mental, en el derecho de atención en la ley de dependencia son criterios Clínicos y Criterios Sociales.

Entre los criterios sociales están:

- La incapacidad funcional entendida como discapacidad para desempeño de un rol.
- La dependencia hacia una persona o un servicio concreto
- La sobrecarga familiar manifiesta o ausencia de familiar
- La ausencia de red social

En nuestro país, la discapacidad viene regulada por el Real decreto 1971/99 del 23 de diciembre, procedimiento para el reconocimiento, declaración y clasificación del grado de minusvalía. Garantiza las condiciones de igualdad de acceso de los ciudadanos para la obtención de beneficios, de derechos económicos y de servicios.

En este Real Decreto se establecen las normas, para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo al modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDIM) de 1980.

En los diferentes apartados que hace referencia a los distintos tipos de enfermedades, en su apartado 16 aparece la enfermedad mental en la que se especifica: *“Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique, adecuadamente, los límites del concepto trastorno mental, entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona”...*

Con anterioridad a 1980, la designación de las secuelas de la enfermedad: minusvalía, discapacidad, incapacidad, deficiencia, invalidez...y la de las personas que las padecían: minusválidos, inválidos, incapaces, discapacitados, disminuidos.. Era confusa y diversa.

La OMS toma la iniciativa de homologar un instrumento común cuyo resultado fue la publicación, en 1980, de dicha clasificación con el fin, no solo de normalizar la terminología, sino de sistematizar los conceptos clínicos y de rehabilitación.

La OMS plantea las consecuencias de la enfermedad desde tres enfoques distintos:

Deficiencia (DE)

Dentro de una experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad (DI)

Dentro de una experiencia de salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano

Minusvalía (M)

Dentro de una experiencia de salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

CIF (Aprobada el 22 de mayo del 2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Se crea con el objetivo de establecer un lenguaje, unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”

Este texto constituye una revisión de la Primera Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicado inicialmente por la OMS con carácter experimental en 1980.

El **CIF** ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de enfermedades, versión de 1980, a una versión de componentes de salud.

Clasifica el funcionamiento y la discapacidad, asociados con las condiciones de salud, considerando que la discapacidad no es un atributo de la persona sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno.

No clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios “relacionados con la salud”;

Además la descripción siempre se hace en el contexto de los factores ambientales y personales. Tiene una aplicación universal y organiza la información en dos partes, cada una con dos componentes

Parte 1

Componentes de funcionamiento y Discapacidad
Funciones y estructuras corporales

Parte 2

Componentes de actividades y participación
Factores contextuales, ambientales y factores personales
A su vez cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos
A su vez dispone de dos premisas: Capacidad y desempeño/realización.

El funcionamiento y la discapacidad se plantean como una interacción dinámica entre el estado de salud y los factores contextuales. Se valora, en el funcionamiento, los aspectos positivos de la interacción y la discapacidad en los aspectos negativos.

La información sobre el funcionamiento unido a otras informaciones diagnósticas proporciona una visión amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones.

Tiene una posición neutral respecto a la etiología, los determinantes de salud y los factores de riesgo, e incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo.

La valoración de la discapacidad, en un trastorno mental, se realizará sobre la base de “la disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma, la disminución de la capacidad laboral y el ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada”

¿Quién es la persona con enfermedad mental grave y prolongada?

Son aquellas que sufren trastornos mentales graves; esquizofrenias, trastornos bipolares, psicosis orgánica etc. Que generalmente conllevan un grado de deterioro para su desenvolvimiento laboral, social y personal; pueden mostrar abandono en sus hábitos de higiene; pueden plantear relaciones interpersonales conflictivas, limitaciones en sus capacidades cognitivas etc...

Son trastornos que se mantienen en el tiempo y se acompañan de cierto nivel de minusvalía que le impide la integración en su entorno, de una forma normalizada, y autónoma (según definición de Godman y colab). 1981).

Algunas de las manifestaciones externas del deterioro social son:

Abulia, como descenso importante de iniciativa;
Astenia, como falta de capacidad para mantener rendimiento en cualquier actividad; Apatía, falta de interés y motivación por lo que le rodea;
Autismo y aislamiento social, con rechazo de cualquier compañía o negación de la misma;
Asocial, pérdida de autonomía y habilidades sociales.
La CIF reconoce esta discrepancia e incorpora dos escalas separadas dentro de cada ítem, uno para evaluar la capacidad (lo que una persona puede hacer) y otro para evaluar la actuación (lo que una persona realmente hace en su medio natural)

LA DEPENDENCIA Y EL TRABAJO SOCIAL

Uno de los fines de los Servicios Sociales es responder a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia, atender sus necesidades, a sus familias y gestionar los recursos necesarios para favorecer la convivencia y el bienestar social.

La dependencia es al trabajo social lo que la urgencia médica a la medicina: En la intervención del trabajador social confluyen lo social, lo sanitario y lo comunitario. Desde siempre la dependencia, física, psíquica y/o social de las personas, en las diferentes proporciones, va ligada a una necesidad, mayor o menor, formal o informal, de ayuda.¹

El abordaje a las necesidades de la dependencia necesita de una atención integral e integrada ya que, la incapacidad derivada de la enfermedad, en ocasiones, depende de las condiciones de vida y la convivencia con el entorno.

Para el trabajo social no existen “personas dependientes” sino personas en situación de dependencia”, consideramos que la protección social debe formularse en positivo: No se protege el problema, sino las personas que lo padecen, los objetivos no se definen por la carencia, sino por el bienestar.

Los enfermos mentales, especialmente, aquellos que sufren trastornos mentales que se engloban en las denominadas enfermedades mentales graves y crónicas, tradicionalmente, no han sido considerados como un colectivo que podría encontrarse en situación de dependencia siendo la familia la que ha venido asumiendo su cuidado y atención.

En el año 1995 EUFAMI (Unión Europea de familiares de esquizofrénicos) realizó un estudio en Europa sobre las necesidades de familiares de enfermos mentales.

En dicho estudio concluye: Las familias, en un gran porcentaje, son el colectivo que proporciona cuidados al enfermo y sufre las consecuencias de la enfermedad. En general ha sido un colectivo desconocido y desatendido a pesar de ser, según este estudio, más de un millón de personas en todo el territorio, las familias de enfermos mentales graves y crónicos.

En dicho estudio se define al “cuidador tipo” del paciente con enfermedad mental grave y crónica, en España: Mujer, mayor de 60 años, casada o viuda, con unos ingresos mensuales en torno a los 600-800 euros, de profesión ama de casa, madre, nivel de estudios primarios, cuida a su hijo desde hace once o doce años (de media), y dedica más de 50 horas a la semana al cuidado de su familiar. Este es el perfil de la persona que, en la mayoría de los casos, tiene asumida la responsabilidad de ejercer unas funciones que casi siempre le sobrepasan, y para las cuales nadie le ha pedido su opinión de si estaba o no dispuesta a ello.²

La Ley recoge en su artículo 27.5 que la valoración de la situación social y la tramitación de expediente se realizara teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y el entorno en el que viva, especificando claramente que habrá un informe médico y un informe social; resulta por lo tanto imprescindible la aportación del trabajador social en el órgano de valoración para la valoración de las necesidades y la elaboración y resolución de los cuidados más necesarios para la persona y su entorno familiar.

¿Que opinión tiene un enfermo mental de la discapacidad y la dependencia?

Me ha parecido muy ilustrativo, para entender como se vive la discapacidad y la dependencia, adjuntar el texto original de un paciente, actualmente en seguimiento. Escrita en un día cualquiera, en un grupo de trabajo social, de frecuencia semanal, que tiene la tarea de exponer opiniones por escrito y el objetivo de lograr una comunicación individual y la vez participativa, como parte de las funciones de rehabilitación y participación social. Algunos de los pacientes, de los incluidos en nuestros Programas de rehabilitación, usuarios de múltiples recursos e incorporados en nuestro sistema de continuidad de cuidados; en general con importantes dificultades para conseguir integrarse en una vida normalizada, no solo son conscientes de su dificultad sino en algunos casos, con mucha capacidad de hacer una buena reflexión de su situación y una clara exposición de la misma.

(1) La dependencia: Un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e interés Dolores Colom Servicios Sociales y Política Social volumen 73: “La protección Social a las personas en situación de dependencia” Edita Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo social (Primer trimestre 2006).

(2) Congreso de Granada 2006 de la Asociación Trabajo Social y Salud comunicación: Cuidados informales en pacientes con esquizofrenia: Las necesidades de las familias.

La discapacidad... *En la palabra persona discapacitada, prima lo segundo sobre lo primero y debería ser al revés. Los medios de comunicación desinforman. El trabajo es a la vez determinante y un resultado. Saca al enfermo mental del “rol de enfermo y lo lleva al “rol de normalizado” en el que adquiere por un lado autoestima, sentimiento de utilidad, relaciones sociales y libra de la exclusión social; por otro lado le da independencia económica, autonomía personal y social.*

Es por tanto a su vez un determinante y un resultado social, económico y laboral. Por todo ello es la terapia más completa que existe para evitar el rechazo y exclusión social al que la sociedad, que se encuentra enmarcada en un ámbito sociolaboral y productivo, tiende en este momento.

Es el momento que el paciente se convierte en el “protagonista de su propia rehabilitación y de su tiempo” y deja de ser un mero espectador que deja pasar los acontecimientos de la vida.

Hay mucha demagogia sobre la exclusión y el estigma del enfermo mental. Esto solo se observa en la convivencia con él. Es ahí donde se ve el desajuste y la verdadera incapacidad.

Este mismo paciente expresa su opinión sobre ¿Qué significa ser dependiente?

Dependiente “Dicese de la persona que depende de alguien o de algo, para las actividades de la vida diaria” En ocasiones solo a nivel personal, a veces, me cuesta vestirme, asearme, ducharme, incluso comer. En esas etapas soy muy dependiente de las personas. Por ejemplo para poder incluso comer, beber, levantarme de la cama. Entonces necesito de mi madre y mi hermano para desplazarme, sobre todo.

Tengo un grado de minusvalía del 75% y ello, en esas etapas me ocurre todo ese tipo de problemas y soy muy dependiente de los demás. No es que sea vago en que no puedo. En otras etapas tengo poca capacidad para decidir y me tienen que ayudar a ello.

En otros momentos dependo menos de los demás, para estudiar, trabajar, hacer tareas del hogar y hasta ayudar a personas dependientes... Otro tema es que dependo del tabaco, café o coca cola para poder despertarme, si no, no funciona...

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 39/2006 del 14 de diciembre sobre: Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Capitulo IV del Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España. IMSERSO diciembre 2004.
- CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud- OMS- 2001.
- Reflexiones sobre la futura Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales marzo- Jornadas Ayuntamiento de Alcorcon Madrid - 2006.
- Monográfico sobre la dependencia: Revista Trabajo Social Hoy. Colegio de Trabajadores Sociales Madrid -2005.
- C.Alonso y Pérez. Artículo sobre la Ley de dependencia y la Enfermedad Mental. Monográfico Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid – Madrid - 2005.
- Revista Servicios Sociales y Política Social. “La Protección social a la Dependencia” volumen 72 y 73. Consejo de Colegios Oficiales de Trabajo Social. Madrid 2005.
- E. Garcés Trullenque y M.A. Pinilla. Intervención del Trabajo Social en pacientes con trastorno mental grave. Congreso de Granada 2006- Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- D. Colom: Revista Servicios Sociales y Política Social volumen 73.”La protección Social a las personas en situación de dependencia” Edita Consejo General de Colegio de Diplomados en Trabajo social (Primer trimestre 2006).
- Observatorio de la Discapacidad -Serie Estudios N° 9-Población con Enfermedad mental grave y prolongada. IMSERSO 2003.
- Investigación “El Estigma de la Enfermedad Mental” Conserjería de Familia y Asuntos Sociales – Caja Madrid y Universidad Complutense- 2006.

Cristina Alonso Salgado.
Trabajadora Social de Salud Mental

PANÓPTICO

Ocio y tiempo libre

PROFESIONAL RACE SM: EL VIDEO-JUEGO DEFINITIVO DE LA CARRERA PROFESIONAL

Los informáticos de la Consejería de Sanidad no lo tenían fácil, pero por fin han conseguido sacar al mercado el ansiado video-juego sobre la carrera profesional para trabajadores de salud mental, ideal para disfrutar en familia. Profesional Race SM supera con creces el anterior producto de estos creadores Purga en el Severo Ochoa en el que la cruzada de Lamela y los Superpárrocos contra las Batas Mórnicas no llegaba a enganchar al público adolescente por las dificultades de identificación con un superhéroe calvo y antipático. Profesional Race SM, a diferencia de la casquería y persecuciones sin límite de Purga en el Severo Ochoa, es esencia un juego de estrategia.

La clave del juego, lo que marca la diferencia con otros video-juegos del mercado, es que no hay reglas en la carrera. El objetivo es que cada jugador elaborare las suyas propias para al final poder conseguir un nivel reconocido de carrera profesional. Los distintos niveles de dificultad del juego vienen determinados con la elección del personaje con el que afrontar la carrera. Los creadores han logrado reunir todas las posibilidades combinatorias de situaciones laborales existentes para diseñar personajes prototipo con el que luchar en esta carrera sin tregua. Así se pueden combinar categorías profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), tipos de contrato (estatutario, laboral, funcionario), grado de consolidación (fijo, interino, suplencias, contrato de guardias), lugar de trabajo (hospital, extrahospitalario), tipo de centro (público, nueva forma de gestión), años de ejercicio, experiencia curricular. Una vez elegido el personaje empieza una carrera única por conocer las reglas y conseguir reconocimiento. La variedad de pantallas es escalofriantemente rica. Por ejemplo, si uno elige el personaje de trabajador social entra directamente en la prehistoria donde los dinosaurios corporativistas impiden llegar al punto de partida. Por el contrario el estatutario fijo de hospital solo tiene que conseguir los distintos certificados de años trabajados y presentarlos a tiempo en el lugar correspondiente, aunque dependiendo de su pasado a veces tiene que pelear contra la fuerza cósmica de la Cultura de Empresa y solo le cuenta lo trabajado en una administración. Los interinos tiene una pantalla previa de consolidación en que el enemigo a batir es otra de fuerza cósmica a la que han llamado Inercia Anti-Oposición. En la carrera de los laborales fijos extrahospitalarios si se pasa pantalla se llega a una reunión con el Director de Recursos Humanos del SERMAS donde se plantea una partida al juego de la estatutarización, que es como un juego dentro del juego. El punto flaco son las armas y gadgets con los que cuentan los personajes para defenderse de las Fuerzas Cósmicas. Así, se pueden convocar asambleas para unir fuerzas, pero la babel de situaciones laborales hace difícil llegar a acuerdos de movilización; el recurso al Sindicato tampoco es de gran utilidad porque parecen diseñados para carreras más simples; y el traductor de acuerdos, al que han llamado acertadamente Groucho Marx, confunde más que aclara a la hora de tomar la decisión de aceptar algún acuerdo.

En fin, un juego didáctico para que los pequeños de la casa disfruten viendo como sus padres corren en calzoncillos hacia no se sabe dónde y los pacientes de las salas de espera y habitaciones de hospital pasen un rato entretenido.

Economía Internacional

PANRICO Y LA SANIDAD MADRILEÑA.

En el último boletín informábamos de cómo la Fundación Jiménez Díaz había sido vendida a un grupo sueco que cotizaba en bolsa. Estos meses de gestión habíamos podido notar sutilmente los cambios suecos de la atención: un intenso sabor a ahumados por los pasillos, camillas y férulas automontables con instrucciones sencillas, una puerta de salida a la que se llegaba tras haber recorrido todas las instalaciones e hileras de pacientes que habían acudido a

una revisión pero que terminaban operándose de juanetes sin necesitarlo. Sin embargo la empresa sueca CAPIO ha sido comprada por una empresa de capital de riesgo llamada APAX PARTNERS que además tiene adjudicado el hospital de Valdemoro. ¿Qué tiene que ver esto con PANRICO? Pues Panrico también ha sido comprado por esta misma empresa y andan con reestructuraciones laborales en media España. Bienvenidos al mundo del riesgo.

(Esta noticia está especialmente dirigida a aquellos que fueron hace unos meses a una manifestación en defensa de la Sanidad Pública y acabaron bajo una pancarta de los trabajadores de PANRICO gritando consignas a favor del Bollycao sin entender nada).

Religión

EL MILAGRO DE LOS PANES Y LOS PECES EN EL MARAÑÓN

En el Hospital Gregorio Marañón hay gente que dice que lo que está pasando es un milagro; pero también hay mucha gente que está asustada, muy asustada. Todos sabemos que en todos los hospitales con unidades de psiquiatría cuando cae la noche, se apagan las luces y el viento ulula detrás de las ventanas, pasan cosas. Lo cuentan los psiquiatras de todas las edades, y a determinadas horas, cuando suena el busca, hasta los más osados y científicos “saben” que las sombras acechan y el pelo se eriza. Pero esto es diferente. A mucha gente le recuerda el milagro de los panes y los peces y eso les tranquiliza y reconforta porque bien mirado, es un milagro y los milagros solo nos pueden traer bienaventuranzas ¿Cómo no alegrarse de ello? Pero, por otro lado, al que le está pasando no puede dejar de estar preocupado, porque, ¿quién sabe?, en cualquier momento se pierde el control del proceso y aparece el monstruo. Luego, nadie quiere ser el padre del monstruo ni el hermano del monstruo ni el compañero del monstruo. Y el milagro se olvida y queda el monstruo. Así que ¡claro!, la gente se asusta. Aún no está confirmado del todo, tampoco puede haber una declaración oficial. De estas cosas es mejor no hablar; pero los hechos parecen absolutamente contrastados y si lo piensas bien, da pavor: en un terreno yermo que no crecía nada y que tenía el agua racionada están creciendo las cosas sin ningún control. Bueno el hecho en sí ahí va: los psiquiatras se están reproduciendo. Si, como suena: de un psiquiatra sale otro, a veces se parecen y otras no, pero el hecho en sí es que se está duplicando la plantilla. Ha ocurrido dos veces y aunque parecía un fenómeno controlado, las últimas noticias no son tranquilizadoras. Todo lo contrario, todo parece indicar que el dueño del milagro ha perdido el control y las cosas que pasan ya están en otra dimensión. Lo extraordinario ahora es que no solo se reproducen los psiquiatras... ¡sino los servicios! Había el I y el II y ha aparecido un tercero, que no se parece ni al primero ni al segundo y que aun se desconoce como funciona, de que se alimenta y que ha venido a hacer aquí. Puede que sea un milagro y todos tengamos que estar agradecidos, un milagro no es nada más que un regalo de los dioses, pero hay mucha gente asustada, muy asustada.

Ciencia y futuro

RECORD DE GESTACIÓN DE UNA UNIDAD

¿Qué está pasando en el Rodríguez Lafora para que la Unidad de de Trastornos de Personalidad se niegue a nacer? Cumplido con creces el periodo de gestación, el embarazo se está prolongando más de un año, la Unidad se niega a salir. Han probado de todo: dieta absoluta, alimentos ricos en proteínas, dietas disociadas, macrobiótica radical, “coma todo lo que quiera pero siempre vestida de etiqueta”, pero nada. Hasta musicoterapia: empezaron con el himno del Atlético de Joaquín Sabina y ahora están con el “You Win Again” de Van Morrison, pero nada. Dice que no, que mientras estén las cosas como están que no sale. Todo el mundo le pregunta ¿Qué como están?, pero ella no suelta prenda y lo único que dice es que no sale, que así no sale.

TELE-EXISTENCIA EN ARÉVALO

La conmemoración reciente de los 25 años de la movida madrileña y de los 20 años del Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica ha inspirado a la Comunidad de Madrid, líder en España y próximamente en Europa en la aplicación de las nuevas tecnologías al servicio de los ciudadanos, a realizar un nuevo proyecto para nuestros locos incurables que combine el sabor de aquellos años ochenta con las nuevas tecnologías. Recordarán ustedes como en aquellos años felices de los primeros ochenta pululaban por la geografía manicomial española todos aquellos locos madrileños que aquí no cabían. Qué mejor homenaje a estos años de movida y reforma que repetir la experiencia y enviar a Arévalo a los nuevos olvidados para los que no hay dinero para construirles unidades en Madrid. Pero para que la experiencia no sea una replica exacta de lo ya vivido y además se cumpla la letra insensata del Plan de Salud Mental, que hablaba de Unidades cerca del área geográfica que eviten el desarraigo, nada como aprovechar las oportunidades que nos dan las nuevas tecnologías de la comunicación. El proyecto Tele-existencia en Arévalo grabará permanentemente a nuestros crónicos desplazados y los podremos ver en las pantallas del Metro o en la cadena de la Consejería de Sanidad, evitando así que el destierro sea definitivo. Lejos, pero presentes.

TELEPATÍA EN LA RED

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha instalado un nuevo sistema de comunicación. Nos hemos enterado por Telepatía de que se van a poner en marcha dos Unidades Específicas para los Trastornos de Conducta Alimentaria en los Hospital Ramón y Cajal y Hospital Clínico San Carlos que se van a llevar la mayor parte de los presupuestos de nuevas acciones del 2007. También nos hemos enterado por Telepatía de que se quieren inaugurar antes de las elecciones. Tanto las unidades, ubicación de las mismas y papel que van a desempeñar dentro de la Red se han discutido y aprobado muy ampliamente por Telepatía con los distintos estamentos y dispositivos asistenciales de la red de atención a salud mental y con las asociaciones profesionales. No cabe duda que el nuevo sistema de comunicación agilizará de forma muy notable la toma eficiente de decisiones dentro de la Red.

Dietetica

LA ANOREXIA SE COME EL PRESUPUESTO DE SALUD MENTAL

La anorexia hasta hace unas décadas era una de las patologías paradigmáticas de los problemas de comunicación familiar y encontraba en las intervenciones paradójicas una de sus soluciones. Pese al cambio de paradigma en el entendimiento de esta enfermedad la verdad es que anorexia y paradoja parecen no acabar de desligarse. Tras el empuje de reportajes sobre la anorexia con los que los medios de comunicación parecen expiar sus culpas de tanto programa desprestigiando al michelín nuestros políticos deciden darse un festín electoral convirtiendo a la anorexia en el plato fuerte de la política de salud mental. Podemos sospechar que en la Oficina a más de uno se le ha atragantado el tema si es cierto, como se comenta a los postres de muchas reuniones, que casi la mitad del dinero de las acciones del 2007 del Plan de Salud Mental lo van a engullir los nuevos recursos para esta patología. Y aunque el pollo estaba asado antes de matarlo, por si acaso se han puesto a contar el número de pacientes que ingresan no vaya a ser que pongan un número de cubiertos demasiado exagerado para el convite. La voracidad de la anorexia se traga la planificación sensata. Anorexia y sanidad madrileña padecen de lo mismo: una distorsión de su imagen, cuanto más gordas se creen más flacas están.

Cartelera

Cines Parque-Sur de Leganés. *El imperio Contraataca.* Reposición del quinto episodio de la famosa epopeya galáctica dirigida por George Lucas, situada en una galaxia lejana llamada misteriosamente IPJG. En este episodio las huestes imperiales envían un nuevo gerente a la galaxia IPJG para doblegar a los rebeldes capitaneados por el eterno Obi-Wan Kenobi. Obi Wan no solo tendrá que resistir las embestidas gerenciales sino que enfrentará el cansancio de los habitantes del Instituto por las continuas guerras y los problemas de visión que padecen debido al cambio continuo de polaridad entre el lado oscuro de la fuerza y el lado iluminado. Sesión continua desde las ocho y media de la mañana. Entrada gratuita a veteranos de guerra. A partir de Junio está previsto reponer el último episodio de la saga, El retorno del Jedi.

Cines Gregorio Marañón. *Una noche en la Opera II.* Delicioso remake de la obra original de Sam Woods de 1935 interpretada por los hermanos Marx. En este caso la acción transcurre alrededor de la famosa escena del camarote del barco en el que acaban metidos hasta dieciséis personas, pero ambientada en un servicio de psiquiatría donde no paran de contratar profesionales y no se sabe donde colocar a tanta gente. Desternillante la escena en la que un psiquiatra acaba en un despacho atendiendo a las víctimas de la plaga de cangrejo americano del río Ebro. Sesión de mañana. Aforo ilimitado.

Cines Renoir - Majadahonda. *El experimento.* Un jefe de distrito de un CSM solicita la cobertura de una plaza vacante por jubilación de un psiquiatra. Casi un año después la plaza continúa sin cubrirse. El equipo tiene una situación insostenible apareciendo conductas caníbales sobre las agendas. Ninguno sabe que son víctimas de un experimento en el que se pone a prueba la capacidad de los profesionales a vivir presiones asistenciales extremas. Están a punto de batir el record de otro CSM que llegaron a soportar 2000 milibares de presión asistencial. Sesiones: consultar agenda.

HEMOS LEÍDO

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad y Consumo.
Centro de publicaciones.

Madrid, 2007

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha editado la Estrategia en Salud Mental aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. El objetivo de este documento es conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales, basada en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.

El texto es un conjunto de análisis y propuestas realistas, viables y unánimemente compartidas por expertos de distintas asociaciones de profesionales y responsables de la salud mental de las distintas comunidades autónomas del país. Es por

tanto, un punto de partida excelente, aunque sea de mínimos, para intentar influir en la realidad y elevar los niveles de salud mental.

En el libro se plantean las coordenadas sobre las que debe desarrollarse la Salud Mental en nuestro país y para ello propone seis líneas estratégicas:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
4. Formación del personal sanitario
5. Investigación en salud mental
6. Sistema de información en salud mental

En todas se plantean objetivos generales y específicos, recomendaciones

técnicas e indicadores de seguimiento y evaluación. Además, se incluye en cada una de ellas un epígrafe de ejemplos de buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad. Probablemente el contenido más estimable, por lo novedoso, corresponde al capítulo dedicado a la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.

Contribuir a la cohesión de nuestro sistema sanitario con unas prestaciones homogéneas en todos los rincones del país y mejorar la salud mental son unos objetivos imprescindibles y este documento es un buen marco para lograrlos, pero además de nuestro compromiso como profesionales y ciudadanos esperemos contar con la voluntad política de nuestros gobiernos.

Alberto Ortiz Lobo

Disponible en: <http://www.asoc-aen.es/web/docs/EstrategiaSM07.pdf>

HEMOS ESTADO

MESA-DEBATE

La integración de la Atención a la Salud Mental en Atención Especializada

Se llevó a cabo, organizada por la Asociación Madrileña de Salud Mental, el día 25 de Enero a las 18 horas en el Salón de Actos del Ministerio de Sanidad y Consumo con medio centenar de personas en la sala. En la Mesa, representando al Subdirector de Atención Especializada, José María López de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental repasó la situación de la integración desde el punto de vista de la administración. La comisión creada para articular la integración está parada y no está previsto que se vuelva a reunir. Se sigue apostando por la integración funcional en las gerencias de atención especializada, con los criterios que cada gerencia quiera establecer. Desde el punto de vista laboral se ha elegido el modelo estatutario para el personal y todas las decisiones que se tomen y acuerdos con los representantes sindicales van a ir dirigidos a que se opte por este modelo que se ofertará a lo largo de este año, no se sabe que pasará con los interinos y no hay plazos definidos. En cuanto a la integración de los sistemas de información, se ha decidido que sea en el sistema de información hospitalario, tampoco hay fechas para ponerlo en marcha. Se defiende que la Rehabilitación Psicosocial sea una prestación sanitaria, pero la

Dirección General de Servicios Sociales, que maneja un gran presupuesto para este tema, no está en esa línea. Se defiende un modelo de Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental que depende directamente de la Dirección General del SERMAS, con las funciones que venían definidas en el Plan de Salud Mental 2003-2007: función de planificación de recursos humanos e infraestructuras necesarias para una adecuada provisión de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental, cartera de servicios y política de calidad y función de compra servicios de camas de media y larga estancia, programas especiales, hospitales de día, recursos intermedios de rehabilitación psicosocial y recursos de soporte social. Como forma de gestión se aboga por las Unidades de Gestión Clínica con intención de hacer un pilotaje en 4 Áreas aunque ésta por concretar cómo y cuándo.

Manuel Desviat, miembro de la comisión para integración, hace balance: no está resuelta la integración, la comisión no se reúne desde 2004 y hay algunos elementos nuevos como la nueva zonificación y los nuevos hospitales que van a modificar la realidad asistencial de Madrid de una manera importante y este sería el momento de plantear la integración, antes de que se consolide el nuevo mapa sanitario. El análisis de situación insiste en una fragmentación progresiva de la red, en una pérdida de peso de la Oficina Regional de

Coordinación de Salud Mental, en un abandono progresivo del trabajo comunitario, en un aumento del poder de los hospitales, con muy poco contrapeso a los gerentes de atención especializada que, por otro lado, desconocen casi todo de la atención a la salud mental. Propone establecer unos requisitos para la integración con los que negociar con la administración, defendiendo un modelo que garantice la continuidad de cuidados, que el Centro de Salud Mental recupere su lugar como centro del sistema, una carrera profesional para todos los profesionales y un nuevo modelo de gestión, que puede ser el modelo de Unidades de Gestión Clínica u otro similar, que garantice una gestión directa de todos los servicios y personal implicado en la atención a la salud mental.

José Ramón Repullo, de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), con una mirada atenta y a cierta distancia de lo nuestro, se preguntaba, en una intervención llena de sugerencias y en línea con Raymond Carver “¿de qué hablamos cuando hablamos de integración?”, y nos sugería que no nos dejásemos llevar por el peso de las palabras a la hora de resolver los problemas que tiene la atención a la salud mental. Que, a veces, más importantes que las respuestas son las preguntas que nos tenemos que hacer, que más importante que la integración es “una buena organización”, y que más que integrar pro-

fesionales habría que integrar procesos y estar pendientes de evitar algunos riesgos importantes que tiene el sistema como es el de la hiperespecialización.

El debate posterior, rico y emotivo, nos dejó como conclusión que la

integración puede ser una herramienta que nos permita abordar los problemas actuales de la atención a la salud mental y el encargo a la Junta de Gobierno de dar los pasos para establecer una plataforma para negociar con la administración, con

los requisitos que se deberían dar para llevar a cabo la integración en Atención Especializada y en otoño hacer una nueva convocatoria para revisar la situación.

Pedro Cuadrado Callejo

JORNADA

Las personas con trastorno mental grave en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia”

Celebrada el 22 de febrero de 2007 en el Salón de Actos del IMSERSO y organizada por FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) y FUTUPEMA (Fundaciones Tutelares de Personas con Enfermedad Mental Asociadas). Era una tarde casi primaveral con todo el aforo completo, personas sentadas en los pasillos, calor en la sala y una gran expectación de personas venidas de toda España. Es evidente que la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley de Dependencia para todo el mundo, ha despertado muchísimas expectativas en el colectivo de familiares de enfermos psíquicos y de profesionales e instituciones ligadas a la rehabilitación y tutela de estos pacientes. El Preámbulo de la Ley, recogido en

el programa de la jornada, da pie a ellas: “el Sistema de la Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades. Configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano”.

Se trata, por lo tanto, de incorporar a las personas con trastornos mentales graves y a sus cuidadores al nuevo sistema de prestaciones sociales que se concentra y se crea con esta nueva ley. Y se hace con el tren en marcha y contra reloj, cuando ya casi todo está decidido, con un ámbito de aplicación de la ley donde finalmente se recoge la enfermedad mental, pero donde queda, seguramente, lo más importante: influir en la tabla y forma de baremación y en los regla-

mentos de aplicación de la ley. Este fue el sentido general de todas las intervenciones de la mesa que fue moderada por Javier Pallarés Neila, Director del Departamento de Tutela de la Fundación Manantial e intervinieron como ponentes: Rosa Ruiz Salto Gerente de FEAFES, Antonio Martínez Maroto, y Manuel Ángel Marcos Mateos, por parte del IMSERSO, e Inmaculada Sanz Otero Directora General de Coordinación de la Dependencia de la Comunidad de Madrid. En el debate posterior, desde la sala, se expresó la inquietud respecto a la baremación que, según estaba planteada y después de haber incorporado la capacidad de decidir y de cuidar de la salud, dejaba fuera a más de tres cuartas partes de las personas con enfermedades mentales graves. También se cuestionó si la puesta en marcha de esta ley puede suponer una disminución de los recursos sociales específicos para los pacientes con enfermedades mentales que se quedan fuera de ella.

Pedro Cuadrado Callejo

Junta de la AEN

En Madrid los días 9 y 10 de marzo estrenamos sede en la c/ Magallanes. Buen ambiente y actividad intensiva de 17 a 21 horas el Viernes y de 9,30 a 13,30 el día 10. En el Orden del Día, entre otros temas importantes, el Proyecto de Guías Clínicas, la creación de una Fundación, el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), Grupo de Trabajo sobre la Ley de Dependencia y sobre Salud Mental y Prisiones, valoración de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de la AEN, Escuela de Salud Mental e información sobre las Próximas Jornadas de Alicante.

1. La AEN se embarca, inicialmente, en la confección de una o dos Guías Clínicas. Las que tienen más posibilidades son una sobre el duelo, que es innovadora pero tiene muchas dificultades metodológicas y otra sobre el Trastorno Bipolar menos innovadora pero más fácil de hacer.

2. El rechazo a la solicitud de entidad de utilidad pública (las Asociaciones Autonómicas pueden solicitarlo) acelera el proyecto de

crear una Fundación de la AEN que permita recibir y canalizar fondos y se harán los trámites para poder formalizarlo en Alicante.

3. Con respecto al TAI, se propone que se regule no de forma específica para los enfermos mentales, sino a través de una modificación de la ley de autonomía del paciente.

4. Se propone crear un grupo de Trabajo sobre la Ley de Dependencia del Paciente y dadas las peculiaridades que va a tener su implantación en cada comunidad autónoma, se incorporará a este grupo de trabajo un representante de cada asociación autonómica. Por Madrid se incorporará Cristina Alonso.

5. Se da la bienvenida a la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo que es un acuerdo de mínimos que aunque no cubre todas las expectativas que se había depositado en ella, es un avance.

6. Desde Granada está en construcción una página Web del Observatorio que permitirá colgar los datos, consultarlos e ir actuali-

zándolos, su dirección: www.observatorio-aen.es

7. Con respecto a la Escuela de Salud Mental, se incorporará al comité académico un representante de FEAFES. Está en marcha la creación de grupos de trabajo que desarrollen criterios de acreditación de las actividades de formación especializada no reglamentada oficialmente. Se aprueba el desarrollo de un proyecto para la creación de una red de investigación de la AEN. Se solicitará a las autonómicas los equipos de investigación que pudieran estar interesados en incorporarse a la misma.

8. Las XXI Jornadas Nacionales de la AEN – VI Jornadas AEN-PV, a celebrar en Alicante entre los días 30 de Mayo y 2 de Junio con el lema “Salud Mental y Memoria: Reconstrucción de la dignidad personal e histórica”, tienen una pinta excelente. Y en primera línea de playa. Para los profesionales de grado medio se han adjudicado 5 Becas para los socios de la Madrileña que se podrán solicitar hasta el 10 de Mayo.

Pedro Cuadrado Callejo

CARTAS A LA AMSM

Más sobre psicología clínica: respuesta y consideraciones

Los asociados de la AEN en Madrid recibimos, el pasado mes de Noviembre, el nº 98 de la Revista y el Boletín de Otoño de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

En la primera de las publicaciones, concretamente en el apartado sobre *“El reto de la interprofesionalidad”* del Editorial de Alberto Fernández Liria, actual Presidente de la AEN, se hacía referencia a un supuesto *“rebrote de los corporativismos”* como efecto secundario de *“la inevitable existencia de solapamientos entre las funciones que desarrollan las distintas profesiones”* que integran los equipos de Salud Mental.

En la segunda de las publicaciones mencionadas, aparece un artículo de Laura Hernáñez Criado, actual Vicepresidenta de la Madrileña, titulado *“Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid: realidades y alternativas”*.

Este segundo artículo, hace referencia de forma explícita al escrito dirigido, hace ya diez meses, por 82 Psicólogos Clínicos de la Red Pública, a D. Francisco Ferre, Director de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, con copia a los diferentes Jefes de Área, en el que se proponía la creación de estructuras organizativas específicas de Psicología Clínica en la red sanitaria pública madrileña. (Ver Anexo).

Por la coincidencia en el tiempo, podría entenderse que el rebrote de los corporativismos que cita el primero de los escritos fuera una alusión, a la carta referida en el segundo. Este segundo artículo, acepta lo inadecuado de la situación de los Psicólogos Clínicos en la sanidad, aunque responde negativamente a la iniciativa del escrito tomada por los profesionales, plasmada en esa ya famosa carta, si bien desconocida y, por otra parte, nunca respondida.

Con el fin de aclarar posibles malentendidos y para favorecer un debate constructivo, creemos necesario hacer una serie de consideraciones.

1. La idea del escrito fue decidida en una reunión a la que fueron convocadas todas las áreas, si bien la información no llegó a todas. Dicha idea fue apoyada en un tiempo record por el 57% de los profesionales y surgió de forma espontánea a raíz de la información que circulaba sobre la inminente reestructuración de las Gerencias de las Áreas Sanitarias y el paso a Atención Especializada de los Servicios de Salud Mental. Según dicha información no parecía contemplarse nada específico en relación a los Psicólogos Clínicos, a pesar de haber sido reconocidos ya como especialistas desde hacía un tiempo. A la vista de esta información se pensó que, estratégicamente, sería el momento adecuado para pensar en algún cambio organizativo y que sería más complicado incluir propuestas posteriores a ésta reforma.
2. Los presentes en dicha reunión entendíamos que, una vez reconocida la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, ésta deberá considerarse como tal en cualquier proyecto de reforma o reestructuración sanitaria que vaya a llevarse a cabo y pueda afectarnos y contar con el mismo organigrama que el resto de especialidades.
3. La creación de estructuras diferenciadas de Psicología Clínica no tiene porqué implicar un cambio de modelo de atención a la Salud Mental, ni una desintegración de los actuales Equipos. Sin embargo, sí supondría la culminación formal del proceso administrativo de reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad en la Sanidad Pública. Escapa a toda lógica que este largo y complicado proceso de reconocimiento, se haya hecho para que no tenga consecuencias prácticas ni en el funcionamiento ni en la organización, con lo que esto significaría de hecho, la imposibilidad de desarrollo pleno de la ya no tan nueva especialidad. Consideramos también, que el mero hecho de aplicar una coherente y adecuada carrera profesional, actualmente imposibilitada, posiblemente podría encaminarnos por sí solo hacia un resultado similar.
4. Las implicaciones prácticas o las adecuaciones que pudieran ser necesarias para dar cabida a nuevas estructuras, deberían apuntar a la mejora del actual modelo que, por otra parte, se halla bastante maltrecho y desgastado en muchos aspectos.

Entendemos que la necesidad de especificidad de la Psicología Clínica dentro de los Servicios de Salud Mental, se inscribe en el progreso natural de avance de los conocimientos científicos y de diferenciación de las distintas disciplinas y, entre otras variables, la vía de formación y acceso PIR desde hace años. Por otra parte, el enorme desarrollo teórico, científico y de formación producido en los últimos decenios, junto a la gran cantidad existente de profesionales experimentados y la sólida y coherente demanda social de ayuda psicológica, debería bastar para comprender la necesidad imperiosa de un desarrollo amplio, específico y de calidad de esta especialidad en el sector público. Esta situación y la importante presencia social y en los medios de comunicación de nuestra disciplina, contrasta paradójicamente con un desarrollo raquítico en la realidad de las instituciones sanitarias de la esfera pública.

Se constata cierta resistencia externa e interna para que podamos constituirnos y funcionar como colectivo diferenciado y autónomo, sin considerar que sólo desde una posición así es posible hablar de cooperación interdisciplinar, entendiendo ésta en términos de colaboración desde lugares reconocidos y diferenciados y no desde la confusión de roles, la indiscriminación o el sometimiento. En cualquier caso, las iniciativas en este sentido, no tendrían porqué romper ningún modelo comunitario, ni desde luego es el interés de los firmantes de la carta, si es que existe tal modelo más acá de un horizonte de utopía como el que menciona Laura. Sin embargo, sí es posible que se pueda cuestionar el modelo organizativo que mantiene a la Psicología Clínica en un lugar secundario y subordinado como especialidad sanitaria en Salud Mental.

No se puede negar que la estructuración formal del Sistema Sanitario se basa en las especialidades, por lo que negar esta realidad para la Psicología Clínica no parece que sea el mejor camino a seguir.

Dicho todo lo anterior, no parece pues de recibo que se aluda, desde una cómoda posición dominante, a la aparición de rebrotes de corporativismo. La inmensa mayoría (por no decir todos) de los puestos de influencia, órganos de decisión, lugares de representación etc., como muy bien recoge Laura en la primera parte de su artículo, son ocupados por Psiquiatras. Esta situación de por sí, somete a una especie de minoría de edad permanente a otras especialidades que juntas deberían construir la teórica interdisciplinariedad desde lugares equiparables.

Resulta llamativa la arbitrariedad en la interpretación de nuestras funciones en diferentes Áreas o Servicios. Pensamos que no es posible la interprofesionalidad si no se parte del reconocimiento de la especificidad y del respeto a las profesiones que colaboran en ese proyecto. Para que ese respeto sea efectivo ha de dotarse a cada colectivo profesional de la capacidad de ordenarse y organizarse para actuar de forma coherente con su perfil. De no ser así, la colaboración interprofesional no irá mucho más allá de la colaboración más o menos personal de la que cada profesional individualmente sea capaz.

Al mismo tiempo, creemos hablar en nombre de muchos compañeros cuando decimos que los psicólogos clínicos estamos muy cansados de que otros colectivos definan nuestro propio trabajo y actúen como intermediarios en los foros de decisión.

No sería justo por tanto, calificar de corporativismo a éste pequeño movimiento de los firmantes de la carta, con su invitación a pensar qué estructuras serían las adecuadas y a colaborar en una propuesta, para nada cerrada, que dé una cabida igualitaria de cooperación entre profesionales. Valdría la pena diferenciar lo que puede haber de “ismo” como interés corporativo deformado, exagerado o espurio de un grupo profesional, del legítimo y ordenado derecho de un colectivo disciplinar a incardinar mejor su actividad y promover su desarrollo profesional. Por otra parte, los verdaderos “ismos” y deformaciones poderosas, contradictorias con el modelo comunitario no se combaten, como ocurre con el biologicismo reinante, la medicalización de todo lo mental, el abuso de los psicofármacos o la propensión a psiquiatrizar, por citar sólo algunos de los que se habla mucho, para después seguir funcionando como si nada de eso existiera.

La creación de servicios y secciones de Psicología Clínica podría compensar en parte esas tendencias continuistas, con mayores y más eficaces posibilidades de intervención. La colaboración entre especialidades de Salud Mental, debería acordarse y programarse, estableciéndose objetivos y prioridades comunes y acordando formas adecuadas y eficaces para el trabajo en equipo cuando sea preciso, partiendo de los recursos y las posibilidades de intervención de forma realista.

Fd°: César Gilolmo López, Ana Mª López Fuentetaja, Ángeles Lassaleta Garbayo, Mª Luisa Alfaya Tomé y Ángeles Castro Masó.

Pilar Collado García, Julia Domínguez Bidagar, Jesús Fernández Rozas, Carmen González de la Vega, Laura de la Iglesia Fontecha, Concepción Fournier del Castillo, Carmen Gómez Pérez, Mª Luisa López Gironés, Carlos Más Pérez, Aurora Navarra Blanco, Mayelín Rey Bruguera, Luis Miguel Rodríguez González, Pedro Rodríguez Sánchez e Isabel Sierra Sánchez.

(1) ANEXO
D. FRANCISCO FERRE, JEFE DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Los abajo firmantes, Psicólogos Clínicos de los diferentes centros sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud, nos dirigimos a Vd. con el fin de que se valoren las consideraciones que exponemos a continuación:

Recientemente hemos recibido informaciones sobre la probable integración de todos los profesionales de Salud Mental en las distintas Gerencias de Atención Especializada, sin que sepamos como se contempla dicha reorganización en nuestro caso.

Como Vd. ya conoce, en los últimos años se han producido cambios importantes para nuestra profesión, fundamentalmente por la creación, mediante el Real Decreto de 1998, del Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. También la más reciente Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, contempla la Psicología Clínica como una Especialidad Sanitaria más.

Estos hechos han puesto de manifiesto y han reconocido funciones y competencias que ya veníamos realizando en el ámbito sanitario e implicaban la homologación legal para el desarrollo de nuestra especialidad en la Sanidad Pública. Como consecuencia de lo anterior, se produjo un reconocimiento laboral de dicha Especialidad, modificándose tanto la categoría profesional como las retribuciones, si bien aún no se ha producido un cambio organizativo que se ajuste también a ese reconocimiento.

Por todo ello y, en previsión de las medidas que se anuncian, consideramos que es un momento adecuado para que se contemple la creación de estructuras organizativas específicas de Psicología Clínica (Servicios, secciones...), que permitan avanzar hacia un desarrollo pleno de nuestra Especialidad. Entendemos que dicho desarrollo requiere de actuaciones y ámbitos diferenciados propios de una Especialidad Sanitaria.

Confianza contar con su favorable disposición y con el ánimo de contribuir a la puesta en marcha de estos objetivos quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente.

Madrid, Mayo de 2006

El maltrato a la psiquiatría infanto-juvenil

Hace un año escribíamos en esta misma revista (Boletín AMSM de invierno 2006) una carta titulada *La orfandad de la psiquiatría infanto-juvenil*. Este año, algunos profesionales que creemos pertenecer a ese grupo de psiquiatras especialmente capacitados o preferentemente formados en la susodicha disciplina, hemos dado un paso más, hemos conseguido acumular experiencias de maltrato, en claro paralelismo a la situación de algunos de nuestros *usuarios, clientes* o, más precisamente **pacientes**. Tan paralelo es este maltrato que reúne las mismas características que los más habituales casos de maltrato infantil: los agentes son miembros de la propia familia (psiquiátrica), están en posición de poder respecto a los maltratados (son personas con puestos de responsabilidad en instituciones relevantes, léase Departamento de Salud Mental de la CM), el maltrato es continuado y no puntual, y se sirve de engaños y mentiras. Los hechos: hace unos meses, el Responsable de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid hace unas declaraciones en el Boletín Salud.Madrid (junio de 2006) asegurando su apoyo a la disciplina y perfiles en psiquiatría infanto-juvenil. “Para nosotros es un tema especialmente sensible (a la pregunta sobre la preocupación por el incremento de los problemas psiquiátricos de niños y adolescentes), y aunque no existe la especialidad de Psiquiatría Infantil, todos los profesionales que atienden a niños y adolescentes deben tener un perfil determinado”. Creíamos entonces y sabemos ahora, que desde dicho Departamento se boicoteaba en ese momento la aparición de dicho perfil en la convocatoria del concurso de traslados de la Comunidad de Madrid para puestos asistenciales en Equipos de Infanto-Juvenil. En este año hemos sabido además de dos actuaciones que avalan aún más este boicot-maltratante de que hablamos.

Uno. La Dirección del Hospital Gregorio Marañón decide convocar dos OPES en diciembre de 2006, para contratar a dos psiquiatras con méritos preferenciales curriculares en psiquiatría de adolescentes. La única lectura razonable de este hecho es que el hospital trata de cuidar una Unidad (de hospitalización de adolescentes) que le proporciona un buen servicio, acorde con los objetivos planteados inicialmente para dicha Unidad, contratando a profesionales con una cierta experiencia en el trabajo a realizar, y evitando así la dilución de aquellos objetivos, previsible si en un concurso de traslados caen en el Servicio personas con larga experiencia psiquiátrica (criterio único de selección) pero con nula experiencia específica. Parece que la dirección de este hospital tiene una sensibilidad (quizás ganada en la experiencia directa y el conocimiento de los servicios) de la que carecen los responsables político-organizativos comunitarios. Ante esta acción, algunos representantes de la psiquiatría infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid, envían una carta-queja a la Dirección del Hospital Gregorio Marañón, criticando esta decisión.

Dos. Aquellas mismas personas, que, reiteramos, dicen defender el perfil infanto-juvenil para los equipos específicos, y algunas de ellas *careciendo absolutamente* de él, se presentan al referenciado concurso de traslados, solicitando las plazas cuyo destino se ubica en la Unidad de Adolescentes y en la Sección de Psiquiatría Infantil del Departamento de Pediatría. Una acción ejemplar en la defensa de la especificidad de la disciplina.

De la misma manera que los niños maltratados tienen su mejor tabla de salvación en el apoyo por parte de otros adultos del mismo sistema familiar que el maltratador (que les ayuden a evitar que se oculten los hechos, que les protejan de su continuación y que les doten de recursos para defenderse), esperemos nosotros seguir encontrando *adultos significativos* en los que apoyarnos, que nos defiendan, nos respeten y nos escuchen, para evitar que las acciones dolosas consigan dejar secuelas en la psiquiatría-infantil en desarrollo.

Mara Parellada. Lola Moreno.

Psiquiatras de la Unidad de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

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: