

EDITORIAL
PÁG. 2

OPINIÓN
PÁG. 4

Continuidad de cuidados
María Alonso

**Crisis en la red asistencial
de salud mental de Leganés**

COLABORACIONES
PÁG. 8

**Reflexión desde los recursos
residenciales**
Mar Hernández et al.

**De la clínica de la relación
a la rehabilitación**
Antonio Muñoz

PANÓPTICO
PÁG. 18

HEMOS ESTADO
PÁG. 23

HEMOS LEÍDO
PÁG. 25

CARTA A LA AMSM
PÁG. 27

TABLÓN DE ANUNCIOS
PÁG. 28

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

Primero se llevaron a los funcionarios de correos,
pero a mi no me importó,
porque yo no lo era.
Luego fueron los del ayuntamiento,
pero a mi no me importó,
porque yo tampoco era.
Cuando fueron a por los especialistas de laboratorio de los nuevos hospitales,
no protesté,
porque yo no era de laboratorio,
Cuando vinieron a buscar a los de radiodiagnóstico,
no protesté,
porque yo no era de rayos.
Cuando vinieron a buscarme,
ya fue tarde,
no quedaba nadie más que pudiera protestar.

La sanidad en Madrid: patas arriba

1. Desde que en Septiembre de 2007 salió la convocatoria para cubrir las plantillas de los nuevos hospitales hemos ido de sobresalto en sobresalto. No teníamos ninguna información previa de lo que se quería hacer y al ver las plantillas, a la desinformación se unió la inquietud. No entendíamos que se pretendía hacer con los nuevos hospitales a los que se asignaban 10 psiquiatras y 4 psicólogos para los de 30 camas y 6 psiquiatras y 2 psicólogos para los de 15. Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, el único interlocutor que hemos tenido a lo largo de este proceso, se nos informaba que ellos no habían tenido nada que ver en la planificación de los nuevos servicios de psiquiatría; pero que si querían dejar claro que los nuevos hospitales no deberían tener consultas externas. Pero si no tenían consultas externas, ¿Qué es lo que iban a hacer? Tampoco sabían como se iban a incorporar a la red; pero que de los seis hospitales, cuatro de ellos salían sin área poblacional de referencia. Si salían sin área de referencia, en un modelo como el que teníamos, territorializado, ¿Qué es lo que iban a atender? Tampoco sabían qué iba a pasar con las vacantes dejadas por los profesionales que se fuesen a los nuevos hospitales, aunque la convocatoria no dejaba lugar a dudas, se trataba de una “reordenación de efectivos”. En la práctica, esa convocatoria suponía una auténtica OPA hostil a todo el sistema sanitario. Se detraían recursos de la red para cubrir las necesidades de los nuevos hospitales, descapitalizando sus propios dispositivos sin que importase mucho como quedaban los dispositivos de donde procediesen esos profesionales. Parecería que la única prioridad de la Consejería de Sanidad fuese la apertura de los nuevos hospitales antes de las elecciones generales cayese quien cayese.

2. El segundo acto se abre, la semana del 12 al 16 de noviembre, con la publicación de la resolución de la convocatoria de jefaturas de sección para los nuevos hospitales. El proceso de selección ha tenido todas las características del de una multinacional. Una convocatoria atractiva para atraer candidatos, que de buena fe han presentado sus currículos. Un cazatalentos desconocido y con una consigna clara de lo que se busca que echa un vistazo a los currículos de los que se han presentado y decide hacer una entrevista personal a unos pocos que tengan el perfil del encargo. La buena fe de los que se presentaron a una convocatoria en la que suponían se mantenían las reglas básicas de las convocatorias para cubrir plazas de dispositivos públicos ha quedado burlada y su motivación por los suelos. Han cambiado las reglas sin contar con nadie, esa es la cuestión fundamental. La forma de entender el acceso a los dispositivos públicos es lo que ha saltado hecho añicos. La Red de Atención Pública ya no prestigia. La experiencia en esta red y la dedicación a la misma ha perdido todo su valor y, si cabe, quita puntos más que darlos.

3. En Enero, coincidiendo con las reacciones a la sentencia favorable al Dr. Montes y su equipo del Hospital Severo Ochoa, la Consejería de Sanidad decide cesar al Director Médico del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain de Leganés. El Gerente ya había cesado con anterioridad a la **Coordinadora del Programa de Continuidad de Cuidados**, y el nuevo director lo primero que hace, nada más llegar a su puesto, es cesar a los jefes del Hospital de Día y del Centro de Salud Mental. El motivo aducido: falta de confianza. Lo realmente grave es esto: puestos técnicos se convierten en puestos de confianza de la noche a la mañana. **No confianza en un capacidad técnica sino confianza personal, fidelidad, ausencia de crítica.** Si el sistema sanitario público convierte este tipo de confianza en el criterio de selección de sus profesionales ni será público ni los servicios que preste serán profesionales. A pesar de todo, la nueva dirección dice que el modelo no está en peligro. Pero el modelo no es viable si se desprestigia y coacciona a los profesionales que lo ponen en marcha. El proceso de cambio ya está en marcha, la prueba está en que algunos profesionales ya han pedido su baja en el servicio y otros se lo están planteando.

4. La puesta en marcha de los nuevos Hospitales, entre el 15 de Febrero y el 29 de Febrero, viene precedida de unas declaraciones del Consejero de Sanidad al Diario Médico, a mediados de Enero: “La zonificación no resuelve ningún problema, cuanto más me pide la oposición que la ponga en marcha más me dan ganas de no aplicarla”. Siguiendo al pie de la letra este pensamiento, la tentación de todos los nuevos hospitales es implantarse sin área poblacional de referencia. Con la excusa de que empiezan al 40%, pretenden no tener obligaciones de población que les ate, prefieren seleccionar pacientes y ofertar unidades y programas específicos que incorporarse en igualdad de condiciones al resto de la red. La coordinación en los procesos de tratamiento no será posible sin la existencia de dispositivos de referencia zonificados. Las más afectadas serán las personas con trastornos mentales complejos y severos que precisan de intervenciones multiprofesionales y de la utilización de varios dispositivos y recursos. Sin zonificación la integración se torna inviable. Alguien se puede preguntar, para qué la integración, que cada uno defina lo que quiere hacer e intente llevarlo a cabo. Pero la Red de Atención a la Salud Mental dejará de serlo si cada dispositivo tiene potestad para ofertar una cartera de servicios sin contar con los dispositivos de al lado. Es oferta y compra de servicios sanitarios lo que está en juego. Este es el nuevo modelo. Podemos definir funciones y reglas de convivencia, incluso podemos cumplirlas; pero la integración y la continuidad de cuidados ya no serán posibles. La experiencia de Valdemoro está ahí. La apertura de su hospital ha supuesto la desaparición del Centro de Salud Mental y el concierzo por parte de la empresa concesionaria de toda la atención en salud mental con los Hermanos de San Juan de Dios.

5. Desde la Asociación Madrileña de Salud Mental creemos que es el momento de reafirmar nuestra confianza en un modelo con voluntad de asumir todos los problemas y trastornos de salud mental de un área de referencia, basado en dispositivos integrados en una Red Única de Atención, donde cada dispositivo tenga definido un papel y un ámbito de aplicación, donde las unidades específicas se integren en sus áreas de referencia y dependan de los responsables de éstas, donde el modelo de continuidad de cuidados vertebré la atención y donde se prioricen las intervenciones en el ámbito donde viven las personas, con abordajes integrales llevados a cabo por equipos multiprofesionales bien dotados y donde la toma de decisiones esté ligada al lugar donde se presta la atención. Creemos que únicamente este modelo es el que permite cumplir con los principios generales de universalidad, equidad y accesibilidad recogidos en el Plan de Salud Mental 2003-2008, aún vigente.

OPINIÓN

Así no es posible la Continuidad de Cuidados en Madrid (aunque con lo que tenemos se podría hacer más)

En las últimas Jornadas de la AMRP y la AMSM se debatió ampliamente acerca de si la continuidad de cuidados es posible en Madrid. Tras lo escuchado la conclusión más clara es que no hay continuidad de cuidados posible con la situación actual: mientras los coordinadores de cuidados son los mismos (en número) desde hace años, los “cuidados” han crecido a un ritmo que hace casi imposible manejar los casos en sus distintos procesos (evaluación, cuidados directos, derivación, seguimiento, coordinación...). La mayor parte de “cuidados” o recursos han crecido desde el “Plan”⁽¹⁾ de la Consejería Familia y Asuntos Sociales bajo una perspectiva comunitaria y con visión del territorio, y se encuentran integrados en las Comisiones de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados (donde ésta funciona), por lo que pese a todo, son “cuidados” accesibles a la coordinación. Pero otros “cuidados” se han creado para todo Madrid como unidades especializadas y establecer una continuidad de cuidados entre estos dispositivos y la atención en otros recursos resulta más complicado.

¿Qué Programas de Continuidad de Cuidados queremos?

Queremos los que funcionan, los que la evidencia que proviene de la investigación existente (amplia) dice que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas a las que atendemos, a facilitar que pasen más tiempo en su comunidad y menos en el hospital. Y estos son los que siguen un modelo tipo tratamiento asertivo comunitario (TAC) o de *case management* clínico. En Madrid ya teníamos en algunos Servicios de Salud Mental algunos de éstos Programas que, contando con el personal que contaban, se organizan de la mejor manera posible para llevar a cabo la intervención que proponen estos modelos. Esta es la primera observación que indica que se podría hacer más, pues en distintos equipos el desarrollo de estas intervenciones es muy variable. Simplificando mucho lo que se espera según estos mo-

delos, diríamos que cada coordinador de cuidados tiene asignado un número de casos (en el caso del TAC el abordaje es en equipo, no tan “repartido” por tutores) y, tras identificar las necesidades de la persona (junto con el responsable clínico y resto del equipo) desarrolla la doble tarea de 1) proveer cuidados directamente (atención domiciliaria, seguimiento medicación, psicoeducación, apoyo en manejo de recursos comunitarios, etc.) y 2) derivar a los recursos adecuados, coordinar los cuidados que éstos recursos provean, y mantener el seguimiento del paciente esté donde esté acudiendo. Los modelos que se dedican únicamente a servir de *broker* de servicios, identificando necesidades y derivando, no funcionan según los resultados de la investigación existente.

Para fomentar el que en cada equipo de los SSM se llegue a unos estándares comunes en el desarrollo de estos Programas, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha promovido el debate en las Comisiones de Área en torno al borrador del documento “Continuidad de Cuidados Psiquiátricos y de Salud Mental”. Y este documento coincide con los modelos planteados en asignar al coordinador de cuidados esta doble tarea de proveer cuidados directamente además de la de derivar al recurso adecuado (seguimiento, coordinación).

Este documento supone un primer paso para tratar de fomentar que estos Programas se desarrollen con unos mínimos básicos en todos los distritos. Sin embargo, ¿cómo va a evaluarse la implementación en cada distrito de estos mínimos?, ¿depende de cada equipo del SSM, de cada jefe de servicio? ¿Qué capacidad tiene la Oficina para evaluarlo y exigirlo? Para empezar, ¿se ha debatido este documento en las Comisiones de Rehabilitación de cada Área? Según el último acta de la reunión secretarios de las Comisiones de cada Área sólo una de ellas habría realizado aportaciones concretas al documento, mientras que en otras ni siquiera se

(1) Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica.

ha debatido. Otra observación que nos permite decir que con lo que tenemos se podría hacer más: la gran diferencia que hay entre áreas en el funcionamiento de estas Comisiones que, con un funcionamiento adecuado, son el eje básico para la adecuada utilización de recursos del área y para garantizar el acceso a los recursos sin “huecos” entre cuidados. Diferencias desde la frecuencia en reuniones, asistentes, agenda...

Y, en cualquier caso, estamos hablando de un documento que describe sobre todo objetivos, principios de la intervención, que en lo concreto de la intervención se queda en la descripción de unos mínimos. En algunos distritos ya se sobrepasan dichos mínimos mientras que en otros ni siquiera existen un espacio para una reunión regular del equipo de continuidad de cuidados.

¿Qué recursos tenemos para llevar a cabo la tarea de la Continuidad de Cuidados?

¿Se puede ir más allá de estos mínimos? Teniendo en cuenta los recursos de que se dispone, sobretodo en el número de coordinadores de cuidados, incluso aquellos que forman parte de equipo con un Programa de Continuidad de Cuidados altamente desarrollado, plantean la preocupación de que una mayor especificación de las tareas y actividades que deben desarrollar estos programas, les exija unas tareas imposibles de alcanzar. Al Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 (Consejería de Sanidad) le queda menos de un año, y entre sus objetivos estaba el potenciar los Programas de Continuidad de Cuidados en cada distrito. ¿Cómo se ha hecho? Reconociendo el avance que supone el planteamiento de un documento (el citado) que recoja cómo deberían desarrollarse estos programas, sin recursos adecuados éste documento puede quedarse una interesante declaración de intenciones sobre el papel (sin olvidar que con recursos similares se desarrollan programas de muy distinto alcance en cada distrito).

Durante los 4 años de Plan de Salud Mental no se ha incrementado el personal dirigido a ejercer las funciones de coordinador de cuidados. ¿Aumentará? No hay planes. Y menos teniendo en cuenta la situación por todos conocida de que no se va a aumentar el personal de los Servicios de Salud Mental durante el 2008 a pesar de que parte del mismo se haya ido a los nuevos hospitales (salvo contratos temporales). Con este panorama, en el que algunos Servicios de Salud Mental aún no saben si se van a cubrir los puestos dejados por los psiquiatras, caben pocas esperanzas de contratación de

trabajadores sociales y enfermeros para este programa. Sea esto una cuestión de falta de planificación y ausencia de presupuesto o, más allá, una cuestión de una política intencionada de estrangular al modelo comunitario de atención en salud mental, es otro debate.

Los mismos 106 diplomados en enfermería y 67 trabajadores sociales que trabajan en los SSM desde hace casi 8 años tienen que coordinar unos cuidados que han pasado en 4 años de 1269 plazas a 5502, solo teniendo en cuenta los recursos del Plan de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, y que se prevé que sigan aumentando.

¿Qué Programas de Continuidad de Cuidados son posibles con estos recursos?

Aparecen en este contexto riesgos claros a las tareas principales de un Programa de Continuidad de Cuidados.

Para la tarea de “evaluar y derivar”, única tarea en un modelo de *broker case management* (no efectivo según la investigación), cada coordinador de cuidados pasa a manejar tal número de plazas que existe un riesgo de que el proceso de derivación se vea alterado tanto el calidad como en cantidad (en relación a las plazas existentes).

Ya empieza a observarse cómo a algunos centros no llegan derivaciones para cubrir sus plazas. Hay quien se plantea un futuro en el que los CRPS, CRL, etc., recurran a la publicidad para que lleguen usuarios a sus dispositivos o incluso a aceptar derivaciones de cualquier recurso de la red, o “por la puerta”. Los recursos y sus profesionales necesitan “clientela” para continuar y buscarán la manera de obtenerla. Aunque esto convive con recursos que aún manejan amplias listas de espera. Y sin olvidar de nuevo que aparte de la falta de recursos para llevar a cabo el proceso de derivar a un usuario, se dan tantas diferencias entre áreas y distritos, que no podemos simplificar esta observación, lo que nos sirve para preguntarnos otra vez si se no se podría hacer más con lo que tenemos.

Pero, al margen de la cantidad de derivaciones, debemos también preocuparnos con la calidad de las mismas, pues es cada vez más frecuente observar que el primer contacto entre coordinador de cuidados y paciente ha sido para cumplimentar el protocolo de derivación o ficha de continuidad de cuidados, que se desvirtúa pasando a ser un documento para derivar y dónde el plan de continuidad de cuidados individual pasa a ser un trámite. La sensación es la de “al menos utilicemos

los recursos”, sin cuidar el haber establecido un vínculo con el coordinador de cuidados que permita una adecuada valoración de sus necesidades y por tanto una derivación al dispositivo más idóneo para cada persona.

Y esto cuando la actuación que se decide tras establecer ese vínculo, evaluar, etc., es la de derivar a un recurso. ¿Qué pasa con la tarea de “proveer cuidados directos”? Existe un número importante de pacientes atendidos por los SSM que podrían beneficiarse de unos cuidados directos de su coordinador de cuidados sin pasar a utilizar un recurso especializado en rehabilitación. Pero claro, ¿cuándo hacer una visita domiciliaria, o prestar apoyo a la persona sus gestiones, o hacer un grupo e psicoeducación, etc., si tienen que evaluar, derivar, mantener seguimiento, coordinarse...? De nuevo se evidencia que con los recursos a los que derivar creciendo mientras que quienes derivan son los mismos hay un techo muy bajo para el desarrollo de estos programas.

Se va a caer fácilmente en el desarrollo de modelos de continuidad de cuidados que “valoran y derivan” que, como ya se ha insistido, la investigación ha mostrado su falta de efectividad en la reducción de ingresos hospita-

larios y la mejora de la calidad de vida. Poco a poco puede caerse por este motivo en una “ida sin retorno”, en la escisión en dos redes que hasta ahora se han coordinado de manera más que aceptable. Y esto como consecuencia de que cada coordinador de cuidados tendrá en su cartera tantos pacientes a los que ha derivado a distintos recursos a los que no es posible dar un seguimiento cercano que permita mantener un vínculo y retomar el caso con continuidad cuando se le de el alta del recurso. Sin embargo, aún a riesgo de ser reiterativos, es un hecho que hay coordinadores de cuidados que derivan un número importante de usuarios, que los conocen bien, que además están accesibles cuando hace falta coordinarse, y que mantienen con el usuario un seguimiento cercano aún cuando la persona acude al recurso. Y algunos no. Otra vez será que con los que tenemos se pueden hacer intervenciones más o menos intensas.

Así no es posible la Continuidad de Cuidados en Madrid (aunque con lo que tenemos se podría hacer más)

María Alonso Suaárez

Crisis en la Red Asistencial de Salud Mental de Leganés

El pasado mes de enero de 2008 se han producido destituciones despóticas y por razones de “falta de confianza” de cargos de Leganés con trayectoria ampliamente probada tanto por su capacidad técnica como organizativa. Se ha destituido a profesionales de referencia para un modelo comunitario de salud mental en un área pionera y referente a nivel nacional: Manuel Desviat (director médico IP José Germain), Ana Moreno (directora de calidad y jefa de Hospital de Día), Marta Sanz (jefe del Servicio de Salud Mental), y Teo Sobrino, responsable Programa Continuidad de Cuidados, que fue la primera destitución, y en un programa clave para el área. No es gratuito, es un ataque a proyectos que creen en la salud comunitaria.

En menos de una semana se recogieron 467 firmas de profesionales de la Salud Mental manifestando su apoyo a los profesionales cesados y reclamando explica-

ciones al Consejero de Sanidad, Juan José Güemes, sobre el futuro de la Salud Mental madrileña.

El escrito dirigido al Consejero, que fue presentado en la Asamblea de Madrid el 21 de febrero, expresa la indignación de los firmantes por la política que está llevando a cabo la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:

1. Criterios de afinidad política están primado sobre la capacitación profesional en nombramientos y ceses de coordinadores asistenciales, jefes clínicos, supervisores de enfermería... La destitución del Coordinador de urgencias y de cinco jefes de servicio del Hospital Severo Ochoa inició un procedimiento, el criterio de la confianza política, que empieza a convertirse en habitual, vulnerando principios constitutivos de un Estado de derecho y la efi-

- cacia del sistema sanitario. El nombramiento de las jefaturas de sección de psiquiatría de los nuevos hospitales, es un ejemplo de ello o el desmantelamiento de la dirección asistencial de una de las áreas de salud mental que habían conseguido un mayor desarrollo de la red pública de asistencial, como es el caso de “Leganés” o de los servicios de salud mental del Área 9 de la Comunidad de Madrid.
2. El reciente cese del Dr. Manuel Desviat y de 3 jefes clínicos (Teo Sobrino, Marta Sanz y Ana Moreno), profesionales ampliamente conocidos por su compromiso con el sistema sanitario público y por su capacidad técnica tanto organizativa como clínica, demuestra el desinterés por la asistencia sanitaria y abre el camino para una “caza de brujas” de los defensores de un modelo comunitario de Salud Mental.
 3. Los nuevos hospitales introducen otro modelo que el que se plasmó en la declaración de intenciones que fue el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, de hecho nunca asumido por la propia Consejería; no solo por su gestión privada, sino por su previsión de consultas externas en los hospitales, el cierre de Centros de Salud Mental, como el de Valdemoro; la falta de coordinación con el resto de servicios o de criterios de planificación integrada con el resto de la red. Todo parece indicar que las Áreas sanitarias desaparecen en el proyecto de salud mental que se está promoviendo.
 4. Pues, en la práctica, estas medidas conducen al desmantelamiento de la red de salud mental, tan precaria en algunas áreas, y presentan un escenario en el que la atención a la salud mental se limita a la interconsulta con primaria, la hospitalización de agudos y una vuelta a una larga estancia en hospitales psiquiátricos concertados dentro y fuera de la comunidad de Madrid. Estrategia que difiere de la aprobada por el Ministerio de Sanidad y aceptada por la Comunidad de Madrid en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y de los consensos internacionales –como los suscritos por los Ministerios de Sanidad de los países de la zona europea de la OMS en la Declaración de Helsinki o en el Libro Verde sobre Salud Mental en Europa–.

Asimismo, se han remitido numerosas cartas y declaraciones de apoyo a nivel personal e institucional ante esta situación: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial; Asociación de Enfermería de Salud Mental, Asociación Gallega de Salud Mental, Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, Federación Española de Asociaciones de rehabilitación Psicosocial, Forum de Salud Mental, Comisiones Obreras, Federación de Asociaciones de Amigos de Leganés, Fundació CCSM, Sociedad Psiquiatría Democrática, Francisco Chicharro (ex-presidente de la AEN y ex-trabajador del Instituto Psiquiátrico de Leganés), Rafael Sepúlveda (Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco), Hernán D. Simond (Prof. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina), Alfredo Schechtman (Médico del Ministerio de Salud de Brasil), Domingos do Nascimento Alves (Médico y coordinador del Programa de Salud Mental del Ministerio de la Salud en Brasil 1991-1996), Dr. I Levav, (Ex Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS/OMS), Amalia Tesoro (Psiquiatra), Germán Pacheco (enfermero especialista en Salud Mental), Hugo A. Cohen (Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica Organización Panamericana de la Salud), Manuel Gómez Beneyto (Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia), Olga Toro Devia (Psicóloga del Dpto. de Planificación y Desarrollo de la Red Asistencial Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Santiago de Chile), Alberto Minoletti (Jefe Departamento de Salud Mental DIPRECE, Ministerio de Salud de Chile), Mario Campuzano Montoya (Coordinador General de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo).

Del mismo modo, la Asociación Madrileña de Salud Mental quiere expresar su apoyo, una vez más, ante la grave situación que está atravesando el sistema madrileño de atención a la salud mental y la crisis en curso en los Servicios de Salud Mental del Área 9 de Madrid.

Junta de Gobierno de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

COLABORACIONES

Reflexiones desde los recursos residenciales

INTRODUCCIÓN

El contenido del presente trabajo son las conclusiones de un grupo de reflexión formado por los directores técnicos de las Miniresidencias (MRs), pisos supervisados y plazas en pensiones del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (PASPEMGC), concertados con la Línea de Rehabilitación Psicosocial (LRHB) de la entidad Hnas. Hospitalarias. Los años de trayectoria de dichos recursos permiten presentar una perspectiva global que puede mostrar una visión tanto de la evolución de los recursos a lo largo del proceso de desarrollo de las estructuras alternativas, como del funcionamiento, uso y desarrollo de los mismos en las diferentes áreas sanitarias.

Además de la puesta en común de las experiencias en torno al funcionamiento de las diferentes alternativas residenciales (MRs, pisos y pensiones), se hace uso de los datos de las memorias del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica elaborados en el Informe del año 2005 desde el marco de colaboración del PASPEMGC con la Universidad Complutense de Madrid para la evaluación del Plan 2003-2007. Las ideas que van a exponerse no surgen sólo de los dispositivos residenciales sino también del resultado de muchas conversaciones con otros compañeros, profesionales de distintos recursos, realizadas en el marco de reuniones de trabajo o en contextos más informales a lo largo de la evolución de la red asistencial.

MINIRESIDENCIA

Justificación y pertinencia del recurso

Desde los inicios del proceso de desinstitucionalización en los que se pone en funcionamiento la primera Miniresidencia en Madrid con 22 plazas, hasta el momento actual, en el que contamos ya con 16 dispositivos de este tipo que contienen un total de 415 plazas, hemos

asistido a la implantación y desarrollo de un modelo de atención comunitaria global e integral. En estos años, las MRs han mostrado su gran flexibilidad y polivalencia a la hora de dar respuesta a diversas necesidades de los usuarios. Junto al concurso de otros recursos de la red, ha sido probada su utilidad a la hora de aumentar la autonomía personal y social facilitando la integración social y el mantenimiento en la comunidad de los usuarios en las mejores condiciones de calidad de vida.

Sin ánimo de ser exhaustivos y simplemente con la intención de apoyar en algunas cifras la pertinencia de las MRs dentro de un modelo de atención comunitaria, exponemos a continuación algunos datos derivados del análisis de sus memorias correspondientes al año 2005. Estos datos parecen indicar que las MR, junto con el concurso del resto de los recursos de la red contribuyen de forma importante a hacer un uso más apropiado de la atención hospitalaria, reduciendo el número de ingresos, a disminuir la sobrecarga familiar, a reducir el porcentaje de enfermos en situación de marginación, a mejorar las condiciones de integración comunitaria, y a aumentar la autonomía personal o social, manteniendo a los usuarios en la comunidad en las mejores condiciones de calidad de vida.

- Si analizamos los datos relacionados con las salidas del recurso, encontramos que el principal motivo de salida de las MRs (67,22%) es el cumplimiento de objetivos, situándose el número de abandonos a un nivel muy bajo en torno al 10% de las salidas; lo cual es un indicador de la efectividad del recurso.

- A pesar de que más del 80 % de los usuarios que acceden a las MRs, han sido ingresados en alguna ocasión en el hospital, sólo el 14 % sufren hospitalizaciones durante el tiempo de estancia en las Miniresidencias. Si bien de este dato no podemos concluir directamente que la atención desde las MR reduce la frecuencia de hospitalizaciones, ya que los periodos temporales de comparación no

son similares, la evidencia de que en ocasiones los ingresos y reintegros se asocian con falta o inadecuación de apoyo social, la baja frecuencia de ingresos durante la estancia en el recurso, y el alto porcentaje de personas con ingresos previos a la incorporación parecen apuntar en esta dirección.

- *Casi la mitad de los usuarios que acceden a las MR (42,9%), lo hacen por descanso familiar o por problemas de convivencia, de lo cual se desprende la importancia que estos dispositivos están teniendo como medio para facilitar intervenciones destinadas a disminuir las situaciones de sobrecarga familiar, reduciendo el tiempo de contacto directo y posibilitando en muchos casos el desarrollo de intervenciones destinadas a reducir la emoción expresada en las familias. Es sobradamente conocida la importancia que las intervenciones destinadas a reducir la emoción expresada tienen en el curso de las enfermedades mentales.*
- *En cuanto al destino de las personas que salen del dispositivo, encontramos que en el 18,6% de los casos consiguen acceder a su vivienda propia o alquilada, el 46% reintegrarse con su familia, y el 9,5% vivir en un piso supervisado permitiendo unos patrones de vida más autónomos y normalizados que en la MR. Sólo el 12,17% pasan a ser usuarios de unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación o de cuidados prolongados. Estos datos apuntan hacia una alta eficacia del dispositivo en cuanto a su capacidad para mantener a los usuarios en la comunidad, evitando la institucionalización.*
- *Más de la mitad de los usuarios atendidos (52%) utilizaron de forma habitual recursos de ocio, cultura y deporte comunitarios y 6,6% recursos educativos formales y 6,4% recursos formativos relacionados con el empleo. Si consideramos la participación en recursos comunitarios normalizados como un indicador del nivel de integración social; los datos parecen indicar unos aceptables niveles de integración sociocomunitaria.*
- *Las personas que han sido atendidas en las Miniresidencias muestran unos altos niveles de satisfacción con el dispositivo, en los 3 ámbitos evaluados; es decir intervenciones, profesionales e instalaciones.*

Perfil medio

Los datos nos permiten elaborar un perfil del usuario que se incorpora a la MR que correspondería con un varón de 41 años, soltero, sin hijos que vive con sus progenitores, con una minusvalía superior al 65%, con ingresos económicos procedentes en su mayoría de una Pensión No Contributiva o de Hijo a cargo y por lo tanto inferiores a los 300€ mensuales, con estudios primarios o elementales, parado, sin profesión alguna o con un trabajo previo no cualificado, en situación jurídica normal, diagnosticado de Esquizofrenia, con historia previa a su incorporación de ingresos psiquiátricos.

Partiendo de las características del perfil de acceso al recurso, a continuación nos centramos en el análisis de las cuestiones más relevantes.

Cuestiones relacionadas con la población destinataria. Diagnóstico y conductas asociadas

La población destinataria tanto del Programa inicial de los Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (PSSAIP) como del actual Plan de Atención Social (PASPEMGC) es aquella a la que tradicionalmente se refería como “enfermos mentales crónicos” que en la literatura actual se denomina “Trastorno mental grave y persistente”, fundamentalmente esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Las llamadas patologías emergentes han llegado en ocasiones a desplazar de la MR a los principales destinatarios del recurso. No podemos caer en el error de pensar que porque una persona obtenga beneficios de un recurso esté justificado que sea derivado y se mantenga en el mismo (*una persona carente de alojamiento, socialmente aislado, con dificultades para mantener sus actividades de autocuidados y una salud física deteriorada por la deficitaria alimentación y el consumo excesivo de tabaco, seguro que mejoraría al ingresar en una planta de endocrinología o neumología, donde fuera atendido por el personal sanitario, recibiera tratamiento, alojamiento, manutención y estableciera relación con el resto de pacientes ingresados, pero ningún profesional pretendería justificar la pertinencia de un ingreso*) y menos aún que eso deba mantenerse a costa del perjuicio para otros -tanto los residentes actuales como los potenciales.

El consumo de alcohol o tóxicos en el contexto de las MR supone un fuerte impacto a todos los niveles. A nivel individual hay evidencia suficiente sobre la capacidad de estas sustancias para exacerbar síntomas y des-

encadenar recaídas, sobre los efectos perjudiciales a la hora de interaccionar con los psicofármacos y el deterioro del funcionamiento psicosocial. Además, para el resto de residentes con los que comparte el recurso, supone un factor de riesgo, ya que el consumo de uno de los usuarios funciona como estímulo discriminativo para otras personas con historia de consumo, pero que se encuentran en ese momento en fase de abstinencia, o en personas sin historia de consumo, pero con características que les hacen vulnerables.

La estructura del recurso no está diseñada para tratar los casos en los que existe un hábito adictivo instaurado haciendo el proceso de rehabilitación en la mayoría de los casos inviable, interfiriendo en el clima y funcionamiento general de la Miniresidencia que se ve también significativamente amenazado, ya que en muchos casos el consumo de tóxicos favorece la presencia de alteraciones de conducta, en algunos casos conductas violentas que impactan de forma importante en el ambiente de la MR.

En estos casos la relación se ve casi reducida a la confrontación repetida entre profesionales que señalan la repercusión del consumo y usuarios que lo niegan y van desarrollando habilidades para ocultarlo con el consiguiente deterioro de la misma. En muchas de estas ocasiones la intervención concluye cuando el usuario “demuestra” su incapacidad para controlar los comportamientos derivados del consumo y los profesionales “demuestran” su incapacidad para ayudarle en esa situación que se resuelve con una salida de la MR ante la ineficacia del recurso y motivada en gran medida por el impacto negativo que desde hace tiempo tiene para el resto de usuarios.

En ocasiones se minusvaloran los “patrones adictivos leves”, pero que en el caso de personas diagnosticadas de psicosis pueden tener una gran repercusión. Desde la estructura de un recurso residencial se pueden crear las condiciones que hacen menos probable el consumo de alcohol o tóxicos en aquellas personas que presentan patrones de consumo muy ocasionales, pero éste no puede ser el motivo de su derivación. El uso de herramientas como los contratos conductuales que regulan condiciones que favorecen la abstinencia y la colaboración coordinada con otros dispositivos especializados en adicciones, tales como CAD o CAID que ejercerían un apoyo y control externo, pueden hacer posible la permanencia en el recurso, minimizando la interferencia en el desarrollo normal del mismo, mientras se den las condiciones pactadas para avanzar en su proceso de rehabilitación psicosocial.

Es fundamental evaluar individualizadamente la variable “consumo de alcohol o drogas” en las reuniones de derivación de casos, con el fin de discriminar qué condiciones deberían darse para que la persona pudiera beneficiarse del recurso, con el menor coste posible para el resto de usuarios y para poder diseñar con el tiempo suficiente las estrategias de actuación y los apoyos que el usuario va a necesitar tanto de la MR como de la red de dispositivos especializados. Del mismo modo el diseño del recurso no contempla la atención a personas con alto riesgo de suicidio y en ningún caso con el objetivo de que el recurso sirva de medio de contención para tratar de evitarlo.

Creemos necesario señalar que debe avanzarse en el desarrollo de programas de atención y tratamiento en dispositivos especializados para las personas con Trastornos de la Personalidad, en los ámbitos sociales, sanitarios o socio-sanitarios. Los recursos de los que nos ocupamos en esta ponencia no fueron diseñados para su atención aunque puedan beneficiarse de ellos y con frecuencia su presencia dificulta el adecuado funcionamiento de los mismos por lo que en el año 2005 se llegó a un acuerdo entre la Oficina Regional de Salud Mental y el Plan de Atención Social para limitar el porcentaje de personas que se podían atender de manera simultánea en las MRs. Si bien coincidimos en que cada caso debe ser considerado de manera individualizada en lo referido a su adecuación para ser atendido en un recurso y no en base a cuotas, sí supuso un avance y una mejora en la situación por la que se estaba pasando.

En la misma fecha fue también necesario realizar una revisión de los criterios de acceso y salida de las MRs, acordando un procedimiento de actuación ante casos cuyo manejo se considera especialmente difícil en un recurso de las características del que estamos hablando. Nos referimos a los casos que presentan problemas de consumo de alcohol y/o tóxicos asociado, conductas heteroagresivas o autolesivas.

Este es el momento reivindicar y destacar el modelo de trabajo en red de aquellas áreas en las que la Comisión de Rehabilitación se reúne periódicamente con la presencia de los Servicios de Salud Mental de los distritos, las unidades de hospitalización, los recursos de rehabilitación... Cuando en dicho marco se gestionan las plazas (tanto sanitarias -en las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación UHTR, Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados UCPP y Trastornos de la Personalidad, como sociales -en MRs, pisos y pensio-

nes), se priorizan las necesidades más urgentes, se valora de manera conjunta cuál es el recurso más adecuado en cada momento para el usuario, se empatiza con los problemas específicos de cada recurso, se diseñan intervenciones y se busca de manera conjunta soluciones llegando a acuerdos y avanzando en la eficacia en la prestación de nuestro servicio.

No es lo mismo tener casos en común en los que las actuaciones de los profesionales se suceden y en algunas ocasiones se comunican al resto de los recursos implicados, que compartirlos y diseñar de manera conjunta intervenciones complementarias.

Cuestiones relacionadas con la edad y el envejecimiento prematuro de las personas con enfermedad mental

En las alternativas residenciales, al igual que en el resto de dispositivos del PASPEMGC se contempla la atención a personas cuya edad se encuentra comprendida entre los 18 y los 65 años. Posteriormente está prevista su atención en las residencias de mayores. Las gestiones para solicitar las plazas se inician a los 60 años para aquellos que cuentan con un certificado de minusvalía y son muchos los procesos que así culminan. Pero en algunas ocasiones, vemos como encuentran dificultades para integrarse en residencias asistidas de mayores y se plantea su derivación a las plazas de las unidades de cuidados prolongados.

Consideramos que si una persona ha podido mantenerse durante años en un recurso como la MR no debería volver al hospital del que salió, tan solo porque se haya hecho mayor y no por la evolución de su enfermedad, cuya interferencia en su comportamiento suele haber disminuido con el paso de los años. En ocasiones por causas asociadas al desconocimiento y al estigma del colectivo, la etiqueta de esquizofrenia da un significado patológico a ciertas conductas frecuentes en los mayores. Los síntomas propios del envejecimiento quedan a veces sin abordaje por atribuirlos a la enfermedad mental.

Creemos fundamental desarrollar iniciativas que posibiliten una mejor integración de las personas con esquizofrenia en las residencias de mayores, formando y apoyando a los equipos de dichos dispositivos para poder afrontar las características específicas de las personas de las que nos ocupamos.

La edad de los usuarios nos lleva a efectuar una segunda reflexión sobre el envejecimiento de la población que unido a los recientes estudios sobre la salud física de las personas con enfermedad mental plantea una de las crecientes preocupaciones. La media de edad de los usua-

rios de las MRs es superior a la del resto de recursos. El 65% de los residentes tiene una edad comprendida entre los 31-50, mientras el 17% supera los 50 años.

Entre los usuarios de nuestros centros encontramos con frecuencia la coexistencia de importantes enfermedades somáticas que acompañan a la enfermedad mental. Un importante porcentaje de las intervenciones individualizadas están encaminadas a solventar y dar respuestas a las necesidades médicas de los pacientes. En algunos casos se trata de ayudar a la persona a llevar a cabo las prescripciones marcadas por su médico (cumplir adecuadamente las pautas, toma de medicación, evitar factores de riesgo...) y en otros casos el objetivo es que la persona inicie los procedimientos para establecer un diagnóstico adecuado de cara al tratamiento o a la prevención de una enfermedad grave.

Estamos convencidos de que una asistencia integral, como es la que se ofrece desde los recursos residenciales, comprende una especial atención al área de la salud, tanto física como psiquiátrica. Sin embargo, la gravedad, cronicidad y discapacidad asociada a algunos casos hace que nos planteemos el interrogante de si ante determinadas situaciones la miniresidencia, tal y como está concebida, es el lugar adecuado. No nos estamos refiriendo a aquéllas circunstancias en las que la persona precisa un seguimiento médico intensivo o un apoyo tras una intervención quirúrgica o un ingreso hospitalario por causas físicas; sino de aquéllas personas que padecen importantes limitaciones para cuidarse o dejarse cuidar viéndose mermada progresivamente su calidad de vida con escasa posibilidad de intervención desde la miniresidencia (Ej.: persona con graves problemas de movilidad, persona que padece una grave insuficiencia respiratoria y rechaza el tratamiento con oxígeno, persona con alto riesgo de coma diabético que no controla la ingesta de alimentos, persona con antecedentes y de infarto, etc).

Con frecuencia, la discapacidad o limitaciones para la vida diaria que presentan algunos enfermos mentales con enfermedades físicas están asociadas a este último grupo de problemas somáticos más que a la propia enfermedad mental.

El interés por la mejora de la atención física de las personas con enfermedad mental está siendo abordado por diferentes asociaciones. A lo largo de este año se ha elaborado y divulgado el **I Consenso sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia**. Este informe ha sido realizado por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española de Psiquiatría

Biológica (SEPB) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), pretende sensibilizar a los médicos de atención primaria de la necesidad de su intervención para mejorar la salud física de estos enfermos.

Sus conclusiones se basan en una revisión de 144 estudios sobre la morbilidad y mortalidad en pacientes con esquizofrenia, elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Como explican los responsables de este estudio, los pacientes con esquizofrenia sufren un deterioro grave de la salud física debido, en parte, a sus hábitos de vida, la mala nutrición y los cambios en el metabolismo inducidos por la propia enfermedad y por algunos fármacos antipsicóticos. A continuación se exponen algunos de los datos más relevantes:

- *Los pacientes con esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% menor que la población sana de su misma edad.*
- *Un 65% del exceso de mortalidad que presentan estos enfermos se debe a causas naturales y un tercio a suicidios y a accidentes.*
- *El mayor riesgo de muerte natural que tienen las personas con esquizofrenia guarda relación especialmente con enfermedades cardiovasculares, endocrinas y respiratorias.*
- *Las enfermedades respiratorias se multiplican por tres en estas personas y suponen un exceso de mortalidad del 42% respecto a la población sana.*
- *A las anteriores dolencias hay que añadir la alta prevalencia de otros problemas de salud graves como la diabetes o el síndrome metabólico entre dos y cuatro veces más habituales en pacientes con esquizofrenia.*
- *Mayor prevalencia en hepatitis B y C y en infecciones por VIH relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo. La hepatitis C que se trasmite por vía parenteral, es propia de los enfermos que también abusan de sustancias.*

Según un estudio RICAVA, elaborado en 2005 por psiquiatras españoles, un 66% de los pacientes con esquizofrenia presenta hipercolesterolemia, un 25% padece obesidad, un 18% tiene hipertensión y un 5% sufre diabetes.

El envejecimiento prematuro de las personas con esquizofrenia requiere del desarrollo de programas y servicios que garanticen la calidad de vida y los cuidados necesarios para su mantenimiento en aquellas personas, cuyo deterioro físico, unido a las limitaciones derivadas de su enfermedad mental, no les permiten hacerlo de manera autónoma. Por supuesto, no planteamos que todas las personas que necesitan del soporte social de una MR deban vivir en un entorno sanitario. Creemos más bien que es conveniente diversificar los recursos en base a las necesidades más frecuentes. En la inmensa mayoría de los casos sería suficiente con potenciar la realización de programas de prevención de la salud, aumentar la continuidad de cuidados, optimizar la coordinación con atención primaria y especialidades. Quizá pudiera ser conveniente el desarrollo de algún recurso que garantizase la atención en los casos con enfermedades orgánicas que requieran una asistencia sanitaria especializada y continuada.

PISOS

Los pisos supervisados son una alternativa complementaria a las MRs. Aunque el mantenimiento de los pisos terapéuticos dependientes de las unidades hospitalarias y de algún Servicio de Salud Mental es prueba de que cuando se ponen los medios adecuados la experiencia es posible y exitosa, la realidad es que durante unos años dichas iniciativas no crecieron y fueron muchos los que llegaron a cerrarse por las dificultades derivadas de la gestión y atención en los mismos, conocidas sobradamente por quienes han trabajado o trabajan en ellos.

En ocasiones, en la derivación de una persona a un piso, primaba la urgencia de cubrir la necesidad de alojamiento, por diversas circunstancias (expulsión de la residencia habitual, salida de UHB sin alternativa residencial prevista...) frente a la adecuación en base a las características del individuo. Las incorporaciones se precipitaban, en algunos casos de un día para otro, sin la existencia de un trabajo de preparación, ni de adaptación de los diferentes miembros de la unidad de convivencia. Así mismo la información disponible era escasa y el fundamental conocimiento entre el usuario y los profesionales de apoyo insuficiente, lo que limitaba las posibilidades de intervención ante las prácticamente inevitables incidencias y en otro orden de cosas, los recursos disponibles eran insuficientes para dar la cobertura necesaria al dispositivo.

Desde el año 2004, los pisos dependientes del PAS-PEMGC se vincularon, en su mayoría, a las MRs por considerar que desde este modelo se podía dar una mejor solución a las dificultades percibidas hasta el momento. De este modo, desde la MR se realizaría un proceso de valoración, entrenamiento, adaptación, integración y apoyo continuado a los pisos.

A principios de 2003 contábamos con 10 pisos en funcionamiento con 41 plazas. En la actualidad, según los datos facilitados por la Consejería en la Comunidad de Madrid, dependientes del Plan de Atención Social hay 39 pisos, con un total de 156 plazas, de las que 89 estaban ocupadas y 28 personas en lista de espera, lo que debe interpretarse que se encontraban en una MR en un proceso individualizado de valoración, entrenamiento o incorporación gradual al piso; o en espera de una plaza en la misma para realizar el proceso que se consideró más adecuado para aumentar las probabilidades de éxito de su integración.

El perfil general de las personas que acceden a un piso supervisado viene determinado por criterios que hacen referencia al funcionamiento psicosocial, al grado de autonomía, a la estabilidad psicopatológica, a los patrones de comportamiento, a la ausencia de graves problemas físicos y de hábitos de consumo de alcohol y a la necesidad de apoyos para tener un nivel aceptable de calidad de vida.

Los pisos, hasta hace unos años, probablemente por la escasez de plazas, y al ser muchas las personas que se encontraban en los recursos sanitarios y sociales no tanto por sus déficits, como por la falta de una alternativa residencial, fueron utilizados inicialmente con una previsión transitoria, con el objetivo de no colapsarlos y se otorgó el peso principal al criterio de autonomía. Los diseños contemplaban en mayor medida, programas de entrenamiento con la perspectiva de retirar progresivamente la presencia de los profesionales, que intervenciones de apoyo sostenido en el tiempo.

En el momento actual, los recursos han crecido y la perspectiva es que lo sigan haciendo. Las previsiones de ampliación de aquí a fin de este año son de 48 nuevas plazas en 12 pisos. Con cierta frecuencia nos resulta difícil encontrar candidatos para ocupar las plazas. Una opción es favorecer el acceso a los mismos de personas estabilizadas psicopatológicamente, con menos autonomía, pero con facilidad para alcanzar acuerdos básicos de convivencia, para asumir los compromisos que adquieren, que con un diseño de apoyos y supervisión frecuente, adaptado a las necesidades de cada uno,

pueden ser capaces de vivir integrados en la comunidad de manera más normalizada. Así mismo la disponibilidad actual de plazas quizá permita que utilicemos también el recurso como espacio de entrenamiento, quizá con estancias cortas, acercando al mismo a personas que se encuentran en la MR desde hace tiempo, que con los criterios habituales no habríamos pensado en ellos, muchos de los cuales nos sorprenderán tras proporcionarles la oportunidad.

Partiendo de la perspectiva del “supported housing”, diseñemos los apoyos que precisarían, durante el tiempo que sea necesario, para poder permanecer en los mismos, en lugar de buscar aquellos perfiles que encajen en las características rígidas que en ocasiones establecemos para los recursos.

Al ocuparnos de un tema como los recursos residenciales, se hace ineludible el problema generalizado de la subida de los precios de la vivienda en la última década. Este hecho que afecta de forma importante a la mayoría de la población, tiene un significado determinante para las personas que atendemos en nuestros recursos. La escasez de recursos económicos dificulta la posibilidad de completar el “itinerario residencial”, obligando a algunos usuarios que tendrían capacidad suficiente para mantenerse en alojamientos totalmente normalizados e independientes a permanecer en los recursos específicos lo que podría llegar a bloquear los recursos cerrando la salida natural a la integración plena. Pero la situación económica no sólo dificulta el acceso a una vivienda propia o alquilada, sino también las posibilidades de mantenerse con 300€ mensuales en una compartida o a la que pudieran tener acceso con mucha suerte en el cupo de especial necesidad.

PENSIONES

Las pensiones supervisadas se inician en 1991, en el distrito de Centro, con el concierto de 11 plazas en 3 pensiones de huéspedes diferentes, sirviendo como experiencia piloto de la idoneidad de esta fórmula de alojamiento y apoyo. Entonces se partió de una destacada trayectoria de trabajo comunitario que permitió atender y apoyar a un número importante de personas con enfermedades mentales crónicas que ya residían en pensiones de huéspedes de la zona.

A partir del año 2003 las pensiones supervisadas se vinculan a la gestión técnica de la Miniresidencia de Carabanchel con la finalidad de agilizar las cuestiones administrativas en lo referente a cuestiones contractua-

les que favorecieran la garantía de unas condiciones mínimas (alojamiento, manutención, servicio de lavandería, dimensiones, mobiliario,...etc). En el año 2007 tiene lugar una ampliación de plazas que se vinculan a la MR de Aravaca, pasando de 11 a 22 que dan cobertura a las áreas 7 y 11 de Salud. Esta ampliación conllevó también la dotación al recurso de personal específico para la intervención en rehabilitación.

Las personas derivadas a estas plazas expresan su alta satisfacción ante el recurso, valoran sobre todo la independencia que se les ofrece y en general no les gustaría vivir en otro sitio. Suelen ser personas sin alojamiento o con dificultades para continuar viviendo en el domicilio familiar; que han pasado por uno o varios recursos residenciales sin adaptarse, con un estilo de vida independiente y/o con dificultades en la convivencia.

Tradicionalmente las plazas en las pensiones supervisadas son muy estables. El número de salidas es muy bajo y generalmente están motivadas por necesidades de cuidados somáticos prolongados, o de edad. No obstante es importante no perder de vista que las pensiones no tienen por qué ser un recurso indefinido, favoreciendo la revisión continua de los casos y el planteamiento de otros recursos de alojamiento en los casos en que sea oportuno o necesario.

A la hora de contratar plazas existen una serie de dificultades relacionadas con la escasa disponibilidad de alojamientos que reúnan las condiciones mínimas exigidas, con la ubicación de los mismos y con las resistencias de los propietarios cuando las plazas van a ser destinadas a personas con una enfermedad mental. Es un hecho destacable que una vez prestado el servicio en las pensiones concertadas, se observa que las resistencias de los propietarios desaparecen llegando a solicitar una ampliación de plazas.

Hemos pasado de una infructuosa búsqueda de plazas a casi poder llegar a seleccionarlas. Pero esto no es producto de la casualidad sino de la búsqueda adecuada de perfiles y del respaldo y asesoramiento por parte de los profesionales a los dueños de las pensiones; bien explicándoles situaciones que no entienden, bien apoyándoles en situaciones difíciles con actuaciones rápidas contribuyendo con ello a mejorar la imagen distorsionada que se tiene del colectivo.

Al ocuparse de un tema como el residencial no se puede dejar de mencionar la problemática de quienes de un modo especial sufren por la carencia del mismo. No obstante el tema de las personas sin hogar por su especificidad merece sin duda un espacio aparte. Tan solo

haremos referencia a que en el momento actual existen 11 plazas residenciales en el Centro de Atención Social y Apoyo a la Reinserción de Personas con Enfermedad Mental Crónica sin Hogar, que comúnmente conocemos como “centro de baja exigencia”, al que se accede desde el equipo psiquiátrico de calle y 5 pisos dependientes del PRISEMI. El primero lleva en funcionamiento desde principio del presente año y probablemente pronto nos podrá aportar información de gran interés para que la experiencia pueda generalizarse y se amplíen las plazas y las vías de acceso.

El proceso de reforma psiquiátrica ha sido irregular en las diferentes comunidades autónomas, pero también es un hecho que dentro de nuestra propia Comunidad, el desarrollo de la rehabilitación psicosocial no ha llegado por igual a todas las áreas sanitarias a pesar de haberse mantenido el principio de territorialidad en el acceso a los recursos.

Ha llegado pues el momento, del que los padres hablaban al inicio de la reforma, cuando mostraban su preocupación por lo que ocurriría cuando ellos faltaran o no se encontraran en condiciones de cuidar de sus hijos y para ello se realiza el esfuerzo de incrementar las plazas residenciales. Pero afortunadamente, nos encontramos con casos, en los que son las personas afectadas de una enfermedad mental quienes dan soporte a sus progenitores, se encargan de acompañarlos a los médicos, les ayudan en la cobertura de sus necesidades básicas, solicitan ayuda de los servicios sociales para proporcionarles los cuidados que precisan...etc.

En esta línea, la realización de estudios sobre el mantenimiento de las personas en su propia vivienda con los apoyos que sean necesarios, supondrá una de las mejores medidas del éxito de nuestro trabajo.

Conclusiones

- La MR se ha mostrado un recurso eficaz para el incremento de la autonomía personal y el mantenimiento de la integración socio-comunitaria de las personas con enfermedades mentales crónicas reduciendo la frecuencia de los ingresos hospitalarios.
- La escasez de tratamientos y recursos específicos ha llegado a interferir en el funcionamiento general de la MR y en ocasiones a desplazar de la misma a los principales destinatarios.

- El funcionamiento adecuado de la Comisión de Rehabilitación del Área como mecanismo principal de coordinación de todos los recursos implicados en la continuidad de cuidados y de gestión conjunta de las plazas en los recursos sanitarios y de atención social, se ha mostrado como la herramienta más eficaz para solventar las principales dificultades.
- El diseño previo de actuaciones y estrategias conjuntas de intervención es imprescindible para poder adaptarse a las diferentes circunstancias individuales con la flexibilidad necesaria.
- El envejecimiento prematuro de la población y la problemática somática asociada requiere de programas y servicios que potencien la prevención de la salud e incrementen la continuidad de cuidados con especial atención a la situación física de las personas con enfermedades mentales crónicas.
- Es necesario desarrollar estrategias basadas en la perspectiva de “supported housing” que favorezcan la optimización de los pisos supervisados para personas con EMC.
- Las pensiones son un recurso apropiado para personas con estilos de vida independientes, pero la escasez de plazas que reúnan unas condiciones mínimas

y el deterioro de los entornos en los que se encuentran ubicadas nos obligan a pensar en buscar o diseñar alternativas para paliar dichos inconvenientes.

- Es imprescindible continuar avanzando en la creación de plazas para las personas sin hogar.
- Es imprescindible ser fieles al modelo de competencia y al principio de normalización, con el sustento que da la confianza de que cuando se diseñan adecuadamente los apoyos necesarios, las personas con enfermedades mentales crónicas pueden mantenerse integrados en sus entornos naturales. El vivir de manera independiente aún a sabiendas de que esto puede suponer una disminución de los hábitos de funcionamiento alcanzados en los recursos residenciales, debe ser una alternativa vigente por la que la persona pueda optar si así lo desea. Consideramos que para algunas personas en estas circunstancias, el hacer realidad esta opción personal supone un plus en su valoración subjetiva de calidad de vida y esto debería resaltarse por encima de la percepción de quienes podemos considerar que estaría mejor en la MR o en el piso supervisado.

José Luis Arroyo, Begoña Collantes, Laura Díaz, Mar Hernández y Antonia López-Bravo

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de Evaluación del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Comunidad de Madrid en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, correspondiente al año 2005.
- Martín Carrasco M. y Bulbena A. (2002). La esquizofrenia. *Revista Informaciones psiquiátricas*. Tercer trimestre, nº 169.
- Martín Carrasco M. (2000). Esquizofrenia y estados afines. *Revista Mult Gerontol* (2) pp. 92-103.
- Meyer J. y Nasrallah H. (2004) *Enfermedades médicas y esquizofrenia*. Madrid: Ed. Ars Medica.

De la clínica de la relación a la rehabilitación.

“Todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia, lo que importa es lo que se hace con ellas” (Jorge L. Borges)

La actividad clínica, misión fundamental de un psiquiatra, es sobre todo una práctica basada en las ciencias sociales, en las neurociencias y en la psicología, cuyo objetivo es atender a las personas, que en un momento histórico y social determinado, consideramos enfermas, a fin de aliviar o eliminar el sufrimiento y en su caso la discapacidad que presentan debido a la presencia de uno o varios, trastornos mentales, intentando no confundir su sufrimiento con la conciencia de enfermedad, que a menudo es sobre todo del profesional.

Nuestra actividad, para bien y para mal, se encuentra delimitada por lo que se acepta como trastorno mental en las clasificaciones internacionales. Buscamos los datos, sobre todo, aunque no solo, en las manifestaciones del paciente, los interpretamos e intentamos construir esa parte de la realidad que es lo que denominamos clínica, de la que formamos parte, y no solo como meros observadores, y que es inseparable del escenario donde se produce.

Nuestros pacientes son sujetos que conocen y actúan y que como cualquier persona están “condenados a ser libres y arrojados a la acción” como afirmo J.P. Sartre, y con el tiempo nos vamos interesando cada vez más en las personas que tienen los trastornos, además de en los trastornos que tienen las personas. Cada paciente tiene su discurso, su relato, que da sentido a su sufrimiento enmarcado en su pasado, en su presente y en su futuro.

El sufrimiento, la enfermedad, es un hecho también para los otros, con sus cuidados, sus miedos, sus rechazos... Se le intenta dar sentido desde las religiones, se le intenta gestionar, denodadamente, desde la economía, produciendo un considerable malestar, sino sufrimiento, en nuestros políticos de todo signo en su afán de acabar con ella. Enfermedad y sufrimiento generan valores sociales que no son siempre contemplados como hechos negativos.

Nuestras intervenciones están habitualmente guiadas por el imperativo ético de aumentar las posibilidades de nuestros pacientes, distinguiendo a las cosas del discurso sobre estas.

Del algún modo la experiencia, la de cada uno, es una asesina, a veces en serie, de las teorías tal y como afirmo Albert Einstein. Tal vez esto sea mejor, en sentido

figurado por supuesto, que la experiencia se convierta en policía de las mismas.

Nuestro pequeño mundo, nuestra realidad, esta circunscrita por nuestro lenguaje, no hay nada fuera de el como afirmo Wittgenstein. El lenguaje es sobre todo un órgano de percepción, además de ser un medio de comunicación. Un hombre, como decía en un poema el recientemente fallecido Ángel Gonzalez, puede ser “un hombre lleno de febrero”.

Atendemos a personas que son sujetos de derechos, usuarios de servicios públicos, en los que los profesionales somos asalariados de los mismos, configurando un encuentro, a veces confuso, donde se reúnen las personas, los pacientes, que con frecuencia desconocen sus derechos y sus obligaciones, los ingenieros de la gestión de los recursos, por definición siempre limitados aunque escasamente delimitados salvo, gracias al esfuerzo de los especialistas en nanotecnología de gestión, en los salarios reflejados en nominas tristes y crecientemente ansiosas que precisarían de atención y de apoyo. Tal vez debiera considerarse la conveniencia de algunas unidades especializadas, ubicadas en hospitales, a tal fin.

Atender a personas que tienen una enfermedad, un trastorno, nos obliga a un planteamiento ético que contemple al menos la autonomía de las mismas, inseparable de la información que estás precisan para la misma, y de la eficacia, de la eficiencia y del establecimiento de prioridades de nuestras intervenciones

El marco de nuestra asistencia lo configura la idea que define la salud como un derecho, es decir el completo bienestar físico, mental y social según afirma la OMS, acercándose cada vez más a la conocida y antigua idea de felicidad, como derecho, más que a la eliminación o alivio del sufrimiento derivado de la enfermedad, abriéndose una grieta profunda y peligrosa en nuestros pies, con los consiguientes riesgos de accidentes, no solo de caídas, en los profesionales ante la demanda de asistencia y la necesidad de la misma.

En este agitado” cantábrico “asistencial corremos el riesgo de destinar menos recursos a los que más los precisan y que en general menos los demandan. Se trata de los trastornos mentales graves que con alta frecuencia se acompañan de elevada discapacidad.

Los recursos de rehabilitación psicosocial, con un crecimiento muy importante en los últimos años, destinados a atender a las personas con discapacidad derivada de la presencia de un trastorno mental grave y persistente representan una indudable oportunidad de mejora en la asistencia.

Para los profesionales de salud mental es una oportunidad trabajar junto a los compañeros que desde las miniresidencias, los centros de día, los centros de rehabilitación psicosocial, los centros de rehabilitación laboral, los pisos supervisados, los equipos de apoyo comunitario, etc. tratan la discapacidad de nuestros pacientes con enfermedades mentales persistentes y graves, aportando una visión, un discurso y unos modelos de intervención que enriquecen nuestra asistencia. Sin embargo también representa un reto ya que incrementa, necesariamente, la complejidad de nuestras intervenciones, poniendo a prueba los modelos en que se asientan estas, con los mismos recursos o al menos con un crecimiento no proporcionado de los mismos. También implican una amenaza, desde el punto de vista ético, para la confidencialidad de la relación terapéutica.

Como decía Aldous Huxley “la medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano”, es decir la medicalización/psicologización de la vida cotidiana, junto al esfuerzo, nunca suficientemente reconocido, en la investigación y descubrimiento de “nuevas enfermedades” por parte de algunos profesionales en su afán de mejorar la salud mental de la población, representan una amenaza para los profesionales de salud mental dado que nos movemos en coordenadas de tiempo en las que lamentablemente aun no hemos incorporado las ideas de “dilatación del tiempo” de la teoría de Einstein. Confío que nuestros gestores sanitarios nos incorporen a la alta velocidad en nuestras consultas, ya que, como es sabido, el tiempo transcurre más lentamente en un tren en movimiento que en la estación.

Sin embargo, paradójicamente, el esfuerzo que se lleva a cabo en la integración de los pacientes en el tejido social en el que habitan, se acompaña del “ingreso”, a veces involuntario, de los profesionales en sus consultas, que a duras penas se mantienen, gracias a internet, en contacto con la realidad, aunque sea de forma virtual, con menos cabo, en mi opinión, de sus habilidades sociales.

A mi juicio el objetivo prioritario de los profesionales de salud mental, en la red pública, es el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves ya que esto afectará a su discapacidad, sin embargo las dificultades

antes señaladas suponen que en la actualidad tengamos más recursos para el tratamiento de la discapacidad que para el tratamiento de los trastornos que la producen, produciéndose un empobrecimiento terapéutico que afecta también a los necesarios aspectos neurobiológicos. Todo tratamiento precisa del cuidado de la relación clínica, para lo cual puede ser útil tener en cuenta estos aspectos;

- Nuestra practica y nuestros modelos de referencia deben tener en cuenta los valores y la historia de los pacientes.
- Ser críticos sobre todo con nuestra propia practica.
- Conseguir contextos de colaboración en nuestros equipos de trabajo.
- Sacar del baúl las palabras escucha, empatía, interés, respeto, privacidad, alianza terapéutica...entre otras.
- No perder, por poco que se tenga, el sentido del humor.
- Entender la necesidad, por medio de la formación, de incorporar a nuestra practica nuevas preguntas.
- Cuidarnos ya que trabajamos en una actividad de riesgo.

Para terminar, ya que un hombre lleno de febrero camina hacia marzo paso a paso, utilizare ,como comencé, a J.L.Borges,dado que la conciencia es de la misma materia que la poesía, una obra de metáforas lingüísticas (Jaynes)

*“Mirar el río hecho de tiempo y agua
y recordar que el tiempo es otro río,
saber que nos perdemos como el río
y que los rostros pasan como el agua.*

*Sentir que la vigilia es otro sueño
que sueña no soñar y que la muerte
que teme nuestra carne es esa muerte
de cada noche, que se llama sueño.*

Antonio Muñoz de Morales Serrano
Medico Psiquiatra. Jefe de los SSM de Usera

PANÓPTICO

O sea, Consejería de Sanidad

3326 RESOLUCIÓN de 17 de septiembre de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad, por la que se convocan puestos de **Jefatura de Servicio, Unidad y Sección, en los hospitales creados como Empresas Públicas con forma de Entidad de Derecho Público.**

O SEA, BASES

O sea, Primera

Interesados

Los puestos de trabajo que se convocan podrán ser solicitados por el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud de la verdadera España, así como por el personal laboral y funcionario adscrito a Instituciones Sanitarias dependientes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

1.1. Sabes, los candidatos deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) O sea, poseer la titulación y especialidad que para cada puesto se requiere, o sea, sabes, ser supermédico y superespecialista que lo flipas.
- b) O sea, haber acudido en la infancia o adolescencia al Santiago Bernabeu a ver al Papa u o sea, haber acudido a ver el musical “Hoy no me puedo levantar” pagado por un laboratorio.
- c) O sea, acreditar un tiempo mínimo de cinco años de practica de Golf o Padel en superlugares como Novo Sancti Petri, La Toja, Marbella o el Soto de la Moraleja.
- d) O sea, acreditar pertenecer a una verdadera superfamilia española, liberal y monárquica (o en su defecto a un círculo íntimo de amistades españolas, liberales y monárquicas) mediante presentación de todos aquellos documentos que puedan avalarlo (libro de familia, certificado de ponencia en el homenaje a López padre, asesor psiquiátrico de la Conferencia Episcopal, invitación a la presentación de la biografía de nuestra Presidenta, colaboraciones con la libre empresa farmacéutica, consultas privadas en el Viso o foto al lado de Güemes con camisa fucsia y corbata de tonos pasteles, etc.).
- e) O sea, no padecer enfermedad antipatria ni estar afectado de limitaciones físicas (fenotipo progre setentero) o psíquicas (creencias irracionales en los servicios públicos o trastornos cognitivos críticos) que sea incompatible con el desempeño de las funciones inherentes al puesto convocado.
- f) O sea, no hallarse inhabilitado para el ejercicio confesional, ni separado de las ideas de la Obra mediante expediente disciplinario secreto o por poseer currículum que acredite trayectoria profesional independiente.

O sea, Segunda

Solicitudes, presentación, formas y plazo

2.1. Sabes, los interesados en participar en esta convocatoria deberán cumplimentar la solicitud con rotuladores Hello Kitty cuyo modelo supermono figura como Anexo II de esta Resolución, para cumplir el trámite ya que la vulgaridad de la ley nos obliga. .

2.2. Sabes, los interesados deberán cumplimentar los apartados del currículum que figuran en la solicitud (O sea, si tu currículum es liberal y español no descuides el Padel para rellenarlo). Sabes, asimismo, deberán aportar una memoria organizativa de la Jefatura a la que opten (en el caso de los liberal-españoles interesados basta con adjuntar copia de los contactos del móvil) .

Punto de encuentro

Te vi...

- Te vi... en la asamblea de la AMSM tú con libro de Ramón Sánchez Ocaña, yo con portafolios sobre disfunción eréctil. ¿Nos suicidamos juntos?
- Te vi... en Valencia, Jornadas de Almirall, Carrasco hablaba de las cremas faciales. Si eres buscador de sensaciones no lo dudes. Paso el corte en neuroticismo.
- Te vi... en tu primera guardia en Nuevo Hospital sin residente. Parecías extasiada, flotando, rejuvenecida como José Tomás reapareciendo en la Monumental. Me ataste. Cómo me gusta que me ates. No me ingreses. Átame más. Cásate conmigo en la urgencia. Que nos case Esperanza en una nueva inauguración. Yo pago convite que sé que no te pagan bien.
- No te vi en la Manifestación por la Sanidad Pública. Yo detrás de la pancarta de la salud mental amenazada. Tu en tu casa con tu marido. Llovía a cantaros. Me acordé de tu madre

Gerente busca Gerente.

- Gerente de Instituto Psiquiátrico busca gerente o similar para compartir aficiones: cortar cabezas, y crear documentos EFQM pomposos con corta y pegas de google. Abstenerse afeminados e invertidos políticos.

Psiquiatr@ busca psiquiatr@.

- Psiquiatra BIO peludo busca psiquiatra BIO depiladito para intercambio de pastillas o lo que se tercié. Abstenerse integradores fibromiálgicos.
- Gordita comunitaria sin envidia de pene busca gordito hospitalario con pene para ser envidiado. ¿cuándo nos coordinamos?
- Psiquiatra bi-psico, joven, versátil, experto en transformismo entre dispositivos, busca ama severa en Unidad de Trastorno de personalidad para relación contractual estable. No quiero más cambios.
- Psiquiatra BIO encerrado en armario psicodinámico busca psiquiatra chispas que le electrocute.
- ¿Eres de la SEP? Te gustaría quedar para ver videos picantes de psicólog@s. Yo Psiquiatra de la AEN con su-perdotación comunitaria.

Psiquiatr@ busca psicólogo.

- Psiquiatra esqueiquer pese a juventud, busca morenaza psicóloga que se deje derivar pacientes sin limites. ¿te atreves?
- Psiquiatra con problemas de identidad busca psicólogo con similar disforia para intercambio de roles en CSM. Discreción. Abstenerse hetero-bios bromistas y bi-psicos sin disforia.
- Transpsiquiatra bio pero con elección de objeto psico busca transpsicologa hetero-bio para pasar la tarde en el Carrefour. No acepto el Ahorramás.
- Psiquiatra pasivo desea contactar con el gerente del Instituto Psiquiátrico. Dame caña, sin límites...

Psicólog@ busca psiquiatr@

- Psicóloga psicohetero 100% busca psiquiatra heterobio 100% que me empastille de verdad. Abstenerse plumas bi-psicos y puretas lacanianos.
- ¿eres psiquiatra colchonero-comunitario atormentado, te gusta disfrazarte de ratón Mickey y hacer prácticas de laboratorio? Me has encontrado. Yo psicóloga nacional-conductista.

Psicólog@ busca psicólog@

- Numeraria de la APM con un deseo sexual irrefrenable busca skinneriano para que lo condicione o lo que surja... Ruego discreción y profesionalidad.
- Pareja de sistémicos paradójicos busca lacanianos para charlar. Nada de intercambios.

Miscelánea

Trabajador social experto en lencería busca enfermera contestona para pase privado.

Pasatiempos

Los extraños casos del Sr. Spock

En su incesante misión de explorar extraños nuevos mundos, y de buscar nuevas formas de vida y nuevas civilizaciones, viajando temerariamente a donde nadie ha llegado antes el Sr. Spock ha donado su colección de casos clínicos al Panóptico para entrenar nuestras sinapsis neuronales. Iniciamos la colección con unos de sus casos más singulares.

Ubicación: Planeta Tierra; España; Comunidad de Madrid.

Año: 2008

Sujeto: Mujer de 20 años terrícolas, sordomuda, consumidora de una sustancia euforizante llamada cocaína desde los 12 años; numerosos intentos de apoptosis voluntaria; descontrol impulsivo no admitido en la cultura de la Federación de Planetas Unidos (FPU); maltratada por su pareja; déficit atencional severo; sigue dieta restrictiva con IMC de 15; afirma desde hace dos meses haber sido teletransportada desde la nave Enterprise y pertenecer a la cultura Vulcana; piensa que va a morir porque le han instalado una nanosonda que le impide ser alimentada con la antimateria que necesita.

Dilema terrícola: ¿dónde debe ser tratada?

- a. En la unidad de Sordomudos interplanetaria.
- b. En una unidad de Violencia de Genero de la FPU.
- c. En una unidad de TCA Vulcana.
- d. En una Unidad de tratamiento con nanosonda para TDAH del adulto en nuevo hospital.
- e. En una unidad de patología dual del planeta Orion.
- f. En el CAD para población Borg hasta que deje los tóxicos.
- g. En el CSM terrícola de zona tras paso por UHB mundanal y colocada en Minirresidencia de coordenadas inciertas.

Solución del Sr Spock: devolución a Atención Primaria para que descarte patología orgánica y a trabajador Social de zona para que le busque una actividad.

Mundo insólito

Nos ha llegado la insólita noticia de que se pudo observar recientemente a un terapeuta de un CSM pensando en horas de consulta. Desde la redacción del Panóptico queremos dejar constancia de nuestra incredulidad ante semejante suceso ya que “pensar”, “terapeuta” y “CSM” son actividades y objetos fácticamente incompatibles. Hemos consultado al Dr Esmeraldo Vicisitud, experto neuro-etnólogo y autor del libro “el reflejo condicionado y el fenómeno de la receta roja y verde en subespecies de terapeutas de CSM”, que nos ha confirmado nuestras sospechas. Para el afamado Dr Vicisitud, no se pudo demostrar que se tratará de un pensamiento, ya que no habiendo constancia de ninguna producción verbal, el pensamiento es un proceso mental inaccesible al observador. La conducta observada fue la siguiente: el terapeuta se puso en pie y le cambió la expresión facial. Científicamente se explica mejor por un error del arco reflejo que va del cerebro a la receta produciéndose un cortocircuito dirigido al Colon. Se trataba de un apretón.

Pregúntale a Lola Crespo

Tras varios meses sintiéndonos como feligreses sin guía gracias a Dios han nombrado a una persona para el cargo de Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental: la Dra. Dolores Crespo. Enhorabuena. Nos ponemos a su disposición para colaborar con ella. Hemos salido a la calle y hemos puesto nuestros micrófonos a disposición de los madrileños para que le pregunten directamente a la Dra. Crespo por sus inquietudes. Con todos los respetos, esta es la selección de las preguntas más interesantes:

- Juan Valdés (cafetero inmigrante): yo quería preguntarle a la Dra Crespo si ella es más bien de canapé o de bocadillo de calamares al lado del ambulatorio.
- Pedro Duque (astronauta): ¿qué se conseguirá antes enviar a un psiquiatra al espacio o que se haga el proceso de estatutarización?
- José Mari (carnicero de Socuellamos): ¿harán picadillo a los jefes de área?
- Maya (abeja): ¿pedirá las vacaciones de verano a los del Ramón y Cajal?
- Carod (chulapo): ¿qué dios de la territorialización?
- Vidal Galicia Jaramillo (alcalde de Arévalo): ¿nos quitarán a los locos madrileños que nos han traído al pueblo?
- López (capo): ¿seguirá todo igual?
- Jesús (profeta): ¿qué es más fácil que pase un camello por el ojo de una aguja o que se haga un buen plan de salud mental?
- María Jesús (acordeonista): contratación de personal para el programa de continuidad de cuidados ¿pajaritos por aquí, pajaritos por allá?
- Aramis Fuster (consultora de Coopers & Lybrand): ¿y de los psicólogos qué?
- Joan Gaspart (hostelero): ¿cree usted que la Consejería seguirá abriendo nuevos hospitales?
- Jane Bymyeggs (turista accidental en Parla): ¿a mí también me obligarán a hacer guardias en un nuevo hospital bymyeggs?

HEMOS ESTADO

En la Sala de espera de la Viceconsejera de Sanidad o el enigma de 10 psiquiatras para treinta camas.

Tras varios meses de gestiones intentando ser recibidos por la Directora General del SERMAS y por el Subdirector General de Atención Especializada, el último intento fue solicitar, a finales de Octubre, vía AEN una entrevista con el Consejero de Sanidad, en la que estaríamos la presidencia y secretaria de la AEN y de la Madrileña. El día 3 de Diciembre nos convocaron para una reunión con la Viceconsejera de Sanidad, Doña Belén Prado.

Había salido el decreto con las plantillas de los nuevos hospitales y todos estábamos perplejos y haciendo cábalas: 10 psiquiatras para treinta camas en los hospitales grandes, estuviese el hospital donde estuviese, y sus equivalentes para los hospitales medianos. A nadie le salían las cifras y cada uno lo interpretaba con sus máquinas de interpretar. Viendo la cosas desde hoy, las lógicas que aplicábamos para resolver el enigma 10 psiquiatras para treinta camas, hacía tiempo que se habían quedado obsoletas. Aunque fue la resolución de la convocatoria de Jefes, la que acabó por darnos la clave e instalarnos en la certeza de que ya estábamos en otro tiempo y en otra realidad y que el enigma diez psiquiatras para treinta camas tenía su lógica. Una lógica edípica, por cierto. Pero cuando nos reunimos con la Viceconsejera, aunque habían pasado los hechos, aún no los habíamos visto y no los pudimos poner enci-

ma de la mesa. A ella la hubiese dado lo mismo seguramente; pero a nosotros no.

A la reunión llegamos los cuatro y nos instalamos en la sala de espera. La secretaria de la Viceconsejera, nos miró, nos contó y volvió para decirnos que solo se esperaba a dos personas, que no sabía si la Viceconsejera nos recibiría a los cuatro. Hicimos apuestas, los más optimistas dijimos que le daría lo mismo dos que cuatro. Los más perspicaces, ladearon la cabeza y se atusaron la nuca con la mano mientras comentaban: “Creo que no la va a dar lo mismo”. Y no: “Que solo pasen dos”, dijo la secretaria.

La entrevista se inició planteándola el objeto de la misma: Estamos preocupados y no tenemos ninguna información respecto a como se van a dotar los nuevos hospitales, que funciones van a tener y que va a pasar con los huecos que dejen los profesionales que se trasladen a los nuevos hospitales. El diálogo se movió bajo estos términos:

- ¿Cómo se han diseñado las plantillas de las secciones de psiquiatría de los nuevos hospitales?

- El diseño de los nuevos hospitales se ha hecho desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, cuyo Director es un gran profesional y tengo en gran estima.

- En la Oficina dicen que ellos no saben nada.

- Todo se ha hecho siguiendo sus indicaciones.

- ¿Cómo se van a incorporar a la red los servicios de psiquiatría de los nuevos hospitales, que funciones van a desempeñar?

- La Cartera de Servicios de los nuevos hospitales está en la página WEB.

- ¿Se van a cubrir las vacantes de los profesionales que se vayan a los nuevos hospitales?

- Supongo que estará previsto algún proceso de reordenación, el Director General de Personal lo tendrá previsto.

- ¿Con que criterios se han seleccionado a los Jefes de los nuevos Hospitales?

- La consejería no tiene nada que ver con ese tema: la selección la ha hecho el Consejo Superior de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el que están profesionales de reconocido prestigio.

- Está pendiente la integración de la Atención en Salud Mental en atención Especializada, se creó una comisión para la Integración, la presidía el anterior Viceconsejero, se reunió hace dos años y no lo ha vuelto a hacer. ¿Está previsto retomar ese tema?

- Esta Consejería cumple sus compromisos, si se quedó en ello, a partir de Enero la Directora General del SERMAS les convocará.

A los veinte minutos, se da por concluida la reunión. El enigma seguía siendo un enigma. Aprovechamos la despedida para entregarla un informe sobre la situación creada en Leganés en el último año. Las cosas se precipitaron en Enero y como todo el mundo sabe cesaron a su Director Médico y 4 Jefes Clínicos. Tampoco pudimos prever aquello. A veces nos preguntamos si aquella reunión tuvo lugar. De lo que si estamos seguros es que nosotros no estuvimos.

En las XVI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental y VI Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: La rehabilitación psicosocial en la continuidad de cuidados

Desde hace unos años, era un objetivo aunar esfuerzos entre dos asociaciones de profesionales para alcanzar un logro común: rentabilizar la celebración de Jornadas y Congresos.

Como dicen los modernos de la gestión: generar alianzas y buscar partners. Somos muy modestos y no hacemos alianzas más allá de nuestra comunidad autónoma. Europa nos parece demasiado inalcanzable, pero con esto de la globalización nadie sabe.

Las acciones preliminares fueron francamente sencillas desde el diseño de los contenidos científicos hasta la elección de ponentes y moderadores. En síntesis, todo al fifty- fifty... hasta los dineros (que a veces suele desestabilizar a las familias más unidas).

La elección del lema tampoco generó grandes debates: no buscába-

En la manifestación “Madrid con el Severo Ochoa y en Defensa de la Sanidad Pública” o la Salud Mental Amenazada.

Bajo la lluvia y detrás de la pancarta “La Salud Mental Amenazada”, la Asociación Madrileña de Salud Mental recorrió junto con 15000 personas más el trayecto de Atocha a la Puerta del Sol. Cuando llegamos a Sol, Almudena Grandes ya había leído el manifiesto pero aún quedaba la huella de sus palabras

mos frases grandilocuentes,. Optamos por algo tan sencillo como: *“La rehabilitación psicosocial en la continuidad de cuidados”*.

La respuesta del público (¿suena un poco cursi, verdad?) superó todas las expectativas y la calidad de las comunicaciones libres fue todo un hallazgo. Se pasaba de “lo bien que lo hacemos” a “tenemos que ser más críticos”, pasando por el “no todo sale según lo planeado”.

Nos fuimos a casa con un grato sabor de boca: las Jornadas de la AMSM y de la AMRP fueron un éxito. ¡Qué bien! ¡Os habéis juntado y habéis conseguido algo provechoso! Todo era elogios, cenamos y no nos prometimos amor eterno (eso quedaba para los folletines de antaño y los culebrones de hoy) pero sí repetir la experiencia en otro momento.

Pero como diría un poema Zen:

*Los árboles meditan en invierno,
gracias a ello florecen en primavera,
dan sombra y frutos en verano
y se despojan de lo superfluo en otoño*

Llegó el otoño y cesaron a Teo Sobrino (vocal de nuestra Junta) y

en los rostros de los manifestantes y en los corrillos que seguían comentándolas. Hacía tiempo que no asistíamos a una manifestación sanitaria tan numerosa. Había un motivo general pero, sobre todo, un montón de motivos particulares de cada colectivo y mucha inquietud y malestar por lo que estaba pasando y puede pasar en los próximos meses en la sanidad madrileña. La decisión de sumarnos a la manifestación se tomó en la Asamblea celebrada el día 12 de Febrero, en el

viene el invierno y nos enteramos de que cesan a Desviat (algo impensable, es un paradigma de la Rehabilitación, es reconocido no solo en España, es un referente a nivel internacional) pero con él también son arrastrados por este temporal Marta Sanz y Ana Moreno.

Nos manifestamos, pedimos entrevistas, intentamos que la prensa nos escuche, dimos apoyo a estos profesionales represaliados pero todo sigue igual o peor.

Nuestro apoyo y nuestro reconocimiento seguirán ahí; apostando siempre por un modelo de atención comunitario.

Cuando terminé aquellas memorables Jornadas (recreando un comentario que alguien me hizo) dije tenemos a Pedro (Pedro Cuadrado) tenemos a Clara (por mí) pero nos falta Heidi.

Sigo buscando a la Heidi de Johanna Spyri. Me encontré casualmente con su abuelo y con la Srta. Rottermeyer. Y aprendí, a mis años, que un poema Zen puede ser muy mal interpretado.

Clara López Sanguinetti,
Presidenta AMRP

Salón de Actos del Hospital del Niño Jesús, convocada conjuntamente con la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. La información de esa asamblea se puede encontrar en el dossier elaborado a partir de la misma y que está colgado en nuestra página WEB (www.sie.es/amsm), bajo el título “La Sanidad Pública y la Salud Mental amenazadas”. En la actualización de la misma se recoge también informaciones sobre la manifestación.

HEMOS LEÍDO

ANTE LA MIRADA DE LOS OTROS

El libro *Ante la mirada de los otros*, guía de terapias grupales, coordinado por Emilio Gamo Medina en Ediciones Libertarias, es la muestra del trabajo de un equipo coherente que tiene una metodología para abordar las problemáticas de Salud Mental. La metodología que utilizan es grupal y hace que el equipo del Centro de Salud Mental de Parla sea uno de los pioneros en la Comunidad de Madrid, junto al de Getafe, en este campo. El libro es fruto de un trabajo de investigación clínica realizada en el área 10, en continuidad con publicaciones realizadas a lo largo de 25 años.

En la introducción, el coordinador nos recuerda que toda psicoterapia supone una labor de escucha y una relación tranferencial del paciente con el terapeuta. El interés de lo grupal es que la transferencia se centra además de en el terapeuta, en los otros miembros del grupo. Estas condiciones son de gran utilidad para el proceso terapéutico. El título del libro nos remite a que en el grupo, además de la escucha está presente la mirada, ya que en el grupo todo sucede en presencia de los otros. Escucha y mirada que ayuda al reconocimiento propio y a una nueva visión de sí mismo. Los trabajos grupales se plantean en torno a los siguientes ejes:

- 1-Terapias grupales con base psicoanalítica o “psicodinámica”.
- 2-Grupos centrados en problemáticas, patologías o en función de las necesidades de la práctica clínica.
- 3- La aplicación de lo grupal en tareas terapéuticas como la relajación o la terapia ocupacional.

En el libro, todos los autores nos muestran la eficacia del instrumento grupal para abordar las diferentes patologías que se presentan en los centros de salud mental, instrumento que utilizan en el tratamiento tanto de pacientes adultos como en el programa infanto-juvenil. El primer artículo es de **Gamo Medina, E. y Pazos Pezzi, P.**, en él plantean una interesante aportación acerca de los elementos teóricos básicos del grupo y el Psicodrama de base psicoanalítica. Consideran que en los grupos psicodramáticos, la representación y la mirada, implicando ambas al cuerpo, son elementos diferenciales de estos grupos. La escenificación juega como mecanismo terapéutico, la escena en el psicodrama es una representación que puede permitir un nuevo encuentro y combinación de significantes para el sujeto.

En el programa de adultos se utiliza el grupo con los pacientes psicóticos, en éstos habitualmente se les ofrece un tratamiento psicofarmacológico. Con el grupo consiguen la estabilización del proceso, el cumplimiento de la medicación y la disminución de recaídas e ingresos. **Viña, M^a J.** trabaja con esta patología y considera que la psicosis no es sólo una enfermedad, es una de las estructuraciones posibles de la subjetividad. Utiliza la técnica basada en el concepto de la “transferencia al psicótico”, ocupando una posición de interés hacia lo que dicen y evitando el lugar del poder, del saber.

Con los enfermos esquizofrénicos **Álamo, C.; García de Lozar, B. y Fuentes, S.** utilizan el grupo desde la psicoeducación. Trabajan con grupos separados de pacientes y familiares, ya que lo consideran más

eficaz que los grupos mixtos, dedican tiempo a la comprensión del modelo vulnerabilidad-estrés y a trabajar sobre los factores desencadenantes y predisponentes. En las sesiones tratan de elaborar las ansiedades que se generan en el desarrollo de las mismas. Sus objetivos fundamentales son: la información, la autoconcienciación, y el manejo terapéutico de lo emocional. También **García Baró, R.** realiza un grupo de psicoeducación con enfermos bipolares, el objetivo es que adquieran y mejoren la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico, la detección precoz de los síntomas prodrómicos y la evitación del consumo de tóxicos.

La utilidad del grupo multifamiliar con los pacientes mentales severos nos la muestran **Elustondo Ferre, I.; García de Bustamante Cartiel, E. y Ramos Muñoz, A.M.**, cuyo esquema referencial es el modelo de García Badaracco, quien plantea que el grupo multifamiliar es un espacio donde se puede descubrir como los sujetos se fueron atrapando en vínculos enfermantos. El Grupo Multifamiliar que realizan es un espacio de contención y reflexión y actualmente tiene hasta 50 integrantes. En estos grupos se crea un clima para el silencio reflexivo, la escucha, el intercambio de identificaciones, interacciones y experiencias emocionales, que permite contener las ansiedades que se generan en los pacientes y familiares. Concluyen que en los enfermos graves el cambio clínico no puede darse sin la intervención sobre la familia y en un contexto grupal.

La psicoterapia de grupo de base psicoanalítica en la Unidad de Hospitalización Breve se considera de

gran utilidad por **Gómez E.; Martín, F. y Martínez A.**, quienes crean un espacio de atención diaria a los pacientes, lugar de acogida y despedida al alta. Las únicas exclusiones son: pacientes confusos, desorganizados y conductas de riesgo. Estos grupos funcionan hace casi dos años con el objetivo de que la hospitalización sea una experiencia más positiva, ya que facilitan el diagnóstico, la comprensión de los conflictos y el establecimiento de interrelaciones. Los grupos crean un ambiente terapéutico que repercute en una mejor evolución de los pacientes.

El grupo como instrumento en los programas de continuidad de cuidados lo realizan **Núñez Izquierdo, A.M. y Baro Santamarta, C.** quienes concluyen que el grupo funciona como un lugar de palabra y escucha, lugar de pertenencia, enriquecimiento personal y espacio de relación con otros, vínculos fundamentales en los momentos de crisis. **Gómez Rodríguez B.** en la terapia ocupacional para pacientes crónicos, realiza numerosas actividades grupales (intelectuales, manuales, psicomotricidad, lúdicas...) enfocadas a que el paciente se sienta útil y pueda comunicarse con los demás.

En otro campo, **Sánchez del Hoyo, P.; Sanz Rodríguez L.J. y García Laborda, A.** trabajan en los Trastornos de alimentación. En sus grupos, las anoréxicas verbalizan sus dificultades de identificación e individuación, explicitan su alto nivel de exigencia y la dependencia de los otros, verbalizan la importancia dada

al cuerpo y a la comida, su miedo a enfrentarse a la vida y fracasar, así como sus pensamientos sobre la muerte. **Sanz Rodríguez L.J.; Díaz Caneja Fernández, S.; Gómez García de la Pedrosa, M.; Almendro Marín, M.T.** trabajan con personas con conflictos laborales, consideran que el abordaje grupal es una respuesta a esta demanda cada vez más frecuente en los Servicios de Salud Mental. Concluyen que el grupo posibilita hacer un proceso de cambio y adaptación para enfrentarse de una manera más saludable a esta problemática. Con los pacientes con alcoholismo **Fernández Menéndez, L. e Izquierdo Núñez, A.M.** abordan la negación de la relación entre el consumo y sus trastornos psicopatológicos. El apoyo y el deseo de los otros de mantenerse en la abstinencia junto a la identificación son factores muy importantes, por eso afirman que la terapia grupal es muy eficaz con estos pacientes. En el campo de la relajación, **García Laborda A.** consigue que, además del conocimiento de la técnica que les permite controlar la ansiedad, se beneficien del apoyo y contención de la situación grupal.

Respecto al programa de Infanto-juvenil, **Villanueva Suarez, C.**, propone que la realización de grupos terapéuticos se incluya como indicador de calidad asistencial en los programas infanto-juveniles. Gracias al dispositivo grupal los niños mejoran en sus relaciones interpersonales, participando más en el grupo, la familia, la escuela y con

los amigos. Estos grupos los realizan también con niños con trastornos graves de 5-6 años. Este recurso terapéutico lo combinan con grupos de padres que tienen la función de facilitar la adherencia y el apoyo al tratamiento. También trabajan con espacios grupales para padres de menores en tratamiento, **Rodríguez Saavedra, I. y Baro Santamarta, C.**, en ellos los padres consiguen un cambio de actitud, se implican, trabajan y modifican ciertas conductas, no sólo frente al hijo, sino también hacia su pareja. Estar bien consigo mismos les permite ejercer una mejor maternidad-paternidad.

El juego con los niños para **Escudero Álvarez, C.** es fundamental, lo necesitan para aliviar tensiones, explorar la realidad, aprender y relacionarse con otros. En la dinámica grupal diferencia dos planos, uno, que se desarrolla entre los integrantes y, otro, con el coordinador. En esta dinámica es imprescindible discriminar la intervención adecuada, ya sea una interpretación verbal o una acción que facilite el cambio. Finalmente, el trabajo en psicoterapia de grupo con adolescentes y jóvenes lo aportan **Sánchez del Hoyo, P.; Sanz Rodríguez L.J., y Gómez García de la Pedrosa, M.** y concluyen que el grupo es un lugar de apoyo, encuentro, pertenencia y contención en un período de la vida que supone un proceso de maduración que es esencial para la construcción del yo.

Rosa Gómez Esteban

CARTA A LA AMSM

En relación con el escrito “**El todo y las partes en Salud Mental de niños y adolescentes**” firmado por Inmaculada Palanca Maresca, José M^a López, José Antonio Soto, Consuelo Morant- *Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental*, publicado en el Boletín de Otoño 2007 de la Asociación Madrileña de Salud Mental, me veo en la obligación de efectuar la siguiente puntualización:

1. Es completamente falso que los pacientes de la Unidad de Adolescentes del H.G.U “Gregorio Marañón”, ni los de ninguna de las demás Unidades de Internamiento de dicho hospital, **“tras una corta estancia regresen a su Centro de Salud Mental, si no son suficientemente útiles o interesantes como para ser incluidos en algún estudio/investigación”**
2. Resulta especialmente grave que desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se puedan verter impunemente semejantes acusaciones contra un hospital de la Comunidad de Madrid.
3. Estos hechos pueden contribuir no sólo a generar temor e incertidumbre entre los usuarios, sino también a socavar y desprestigiar la Asistencia Psiquiátrica Pública, precisamente desde uno de los organismos encargado de lo contrario.
4. Solicito a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental la inmediata rectificación de la referida afirmación sobre las altas de los pacientes **“tras una corta estancia regresen a su Centro de Salud Mental, si no son suficientemente útiles o interesantes para ser incluidos en algún estudio/investigación”**.

Esta rectificación es aún más necesaria, si cabe, dado que la primera firmante del escrito se encuentra trabajando desde el 1 de noviembre 2007 en la Unidad de Adolescentes de Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”.

Enrique Sainz Cortón

Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.
Madrid, 26 de noviembre de 2007

TABLÓN DE ANUNCIOS

CONCIERTO / RECITAL

SALUD MENTAL AMENAZADA

En defensa de una salud comunitaria
En solidaridad con los profesionales cesados de los servicios de Salud Mental
del Área 9
Por una mejor gestión de los recursos sanitarios públicos



Javier Bergia, Richie Guines, Jhosvany Palma.
Con Pazi Barrios (hijo) y Paco Laforzade (hatero), Domingo J. Sánchez. (Piano).
Lectura de poemas sobre la locura a cargo de representantes de las entidades convocantes.
Presenta Joaquín Guzmán.
Lunes 29 de abril 20:30 horas.
Sala Cárcanos.
at Albasanzpaseo 14 Madrid.
Convocan:
Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Asociación Madrileña de Neuropsiquiatría (AMRP), Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), Federación Española de Asociaciones de Familiares y Cuidadores (FEARP), Asociación Almería-Quines, AYA Colectivo Ciudad-Pedagogía y la Salud y la Salud Mental (AESA).
Más información: www.saludmental.org

El próximo 30 de Septiembre se celebrará una Jornada Organizada por AEN, AMSM (AEN), AMRP y FEARP sobre Modelos Asistenciales en Salud Mental, con la participación de Benedetto Saraceno.