

## **EDITORIAL**

**PÁG. 2**

**Sobre la Asociación Madrileña de Salud Mental y otras asociaciones e instituciones. Una metáfora astrofísica.**

Antonio Escudero Nafs

## **OPINIÓN**

**PÁG. 4**

**Sobre la integración de Salud Mental en Atención Especializada**

Iván de la Mata Ruíz

**Algunas reflexiones sobre la demanda social y la rehabilitación de pacientes crónicos...**

**¿Rehabilitar o encontrar un sitio al crónico?**

Cristina Alonso Salgado y Antonio

Escudero Nafs

**Bases para la prescripción emocional de los psicofármacos**

Alberto Ortiz Lobo

## **PANÓPTICO**

**PÁG. 2**

## **COLABORACIONES**

**PÁG. 2**

**11M: La organización de los equipos en la atención a la salud mental de supervivientes y familiares**

Alberto Fernández Liria

**CARTAS A LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL**

**PÁG. 2**

**Mi situación profesional**

Enrique García Bernardo

**CARTAS CON DOCUMENTOS DECLARACIONES DE LA AMSM ENVIADAS A LOS SOCIOS.**

**PÁG. 2**

**Documento 1. Análisis sobre la actuación de la salud mental madrileña en el atentado del 11M. Carta enviada a los socios el 30 de Marzo de 2004.**

**Documento 2. Sobre la ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y la especialidad en psicología clínica. Carta enviada a los socios el 23 de Abril de 2004.**

# AMSM

---

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

**o c t u b r e**

04

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

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

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Antonio Escudero Nafs

**VICEPRESIDENTES**

Cristina Alonso Salgado  
Juan González Cases

**SECRETARIA**

Violeta Suárez Blázquez

**TESORERA**

Esther Pérez Pérez

**VOCAL DE PUBLICACIONES**

María Diéguez Porres

**VOCAL DE DOCENCIA**

Déborah Ortiz Sánchez

**VOCALES**

Carmen Carrascosa Carrascosa  
Alberto Ortiz Lobo  
Ivan de la Mata Ruiz

**BOLETÍN**

María Diéguez Porres  
Alberto Ortiz Lobo  
Iván de la Mata Ruiz  
Eva Grau Catalá

## EDITORIAL

### *Sobre la Asociación Madrileña de Salud Mental y otras asociaciones e instituciones. Una metáfora astrofísica*

#### **D) UN APUNTE GENERAL DE LA SITUACIÓN.**

Sin duda, la situación actual de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, es compleja. Que algo sea complejo no es en sí malo, quiere decir que las cosas se mueven. De hecho, es preferible dicho movimiento a años sufridos de estancamiento en las estructuras. Pareciera que en los últimos años hubiese habido un pequeño “big bang” en el desarrollo de la Salud Mental Madrileña. Esta explosión de recursos, de dimensiones relativas pero evidentes, tiene sin duda mucho que ver con las acciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Las cosas se mueven más, pero quizás lo que nos preocupe es en qué dirección lo hacen, en otras palabras, cuál es el objetivo último de dicho movimiento.

Como Asociación hemos expresado siempre nuestra inquietud ante el modelo elegido a partir de la LOSCAM y su aplicación en el Plan de Salud Mental vigente. El concepto de «Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental», en la que cohabitan estructuras con diversos modelos de gestión (no ya sólo la potenciación de recursos “privados” como elementos claves de dicha red), constituye un modelo que promueve más que previene la diferencia de accesos de recursos a la población. No sólo eso, nos parece una estructura débil en tanto que por un lado es dependiente de necesidades de mercado rentables, y por otro tiene escaso potencial de respuesta e iniciativa ante el surgimiento de nuevas necesidades de asistencia. Los hechos en nuestra Comunidad lo van demostrando, pocos recursos privados emergen (las condiciones dadas para ellos por otra parte suponen asumir un alto “riesgo” en la inversión).

Esto deriva, a que el listón de exigencia de mínimos de calidad de asistencia y de profesionalidad o incentivo de los trabajadores ofertados por la incipiente empresa (sin ningún diseño previo de estandarización por cierto), vaya descendiendo. No sólo eso, las funciones de estos recursos (población diana a la que estaban destinados puede variar): así, es más costoso (en medios y conocimientos) emprender un trabajo con trastornos generalizados del desarrollo, que crear un recurso de contención para jóvenes “problemáticos”.

Creemos, sí, en un “big bang” o expansión de los recursos, pero donde la materia que se expanda y concrete en proyectos (como la materia estelar se concreta en soles y planetas) sea de naturaleza pública. De lo contrario, se corre el riesgo, siguiendo esta metáfora de generación del cosmos, de que esta expansión se detenga y se invierta como lo definen los científicos, en un proceso contrario, dirigido hacia un colapso del universo sobre sí mis-

mo (“big crunch”). Curiosamente, ello depende, como sostiene entre otros Stephen Hawking, de la cantidad de materia oscura que no detectamos en el Universo en expansión (hace tiempo se demostró que el vacío estelar no existe realmente); dicho en otras palabras, que el Universo se expanda o se colapse depende de su densidad.

Extrapolemos entonces que el hecho de que nuestro sistema sanitario (y con él nuestra galaxia de la Salud Mental) se expanda o se colapse, depende de la densidad de recursos de la que está compuesta.

Lo curioso, es que los científicos (véanse por favor publicaciones especializadas, como “Investigación y Ciencia” o “Science”) parecen estar más próximos de poder medir la materia estelar oculta a los grandes telescopios, que nosotros (profesionales, usuarios y la propia administración –véanse los informes y memorias del Ministerio de Sanidad) de conocer los recursos de que disponemos.

Un problema en la creación de estructuras asistenciales tal como es interpretada desde la LOSCAM, y plasmada en el Programa de Salud Mental (2003-2008) vigente, es que se confía en la irrupción de una oferta asistencial de iniciativas privadas (quienes aportan su capital y contratan sus profesionales). Esto determina que el proyecto de una red asistencial se sustente sobre pilares débiles. En primer lugar, son recursos sometidos a las vicisitudes de la Economía. Una crisis económica puede determinar la “quiebra” de estas instituciones. Instituciones privadas, incorporadas al sistema público, pero que no van a poder ampararse por la acción de la Administración. (En nuestro caso la Comunidad de Madrid, pues realmente no le pertenecen). Aun cuando, no haya por el momento grandes crisis “globales”, estas estructuras privadas, han de sobrevivir, y sabemos que eso suele ser a costa de situaciones precarias para los trabajadores y disfunciones en la atención.

Esta confianza en el desarrollo de la iniciativa privada, conlleva por otra parte una actitud de espera por parte de los planificadores a que aquella surja. De otro lado, estos hipotéticos proyectos se centrarán sólo sobre subgrupos de poblaciones “rentables”. Esto, ya lo hemos desarrollado más ampliamente en otras ocasiones, si bien no está mal recordarlo.

Defendemos pues, unas directrices claras, y la capacidad y autonomía de aquellos quienes planifican los recursos, para así anticiparse a las demandas. Deseamos pues saber, hacia dónde se dirige ese crecimiento de recursos, cuáles son las poblaciones “diana” detectadas, y necesitamos algo más que un caos sin referentes.

Afortunadamente, y lo decimos con sinceridad, la «Dirección de los Servicios de Salud Mental-Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental», muestra un talante de escucha ante las interpelaciones de las asociaciones, incluida la nuestra. Indudablemente, escuchar no implica asumir, y esto es aceptable, pues indudablemente su análisis de la situación es distinto, pero reconocemos un objetivo común: mejorar la atención en Salud Mental.

## II) LA RELACIÓN DE LA AMSM CON OTRAS ASOCIACIONES E INSTITUCIONES

Lo anterior nos permite contextualizar el siguiente apartado. Antes hemos definido que el panorama es realmente complejo. Esta complejidad, difícilmente puede ser asumida sólo por una asociación de profesionales (aun cuando como la nuestra, sea multiprofesional). Y así, otras asociaciones de familiares y usuarios, de rehabilitación psicosocial y de otros profesionales tienen mucho que decir. Si conseguimos incluso que estas asociaciones alcancen (aun en distintos grados) un nivel de trabajo común, la complejidad que la Salud Mental en nuestra Comunidad muestra ante nosotros puede aminorarse. (Retornando a un símil “cósmico” como el que hemos utilizado en el anterior apartado, un mismo objeto estelar, es mejor analizado si se utilizan distintas fuentes de obtención de datos que se combinan entre sí fluyendo la información entre ellas: telescopios ópticos, radiotelescopios y otros instrumentos.) Esta metáfora, sin embargo alude exclusivamente a la observación y a la comprensión del universo. Nuestro interés, es aun más pragmático: si no podemos comprender que es lo que está ocurriendo en nuestro entorno profesional, no podemos actuar, y tener una participación activa está en nuestros Estatutos Fundacionales.

El pasado 7 de Mayo, miembros de la Junta de la AMSM, a petición nuestra, nos reunimos con miembros de la Oficina Regional (D. JJ Melendo y D. JM López), en una dinámica hace años establecida de relaciones institucionales. Los tremendos acontecimientos del 11-M retrasaron en varias ocasiones dicha reunión.

Aun con varias cuestiones que deseábamos plantear, prevalecía una propuesta que deseábamos comunicar. Esta, consiste en que nuestra Asociación cree en la necesidad de que la Oficina Regional juegue un papel CLAVE en la ordenación de los recursos y las prioridades asistenciales.

Como asociaciones necesitamos un interlocutor desde la Administración, y consideramos que dicho interlocutor es aquel que asuma las principales funciones de planificación y distribución de recursos. Dicha institución adminis-

trativa, ha de ser la que promueva el principio de equidad e implementación de servicios dentro de la Comunidad de Madrid. Y la Oficina Regional es quien ha de cumplir este papel (al margen de encuentros o discrepancias sobre el desarrollo de la red sanitaria de Salud Mental tal como ha sido expresado en las primeras líneas).

En la entrevista mencionada, se nos definió el papel de la Oficina como un “elemento de cohesión”. La “filosofía” es encuadrar la Salud Mental dentro de la atención especializada con una estructura de área jerarquizada.

Se establece una diferencia entre el concepto de «departamento» frente al de «oficina». El primero, sitúa la Salud Mental a un nivel similar al de otros departamentos médicos. El de oficina (denominación actual) va dirigido más a la gestión, definición y *distribución* de recursos.

Fue aquí donde introdujimos la cuestión de cómo concebía la Oficina los « Institutos » como proyecto de nuevos modelos de gestión.

El tema de los «Institutos» es analizado en otro apartado de este boletín, aquí lo que queremos esbozar, es nuestra opinión (muy próxima a la de otras asociaciones), de que, sea como sea diseñado el modelo de gestión, éste ha de cumplir criterios de transparencia y planificación, y ante todo, no pueden romper los principios de universalidad y territorialidad de la asistencia. No debe haber incluidos en su diseño “programas estrellas” si antes no se han solventado las necesidades de atención básicas (incluidas, sobre todo las de rehabilitación, y podríamos decir también que las de atención infanto-juvenil sin menoscabo de otras). En palabras similares, los institutos no deben auto-sustraerse de cumplir y mostrar unos mínimos de calidad comunes en las prestaciones ofertadas a toda la población de la Comunidad. Y por supuesto, han de ser proyectos que pueden tener gran valor y sentido, sólo, si pueden ser auditados periódicamente; esto es, sus resultados deben ser cuantificables.

Planteadas nuestras dudas en la reunión con la Oficina General, se nos aseguraba desde la misma, que los *institutos* no pueden actuar de forma independiente a los objetivos o líneas marcadas por la Oficina. La distribución de funciones sería pues como sigue: la del *instituto* buscaría una “mejora de la gestión clínica”, en tanto sería potestad de la Oficina el desarrollo de las líneas de actuación sobre la población.

Dado que las líneas de desarrollo están vinculadas a los recursos humanos, los *comités de empresa* serían interlocutores naturales de la Oficina.

Recientemente, fue publicada la creación de la «Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada» (B.O.C.M. 160, miércoles 7 de Julio). Entre las funciones de dicha Comisión, se citan precisamente “proponer la estructura y funciones” de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, así como “establecer y desarrollar modelos de gestión encaminados a dotar de autonomía de gestión a la asistencia psiquiátrica y de salud mental del *área sanitaria*”. Como vemos, se empiezan a dirimir las posiciones y modelos que van a regir el desarrollo de la Salud Mental en nuestra Comunidad.

Es difícil determinar cuál será el resultado de dicha comisión. Quizás haya ideas compartidas pero también divergencias entre los mismos que la componen. Así, quién *gestionará* los recursos de atención a la patología crónica, ¿la Oficina o los futuros institutos?; es esta una cuestión que seguro será puesta sobre la mesa.

Teniendo en cuenta, nuestra *defensa* del papel que ha de tener la Oficina Regional, nuestra *prevención* sobre lo que pueden significar los *institutos*, y la importancia clave que otorgamos a la Rehabilitación en el desarrollo de la red en salud mental (por la tendencia *crónica* a que la Rehabilitación sea relegada de sus prioridades, al tiempo que se impone la cada vez más preocupante apertura de grandes unidades de simple contención física), seríamos proclives a una gestión desde la Oficina Regional. Sólo una transparencia, y una solidez en los principios de universalidad, equidad entre zonas e implementación de recursos, no sólo residenciales, pueden garantizar un apoyo a una gestión de estas plazas desde los institutos; y para ello, han de mostrar su validez. No olvidemos, que si bien, no son definidos como tales, dichos institutos, al seguir modelos diferenciales han de contemplarse por el momento como *laboratorios de gestión con resultados medibles*. Lo contrario, nos obliga a recurrir a la metáfora histórica de los “*reinos de taifas*”.

Por otra parte, destacamos, que en la misma disposición del B.O.C.M. se define un artículo según el cual se dará *audiencia* a “las organizaciones sindicales más representativas, asociaciones de usuarios y familiares de la salud mental, sociedades profesionales y científicas”. Esto, muestra de un talante aperturista de la Oficina General, abre una oportunidad de expresión de las organizaciones y asociaciones referidas.

En líneas generales, en base a los contactos que establecemos regularmente algunos de dichos organismos y asociaciones, definidos por dicha disposición como participación social, las dudas ya mencionadas respecto a lo que pueden o no pueden llegar a ser dichos institutos, son compartidas.

Retornando a la reunión con la Oficina de 7 de Mayo, se valoró positivamente por nuestra parte el esfuerzo que se está haciendo para continuar ampliando la red informática dentro de la red asistencial y que ésta se conecte con la del IMSALUD. Confiemos en que estas medidas signifiquen una mayor participación de profesionales y usuarios de la información, muchas veces detenidas por desidia u otros motivos en los despachos de algunos jefes y coordinadores. Esperamos por otra parte, que la coordinación de citas no burocratice la respuesta del sistema a la población.

El carácter no vitalicio de la función de los coordinadores de área fue también abordado, si bien, ello estará muy determinado con la integración que se vaya realizando en un futuro entre IMSALUD y SERMAS.

De igual forma abordamos el calendario de recalificación de los psicólogos que trabajan en la RED, asegurándonos que no había ninguna dificultad presupuestaria en lo determinado para completar este año.

La progresiva dilución del papel de los trabajadores sociales en Salud Mental es un motivo de gran preocupación para nuestra Asociación. Progresivamente se va negando el reconocimiento que habían tenido por ejemplo en la Formación Continuada en Salud, estando actualmente ¡excluidos! de dicha formación. Si bien la Oficina nos aclaró que no tenía competencia en tema de personal (ciertamente esto resuena a cierta incongruencia con el papel que pretende jugar en la ordenación de dispositivos), solicitamos su mediación al respecto. Sin duda, el desarrollo de la continuidad de cuidados requerirá de una participación intensa (incluido en ello recursos humanos) de profesionales de enfermería y trabajo social, tal como establece el Plan de Salud Mental; en caso contrario el programa de continuidad de cuidados estará condenado, y con ello en cierta forma todo el Programa de Rehabilitación.

Los días en que se realizó el encuentro seguía muy reciente el drama del 11M. Nuestra Asociación, sopesando el alto nivel de sensibilidad social existente, realizó sin embargo un análisis de cómo se había gestionado desde las distintas organizaciones e instituciones con competencias en salud mental la atención a la población afectada directamente por el atentado. Si bien, nuestro análisis fue percibido como crítico e injusto por parte de la Oficina Regional (si bien el mismo se había realizado a un nivel muy general, destacaba la inmediata actuación de los profesionales de la Red Pública coordinada desde dicha Oficina e intentaba reflejar el sentir de muchos profesionales de la salud mental), lo que el mismo pretendía era la necesidad de aprender de lo que se pudo hacer bien, y de lo que no pudo hacerse (fundamentalmente coordinación entre instituciones). Sin duda, cada organización e institución que actuó, quiso dar lo mejor de sí, pero esa descoordinación y el protagonismo que algunas personas e instituciones creyeron necesario publicitar, obligó a que finalmente, en mayor o menor medida, todos los organismos lo hicieran. Con respecto a la Oficina, si no quedó claro en dicho escrito, consideramos que tuvo una respuesta inmediata y envió a profesionales (equipos enteros) a IFEMA (lugar donde se catalizó el dolor, que el horror había esparcido por los lugares de los atentados). Es más, fue la única instancia capaz de enviar lo que es su principal capital (también el de nuestra Asociación), equipos multidisciplinares.

La Oficina, a través de sus representantes en la reunión, solicitó a nuestra Asociación, lo que consideraba también de justicia, transmitir a sus trabajadores los esfuerzos que desde la Oficina se está haciendo en mejorar la Red y en situaciones críticas como la mencionada. Desde nuestra Asociación, que aglutina muchos de los profesionales que trabajan en los distritos, creemos que ese reconocimiento es justo, y que ha de ser recíproco.

Respecto a otras asociaciones (al margen de la relación con la AEN que es obvia, sistemática y continuada), nuestro contacto es especialmente intenso con la Asociación Madrileña de Rehabilitación (AMRP), así como con la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) y la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), constituyendo entre todas una Comisión que se reúne periódicamente.

No es este un trabajo fácil, pero creemos, más aun en estos tiempos, que es clave. En este sentido, una de las últimas cuestiones acordadas es reclamar para la Rehabilitación en Salud Mental la consideración definitiva de *prestación sanitaria*, con todas las implicaciones y beneficios que dicho reconocimiento tiene para el paciente.

El asociacionismo, constituye sin duda la mejor forma de expresar y aunar esfuerzos. Que el trabajo de distintas asociaciones pueda sumarse (respetando diferencias e incluso discrepancias) es una manifestación de madurez de nuestra sociedad. Que la Administración advierta también eso, es una señal de madurez de aquella. Coincidimos, discrepamos, nos reunimos, y tras alejarnos, debemos continuar juntos. Al fin y al cabo, estamos en el mismo planeta.

## *Sobre la integración de Salud Mental en Atención Especializada*

La integración de la atención de la salud mental con el resto de la atención sanitaria es una reivindicación histórica de los distintos colectivos implicados en ella, desde los propios enfermos y familiares hasta los profesionales y autoridades sanitarias, y la AEN ha tenido un papel clave en conseguir este objetivo. Esta integración buscaba terminar con la tradicional marginación de los enfermos mentales y que la Salud Mental (incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación) fuera un derecho de la población. Cuatro principios inalienables se acompañaban de esta idea original: un modelo comunitario alternativo a los hospitales psiquiátricos, la equidad de las prestaciones, la territorialidad y la participación de usuarios y profesionales en su desarrollo. Si uno mira hacia atrás es evidente todo lo que se ha avanzado, pero también es innegable lo que falta por recorrer. En lo positivo vemos como estos principios aparecen consagrados no solo en la Ley General de Sanidad sino también en las leyes sanitarias autonómicas. En nuestra Comunidad en las últimas dos décadas se ha creado una red de dispositivos de atención en Salud Mental que, si bien habían estado abandonados en los últimos años, supusieron un cambio radical respecto a la atención anterior y en lo funcional se acoplaron de hecho al resto de la atención sanitaria. Sin embargo, como cuestiones pendientes podemos señalar la persistencia en Madrid de más de 1200 camas en Hospitales Psiquiátricos, la separación de los recursos de rehabilitación psicosocial de la red sanitaria, el escaso desarrollo de los mecanismos de participación social y el desarrollo de una estructura organizativa que pudiera gestionar con calidad y eficiencia la complejidad de la red de recursos que se había creado. Las

transferencias sanitarias permitían por fin abordar estos asuntos pendientes. La integración en Atención Especializada se concebía como un elemento esencial para la consecución de esos principios y una estrategia para resolver los problemas pendientes. Ese era su horizonte y conviene recordarlo.

En el BOCM del 15 de julio de 2004 se publica la Orden 648/2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se crea la Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada. Habría sido conveniente, por coherencia, y sin por ello quitar valor a los elegidos, el incorporar a la Comisión una representación de Jefes de Distrito, quienes aportarían además su conocimiento de las realidades a las que se enfrentan los equipos multidisciplinares día a día. Dice el preámbulo de la citada norma que la citada Comisión tiene el objetivo de impulsar, coordinar y hacer el seguimiento de las actuaciones encaminadas a conseguir el objetivo principal del Plan de Salud Mental que es “alcanzar la **integración plena** de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental en la Atención Especializada tanto en el **nivel asistencial, como en lo organizativo y en lo relativo a sistemas de información y recursos humanos** todo ello mediante la consolidación de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental y la descentralización de la gestión a las Áreas Sanitarias y a los distritos”. Estas palabras son un claro ejemplo de cómo algunas ideas pierden su sentido original. ¿Persigue la Comisión la creación de una red única e integrada de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental en el sentido que esta Asociación siempre le ha dado? No lo creemos. El asunto principal de esta Comisión, que por otro lado no deja de ser cru-

cial, es cómo integrar los recursos de Salud Mental de los antiguos SRS e INSALUD o en términos actuales: cómo fusionar las dos principales empresas proveedoras del sistema. Otra cosa es hablar de Red Única de Asistencia, cuando la política de la Consejería es como la que practicaba la Penélope de Ulises, de forma que lo que teje de día lo desteje de noche. Se forma una comisión para integrar cuando se potencian conciertos (hospitales de día de infantil, camas de rehabilitación en los psiquiátricos de Ciempozuelos como algunos ejemplos), se inauguran hospitales con nuevas formas de gestión desvinculadas del resto (Fuenlabrada, Alcorcón y los que vendrán) o se mantiene una estructura de red dividida con los recursos de rehabilitación. Se haga lo que se haga no podemos con estos determinantes de un modelo integrado.

El objetivo es por tanto más modesto (seamos optimistas: ¿un primer paso?) pero como hemos dicho de suma importancia: persigue establecer los mecanismos para la adscripción de los Centros de Salud Mental y otros dispositivos dependientes del Servicio Madrileño de Salud en la Atención Especializada del Instituto Madrileño de la Salud. La Comisión tiene además las funciones de desarrollar los sistemas de información homologados que habrán de pasar de los Servicios de Salud Mental a la Atención Especializada, proponer la estructura y funciones que ha de tener la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y establecer y desarrollar los modelos de gestión encaminados a dotar de autonomía de gestión a la asistencia psiquiátrica y de salud mental del área sanitaria. Ahí es nada. La clave, como hemos señalado en repetidas ocasiones, es lograr la integración en Atención Especializada manteniendo las peculiaridades y la especificidad de nuestro trabajo y garantizando la equidad entre las distintas Áreas. Se abren una serie de cuestiones y dilemas:

### **1. ¿CUÁL VA A SER LA FUNCIÓN DE LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL?**

En un sistema que tiende a la descentralización de la gestión, dotando de autonomía en este tema a cada Área Sanitaria, el principio que debe regir toda la política de la Oficina debe ser asegurar la equidad del sistema. Es decir, debe ejercer de Autoridad Sanitaria en materia de salud mental ocupando un lugar de relevancia en el organigrama de la Consejería. Hacía dentro tiene que ejercer un papel destacado en la planificación, vigilancia y evaluación de la gestión de cada una de las Áreas proponiendo prioridades, políticas activas

para terminar con las inadmisibles diferencias de atención que reciben los pacientes según donde vivan, asegurando que se desarrollen los principios del modelo reflejado en el propio Plan de salud Mental y que establezca sin ambigüedades las funciones de los distintos profesionales de los equipos. Si la autoridad de la Oficina no se ve reforzada con las decisiones de esta comisión podemos tener un panorama en que se institucionalicen los reinos de taifas y cotos de poder donde cada cual haga de su capa un sayo. Hacia fuera la Oficina tiene que ser un interlocutor de peso en la propia Consejería reclamando políticas e inversiones que supongan una discriminación positiva para la Salud Mental, una labor casi pedagógica con las alturas. ¿Se puede dotar a la Oficina de autoridad suficiente?

### **2. ¿CÓMO SE VAN A INTEGRAR LAS DISTINTAS CONDICIONES LABORALES DE LOS TRABAJADORES?**

No es función de esta Comisión resolver este problema pero no queremos dejar de señalar cómo, su no resolución continuará generando problemas incluso para los propios gestores. Al menos, la comisión debería asegurar que no se van a perder derechos, aclarar la situación de determinados profesionales como los Psicólogos clínicos que un día son de Primaria y otro de Atención Especializada y establecer cómo van a ser los mecanismos de contratación de interinidades, bajas laborales, etc.

### **3. ¿QUÉ MODELO (O QUIZÁS ESTÉN PENSANDO EN MODELOS) DE GESTIÓN DENTRO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA SE VAN A PROPONER?**

Parece existir un acuerdo en que el actual modelo por el que se gestiona la Atención Especializada es inviable para gestionar la complejidad de la red de Salud Mental tanto por la propia especificidad del objeto de atención como por la diversidad de dispositivos y la multidisciplinariedad de los equipos. El reto es diseñar algo nuevo, una estructura organizativa, llámense Institutos o Unidades de Gestión Clínica en los que las Gerencias de Atención Especializada delegaran la gestión de la red de Salud Mental. Las novedades entrañan un riesgo y por eso deben introducirse de forma cauta, si se quiere con un periodo de evaluación y en todo caso de forma transparente y pública, no como los experimentos de gestión que se están llevando a cabo en algún área sanitaria. Muchas son las cuestiones que se plantean al respecto. ¿Qué se va a gestionar desde estas Unidades? ¿Qué grado de autonomía van a tener res-

pecto de la Oficina, o en otros términos qué capacidad de compra van a tener? ¿Quién va a formar parte de estas Unidades y como se elegirán los miembros? ¿Cómo participarán los distintos dispositivos y los profesionales en la toma de decisiones? ¿Cuál será el grado de autonomía de gestión de los distintos dispositivos del área respecto a estas Unidades? ¿Cómo se integraran las distintas jerarquías de las dos empresas? ¿Qué tipo de relaciones se plantearán con las gerencias de Atención Primaria y con los recursos de rehabilitación psicosocial? No cabe duda de que existen diferentes respuestas a estos interrogantes y que de ellas depende que se consigan estructuras de gestión más participativas con jerarquías menos rancias y verdaderamente al servicio de los pacientes.

#### **4. ¿CÓMO SE VAN A DISEÑAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOMOLOGADOS DE LA RED DE SALUD MENTAL?**

Los sistemas de información son una herramienta clave de la gestión del sistema y que a su vez, conviene

recordarlo, está al servicio de las necesidades de los pacientes. Un tema clave de la integración va a ser la modernización de los sistemas de recogida de datos, de la citación de los pacientes y de los indicadores que miden nuestro trabajo. Es necesario un ejercicio de creatividad y una atenta valoración de las distintas experiencias de otras comunidades al respecto. No puede ser que la calidad venga medida en términos de listas de espera en lo ambulatorio o de estancias medias en lo hospitalario. No puede ser que permanezcan ocultos, por ejemplo, las listas de espera para las unidades de rehabilitación o el deterioro progresivo en el tiempo de dedicado a cada paciente en los centros de salud mental. No puede ser que las agendas se gestionen a modo de fábrica de automóviles, o quizás sí, ¿por qué no una plataforma por la hora de evaluación y la media hora de seguimiento?

Compañeros del mental, llega la integración.

**Iván de la Mata Ruiz**

## *Algunas reflexiones sobre la demanda social y la rehabilitación de pacientes crónicos... ¿Rehabilitar o encontrar un sitio al crónico?*

El programa de rehabilitación desde nuestra Oficina Central de la Salud Mental, tiene:

*la finalidad del mantenimiento en su medio habitual, de aquellos pacientes afectados por enfermedades graves y crónicas, garantizando el tratamiento más adecuado, el acceso a los recursos sociales y como consecuencia de esto una calidad de vida adecuada. Cuando desde la Oficina regional se habla del Programa de rehabilitación, se refiere a la respuesta integrada y global que se ofrece desde los Servicios de Salud Mental comunitarios a determinadas enfermedades psiquiátricas; esta comprende diagnóstico, tratamiento farmacológico, conocimiento del grado de afectación en la historia de la persona y su trayectoria vital (educativa, laboral, relacional, familiar) y la elaboración de un Plan de Tratamiento Integral que incluya cada uno de los problemas generados por la enfermedad y las posibles soluciones. Por contraposición, no niega la necesidad del uso*

*de recursos específicos, pero es necesario no olvidar que la utilización de los recursos normalizados va a evitar la marginación y la creación de “guetos”. Por otra parte, la experiencia ha demostrado que el acercamiento a los problemas de las personas y la motivación de los profesionales es más importante o definitivo que los diversos “manuales” que encuadran nuestra práctica habitual.*

*El Programa de rehabilitación desde los equipos de Salud Mental, incluye una serie de medidas y acciones encaminadas al mantenimiento de los pacientes en su medio habitual, tratando de recuperar, reducir y/o minimizar el déficit psicológico y social que produce el padecimiento de determinadas enfermedades psiquiátricas.*

Lo que dice el Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Servicios Sociales desde el Modelo de red de centros y Recursos de Atención Social:



*Para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben basar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día, y otros recursos y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados.*

Las definiciones de actuaciones desde los Programas de Salud y Servicios Sociales para la población crónica, se confrontan, en ambos dispositivos, con la realidad asistencial. Dicha confrontación viene derivada de: las limitaciones en cada uno de los programas, las características de la población a atender, la falta de una buena planificación y ordenación de la demanda, y de las carencias de una coordinación indispensable.

A partir de un informe elaborado por el grupo de trabajadoras sociales del Área IV en el año 2003 (sobre el recorrido asistencial de algunos de los pacientes crónicos, así como la larga espera en algunos de ellos para poder acceder a un recurso de rehabilitación), tratamos de transmitir **la necesidad de analizar y evaluar nuestras necesidades y los recursos existentes para, no dar por bueno y de una forma definitiva, estancias y tratamientos muy prolongados en recursos “sociales”, que imposibilitan otras derivaciones susceptibles de mejoría con tratamientos intermitentes que pueden alternar con otras indicaciones terapéuticas.** La primera “solución”, sólo aboca a un crecimiento de recursos en los que predomina el concepto de estancia, y los tiempos empiezan a definirse como “indefinidos”, tanto más, cuanto más problemática y compleja sea la situación del paciente y menor la capacidad de contención de la red sanitaria y social. **Larga estancia y tiempo indefinido** son los parámetro fundacionales de la resolución de los problemas a través de la institucionalización (al fin y al cabo, es la solución de la que más se conoce sus efectos secundarios).

**En el momento actual, las vías de derivación de asistencia al enfermo mental en el Área 4 de Madrid provienen de los siguientes agentes:**

- Médico de cabecera
- Vía judicial
- Servicios Sociales Generales
- Hospital:
  - Unidad de agudos
  - Urgencias
  - Unidades de hospitalización (larga estancia)
  - Hospital de Día

– Otros recursos sanitarios

– Otros

Lo que propone la Oficina Central en el Programa de Rehabilitación, es constituir un registro actualizado de pacientes crónicos y usuarios del programa de rehabilitación en un censo de crónicos, (que actualmente no se realiza en todos los casos ni en todos los dispositivos.) Este registro debe acompañarse de una evaluación y propuestas de tratamiento según las necesidades asistenciales y circunstancias sociales.

#### **Situación actual en el Área sanitaria analizada (A-4)**

Podríamos distribuir las necesidades de la población de pacientes crónicos en tres grupos según su situación en relación con la enfermedad mental y su vida social, si perder la cuenta que dicha clasificación ha de ser **dinámica** según el proceso vital y la evolución de la enfermedad en cada momento de su vida:

- Aquellos pacientes que pueden permanecer en su domicilio con apoyo, tanto de su servicio de salud mental como de recursos generales, sanitarios y sociales.
- Los pacientes que precisan estancias temporales en recursos específicos de salud mental.
- Los pacientes que van a precisar un recurso prolongado específico de salud mental según evaluación de sus necesidades, en estos momentos sin determinar muy concretamente si el lugar idóneo es una Institución Sanitaria o Social. (En este caso, parece primar más el principio de la “plaza libre” (en Servicios Sociales) y de “cama libre” (en Sanidad).

#### **1. PACIENTES QUE PUEDE PERMANECER EN SU DOMICILIO CON APOYO**

**a)** En los la adherencia al tratamiento psicofarmacológico (y el seguimiento del mismo) es la variable clave (dependientes de enfermería)

**b)** Pacientes con especial problemática social que precisan el seguimiento principalmente del trabajador social.

**Y c)** Pacientes que reúnen como factores críticos para permanecer en su entorno los correspondientes a A + B.

Todos estos pacientes deben estar incorporados en el programa de continuidad de cuidados, no solo los que viven en sus domicilios sino los que precisan de recursos específicos de rehabilitación.

Estos pacientes no pueden limitarse a “permanecer” en su domicilio, ocultos a las miradas del vecindario junto a su familia. **El objetivo de poder permanecer en su domicilio, implica que las intervenciones de rehabi-**

litación se van a acometer desde dicho lugar, sin ello, se trataría de una suerte de “institucionalización domiciliaria”.

#### **Utilización de recursos específicos de rehabilitación: (tiempo corto)**

Es probable que en todo proceso de rehabilitación de un paciente crónico a lo largo de su tiempo vital, vaya a necesitar utilizar algún recurso específico de rehabilitación. En el momento actual se dispone en el Área 4 de la Comunidad de Madrid de:

- **Hospital de Día (área IV) dependiente del Hospital Ramón y Cajal**, destinado a pacientes de Barajas y Hortaleza. Es un dispositivo que progresivamente está alcanzando un nivel de eficacia apreciable en la situación clínica estabilizada de los pacientes a los que se da el alta. Su talón de Aquiles, a veces parece exigido a comportarse como una prolongación de la Unidad de Hospitalización Breve del mismo Hospital, donde la “estancia” es un criterio de gestión decisivo. Ello conlleva, a diferencia del Hospital de Día, que muchos pacientes salen con una estabilidad clínica mínima.
- **Centro de rehabilitación psicosocial (Fundación Manantial)**, concertado con la Consejería de Servicios Sociales), tiene una lista de espera de un año y medio.
- **Centro de rehabilitación laboral (Fundación Manantial)**, concertado con la Consejería de Servicios Sociales), tiene una lista de espera de al menos dos años. Estos dos últimos dispositivos están recién creados, comenzando a operar a inicios de este año.
- **Arco**: disminución del recurso a 8 pacientes, lo que dificulta el acceso y uso actual del mismo.
- **Miniresidencia (También perteneciente a la Fundación Manantial)** con más del 50% de plazas definitivas, importantes dificultades de utilización del recurso en momentos puntuales.
- Existen algunos recursos en servicios de salud mental concretos con utilización exclusiva de distrito, como Centro de Día (CSM Hortaleza), Actividades de Terapia Ocupacional (CSM Ciudad Lineal), Hospital de Día de Chamartin (CSM Ciudad Lineal y San Blas) y Grupos de autoayuda (en diferentes distritos)

#### **Prestaciones económicas específicas:**

Ayuda económica de rehabilitación, solicitada según tres conceptos:

- alojamiento
- manutención

- transporte a recurso de rehabilitación

Aunque en procesos de rehabilitación en muchos casos, resultan imprescindibles, son de difícil acceso y utilización por ser poco ágil su tramitación, presupuesto escaso y con dificultades y exigencia en las condiciones de tramitación, con pagos demorados, todo lo cual dificulta mucho su apoyo en programas de rehabilitación.

#### **Recursos no específicos de la red de rehabilitación:**

Actividades formativas normalizadas, cursos (limitado por las condiciones de exigencia y de motivación de los pacientes)

Servicios Sociales generales.

- Ayuda a domicilio
- Renta Mínima de Inserción

#### **Otros recursos normalizados, culturales, de ocio:**

- Piscinas
- Centros culturales de barrio
- Servicio de orientación laboral
- Servicios de orientación jurídica
- Asociaciones
- de familiares y /usuarios
- Organizaciones no gubernamentales y otras Asociaciones de carácter general.
- Como: Candelitas, Cáritas, Cruz Roja, Fundosa, Otros
- Algunos recursos especialmente utilizados en la orientación y contratación laboral de pacientes

## **2. PACIENTES QUE PRECISAN ESTANCIAS TEMPORALES EN RECURSOS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL**

- Unidad de Media estancia de Ciempozuelos (lista de espera de al menos de dos años)
- Camas de media estancia del Hospital Psiquiátrico de Madrid.

Importantes dificultades de acceso por:

- Se desconoce realmente el número de plazas asignadas a cada Área o Distrito
- Los criterios e indicaciones de ingreso en dichas camas
- Cómo y quién organiza las derivaciones y control de la lista de espera
- No se mantiene coordinación y seguimiento de pacientes, ni criterio de traslado o altas.
- Dificultad de acceso y utilización de plazas nuevas en la Miniresidencia, (de estancias de no más de 6 meses) por excesivo número de ocupación de estancias “definitivas”.

### 3. PACIENTES QUE NECESITAN DE RECURSO PROLONGADO

- Miniresidencia. Colapsadas las plazas definitivas, no hay criterios establecidos de evaluación sobre otras alternativas como viviendas o pisos tutelados, ni criterios de evaluación individualizada de salidas de pacientes de larga estancia a otros recursos, cuando las condiciones patológicas y sociales (como contar con recursos económicos propios) lo podrían permitir.
- Larga estancia en el Hospital psiquiátrico de Madrid. Desconocemos el funcionamiento de las plazas de larga estancia creadas recientemente y no existe facilidad de acceso a las mismas desde el distrito.
- Pisos Tutelados por Salud Mental.
- No hay criterios comunes de indicación de usuarios en los diferentes distritos.
- Barajas: 2 pisos (hombres y mujeres)
- Ciudad Lineal 1 piso (hombres)
- Hortaleza: 1 piso (hombres)
- San Blas: no tiene piso tutelado.

#### ENUMERADOS RECURSOS Y NECESIDADES, PLANTEAMOS UNA SERIE DE REFLEXIONES Y PROPUESTAS:

Desde los principios de la Reforma Psiquiátrica y la implantación de la asistencia comunitaria guiada por unos principios de accesibilidad al ciudadano, información adecuada a la población de referencia, búsqueda de las necesidades reales de toda la población y no sólo de los que acuden a tratamiento, y equidad entendida como “igual acceso a tratamiento para igual necesidad” proponemos: ampliar la atención social a la población enferma mental crónica, **más allá de ampliar y conseguir plazas en instituciones o de espacios exclusivamente terapéuticos, con programas sociales de atención domiciliaria, accesibilidad a otros recursos normalizados, facilidad en las prestaciones económicas temporales, acceso a programas de vivienda protegida y apoyo a programas familiares.**

En el Distrito de Hortaleza y como programa piloto se esta llevando a cabo un proyecto de “Intervención socio-comunitaria y atención a domicilio dirigida a enfermos mentales crónicos” en coordinación con los servicios sociales Municipales y a través de un convenio con la Asociación Candelita.

Todas las intervenciones y servicios se caracterizan por una atención personalizada ajustada a las características, necesidades y objetivos de cada usuario/a planteados a partir de la evaluación funcional inicial y por una estrecha colaboración con el Centro de Servicios So-

ciales y los Dispositivos de Salud Mental del Distrito, en su puesta en marcha y en su evaluación continua. Pudiera esto dar a entender, el apoyo a la intervención de instituciones con las que se establece un convenio. Realmente, queremos llamar la atención con ello (en otro número aportaremos datos precisos de asistencia), de que es necesario la articulación de planes dirigidos al paciente “difícil” (en tanto dificultad para aceptar ayuda externa), en su entorno. Iniciativas de este tipo, realmente ya descritas, nada originales, y como vemos, no del orden utópico, hacen a la Rehabilitación dinámica y a los equipos multiprofesionales de salud mental de Distrito más eficaces, más allá del enclaustramiento en las consultas (lugar de combustión de muchos de sus profesionales). Que dispositivos, como el Centro de Salud Mental, se apoye en la intervención mediada por los trabajadores sociales del mismo, de los servicios sociales de zona y de los profesionales de la referida Asociación Candelita, no es suplantar un plan de seguimiento de cuidados propio, sino implementarlo. Es usar la red social y sanitaria en su sentido amplio dentro del Distrito. De hecho, esta intervención no es una muestra de que los planes de servicios sociales y salud mental se complementen, pues estamos hablando en este ejemplo, de los servicios sociales de zona (al margen por tanto del plan especializado de Servicios Sociales).

No se puede escapar a este análisis, que la existencia de dos planes de atención (Salud Mental y Servicios Sociales, dependientes de Consejerías distintas), constituyen una complejidad añadida (más allá de un análisis sobre la idoneidad de este hecho). Asociaciones de profesionales como La Asociación Madrileña de Salud Mental, o de familiares y usuarios como (FEMASAM) entre otras de no menor relevancia, han declarado que la Rehabilitación es una competencia sanitaria, pues consideran que de otra forma, se desvirtúa el conocimiento de la realidad psíquica de la Salud Mental, la fragmentación de los recursos, y realmente, una forma de estigmatización institucionalizada. No ha de confundirse esto, según afirman, con una simple medicalización, pues no se niega el factor social, en toda su dimensión, que acompaña a la enfermedad mental (igual que acompaña a la oncológica o la cardiológica).

Caben dudas, pues, si esta separación entre lo clínico asistencial, y la rehabilitación, obedece a criterios económicos (o profesionales) más que a las necesidades de los propios pacientes. Los efectos pueden llegar a disfunciones graves, así es el caso real de un paciente ingresado en una miniresidencia (recurso de Servicios

Sociales, que no contempla por definición una “contención sanitaria” en situaciones de descompensación), quien ha ingresado ¡en una unidad de “larga estancia”! (recurso sanitario de pura contención), no sabemos si para su compensación, y posterior retorno... ¿a dónde?, ¿y por qué no ingresó en Hospitalización Breve? El peculiar recorrido asistencial de este paciente merece ser seguido, por las enormes implicaciones que tiene, y porque la actuación es “síntoma” de algo disfuncional.

De aquí, que las minirresidencias, albergando pacientes “problemáticos” socialmente (a veces un tercio de ellos, trastornos de personalidad), parecen estar cumpliendo aquellas funciones para, en las que en un tiempo, fueron creados los “manicomios”. No responden pues a una estructura de “recurso intermedio”, realmente suplantando un modelo de tercer nivel asistencial (¿“manicomios sociales”? Quizás, sean estas estructuras “síntomas” del fracaso de los programas de seguimiento ambulatorio, fruto a su vez éste, de unos ratios ridículos de profesionales de enfermería y trabajo social.

Necesitamos todos los recursos, los aquí referidos pertenecientes a la Fundación Manantial y en relación directa con los Servicios Sociales Especializados, son fundamentales para la población. Su creación un éxito. Pero una vez creados, necesitan integrarse en un plan de Rehabilitación definido, y único, inseparable de la

atención sanitaria del paciente. Y este plan debe potenciar condiciones de atención del paciente en su entorno, de apoyo a las familias y si ello no es posible, valorar estancias intermedias en recursos disponibles y accesibles. Plantear recursos y funciones como sanitarias versus sociales es un error, si no:

**La paradoja:** anuladas (o nunca existentes), las funciones de rehabilitación en las unidades hospitalarias (donde no existen psicólogos clínicos, con conocimientos en eficaces técnicas cognitivas de rehabilitación), se convierten en meras unidades de contención (de conductas) de **larga estancia indefinida**. Las unidades extrahospitalarias de rehabilitación (minirresidencias), corren el tremendo riesgo de convertirse en algo idéntico: unidades de contención “social” de *larga estancia indefinida*. **El síntoma de la disfunción:** el paciente que no puede contenerse en la minirresidencia, aparece en la unidad de larga estancia del hospital.

En definitiva, lo que queremos decir es que no todo vale, ni que todo paciente está en su lugar adecuado y que no toda derivación se hace de acuerdo a su necesidad, sino a la fortuna, o el destino, de que exista una plaza-cama libre.

**Cristina Alonso y Antonio Escudero**

*Trabajadora social y psiquiatra del Centro de Salud Mental del Distrito de Hortaleza*

## *Bases para la prescripción emocional de los psicofármacos*

En los últimos meses, la mayor parte de los psiquiatras y médicos de atención primaria hemos recibido dos cartas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en las que se nos advertía del peligro de algunos psicofármacos. En la primera se informaba de la asociación del uso de risperidona y olanzapina en pacientes con demencia y síntomas psicóticos con un incremento de accidentes cerebrovasculares. En la segunda se alertaba del peligro de los ISRS indicados en adolescentes porque se han asociado a un incremento de las conductas suicidas en esta población. En el primer caso incluso se ha promovido que los médicos de atención primaria elaboren listados con pacientes en esas circunstancias para valorar y cuantificar la situación.

Si cualquiera de nosotros hace una revisión sobre estos dos temas, en Medline por ejemplo, se va a encontrar con unos cuantos artículos publicados en revistas de alto índice de impacto que ofrecen información contradictoria: estudios que respaldan estas asociaciones y trabajos que no encuentran relaciones estadísticamente significativas entre estos aspectos. Esta confusión, que no debería de dejar de sorprendernos, no es ninguna novedad y por ello se han intentado múltiples estrategias en los últimos años para poder esclarecer cuál es “la verdad científica”: ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis de estos, pruebas estadísticas que cuantifiquen los ensayos que no han sido publicados por ofrecer resultados negativos o nulos, guías de actuación según niveles de evidencia o pruebas clínicas, al-

goritmos y protocolos de consenso entre profesionales... Estas estrategias intentan evitar algunos obstáculos difícilmente franqueables. Uno de ellos tiene que ver con el objeto mismo de la investigación en psiquiatría: la dificultad de estudiar y objetivar síntomas y trastornos que se mueven en el terreno de los pensamientos, conductas y emociones. Medir y cuantificar estos aspectos es una tarea ardua que no nos debe desanimar, pero que nos debe hacer considerar con cierta actitud crítica la magnitud y relevancia de los resultados de las investigaciones. Otro obstáculo tiene que ver con el sujeto, y es que el principal agente que investiga la “verdad científica” de los psicofármacos es la industria farmacéutica. Una vez que los gobiernos no apuestan decididamente por la investigación farmacológica, solo las multinacionales farmacéuticas tienen fondos para poder realizar ensayos clínicos a gran escala. De entrada, esto significa que las líneas de investigación no las marcan de forma inequívoca las necesidades sociales sino que aparecen matizadas, al menos, por la rentabilidad comercial posterior. Pero, por si fuera poco, las compañías ejercen un control en el proceso de difusión de la información científica que ellas han producido, patrocinando las revistas y financiando buena parte de la formación continuada de los médicos (además de informarles directamente en la consulta). Esa información científica es la que determina en gran medida que se vendan más o menos unos medicamentos que han convertido al mercado de la industria farmacéutica en uno de los negocios más rentables del mundo. De alguna manera, parte del conocimiento científico tiene un propietario cuya buena voluntad de servir a la sociedad puede colisionar con sus intereses comerciales.

En ocasiones, la información científica alimentada por el optimismo profesional, la esperanza de los pacientes o los intereses comerciales de la industria farmacéutica ha creado unas expectativas desmesuradas en algunos psicofármacos que luego no se han cumplido. La bus-

pirona, la moclobemida, el acamprosato, el bupropion, por poner unos ejemplos recientes, fueron lanzados como panaceas, pero incluso las benzodiazepinas en su momento, los nuevos antidepresivos, los nuevos antipsicóticos y los nuevos estabilizadores del ánimo han venido a revolucionar el tratamiento de los trastornos mentales (avalados por toneladas de ensayos clínicos) por su eficacia sin efectos secundarios. Desgraciadamente, aunque la industria farmacéutica obtenga fabulosos beneficios, los de nuestros pacientes no han sido tan espectaculares con algunos de estos últimos avances psicofarmacológicos.

Esta información científica también tiene que ser un pilar de las decisiones que tienen que tomar los políticos. El Ministerio de Sanidad, a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios decide los fármacos que se aprueban, los que se rechazan, sus indicaciones o sus restricciones. En los últimos años se han comercializado unos cuantos antidepresivos para múltiples indicaciones clínicas, se han aprobado varios antipsicóticos, alguno se ha retirado, se han aprobado indicaciones nuevas para ellos... Teóricamente el conocimiento científico ha determinado en buena medida todas estas decisiones políticas, pero es curioso que estas medidas sean distintas entre unos países occidentales y otros o entre comunidades dentro de un mismo país.

Resulta difícil calibrar cuánto hay de verdadero conocimiento, de opinión o de propaganda. Los clínicos lo tenemos difícil a la hora de atender a nuestros pacientes y pretender darles verdaderamente lo mejor, pero los políticos no lo tienen más fácil a la hora de tomar decisiones de las que se pueden derivar daños graves o alarmas injustificadas. En estas circunstancias, ¿cómo se puede hacer una prescripción racional de los psicofármacos?

**Alberto Ortiz Lobo**

## PANÓPTICO

---

### *Unas líneas sobre el panóptico*

En el anterior número, un error de diseño, (si bien el contexto mostraba claramente dicho error), creó para algunos la falsa sensación óptica, de que lo expresado en el mismo era firmado por la Dra. Marifé Bravo Ortiz. Realmente se hacía una reseña de una actividad asociativa emprendida por ella, pero que no tenía nada que ver, ni topográficamente con el contenido de aquella sección. Queremos no obstante subrayar y aclarar este error de galerada, por si persistiese el malentendido.

### *Máster en psicoterapia de orientación psicodinámica en medicina*

La aparición de cursos y másters contribuyen a ampliar la oferta de formación continuada y, siempre que sean de calidad, son lógicamente bienvenidos. Este máster que se organiza en la Universidad Complutense sin embargo, tiene un significado especial: el profesorado principal que se menciona se erigió en su momento en representante fundamental de la psiquiatría biologicista nacional e internacional. Ahora parece que estos psiquiatras, no se circunscriben a un reduccionismo neuroquímico y son capaces de abrirse no ya a otros intereses como las catástrofes, la medicina basada en valores o el estigma de la esquizofrenia, sino que en esta ocasión van más allá y participan de la psicoterapia. Por si fuera poco, no rompen (por fin) esta falsa dicotomía biológico-psicosocial con un acercamiento general o hacia perspectivas psicoterapéuticas de apariencia más científica, sino que directamente se aproximan a los otrora tan denostados márgenes del Psicoanálisis.

En el tríptico que se difunde, se habla por otra parte de “profesores invitados y colaboradores”, profesores sin *nombre*, pero con una acreditada experiencia en orientación psicodinámica y sobre los cuales cae el esfuerzo del máster. El hecho de que el profesorado *anónimo*, llegue a tener un conocimiento acreditado superior a muchos de los que, nombrados como profesionales de sólida formación psicoanalítica, constituyen el profesorado principal, genera como mínimo confusión. Pero este detalle no puede empañar la verdadera trascendencia del hecho. Quizá sea esta la única forma de que la terapia psicodinámica, pueda introducirse y encontrar un lugar del que antaño fue despojado dentro de la Universidad.

Una última reflexión inspirada al margen por este máster. Se da la paradoja de la escasa, si no nula, formación que reciben los miras y pires de Psiquiatría y Psicología Clínica durante su residencia en unidades docentes asistenciales dentro de hospitales “universitarios”. Confiamos que esta penetración de la psicodinamia y otras formas de psicoterapias, no queden reducidas a fórmulas tipo “máster”, y se configuren para los residentes programas similares de formación, no por generosidad, sino por que tienen derecho a esa misma enseñanza..., y que no hayan de pagar por ella.

### *Mal acaba lo que mal empieza*

Es conocido por todos que la convocatoria o la legitimidad del proceso de adjudicación de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, se encuentra en una situación de absoluta indefinición.

En lo que finaliza el título de esta visión (...mal empieza), tiene su punto de partido en el oportuno momento en el que la plaza se difunde con sus correspondientes plazos. Una convocatoria que se saca en Semana Santa (miércoles en concreto). Y un proceso con continuos “parches”, entre administraciones que vienen a corregir o enmendar cada fase del mismo.

Además de la fecha en que sale, la convocatoria, según el Convenio vigente, comprende dos fases: lo más correcto sería la presentación de candidatos al Turno Restringido, y si ningún candidato mostrase su idoneidad, abrir entonces el llamado Turno Libre.

Parece ser que ello se hizo en el mismo acto y que esto podría derivar en un principio en un defecto de forma. Hablamos en condicional, pues las personas que mejor pueden conocer todo este proceso, y a quienes hemos preguntado nos hablan de ciertas condiciones de interpretación que según qué y como, luego no son tan rígidas.

Pero dicho defecto se subsana posteriormente, cuando Función Pública y la Gerencia del HGGM *acuerdan* establecer a posteriori estos dos turnos (si bien no se hicieron originalmente).

Así el tribunal envía la resolución, pero ello exige suspender a los candidatos del turno restringido.

Sin embargo, la confirmación de la decisión inicial se publica en el BOC.M de 6 de Octubre dejando desierto el turno restringido y el nombramiento del Dr García Bernardo en el BOCM el 13 de Octubre de 2003. Lo cual se puede entender que implica por la Administración (Función Pública) aceptación de dichas conclusiones.

La Magistratura de lo Social de Madrid notifica el 5 de Marzo de 2004 a EGB, la estimación parcial de un recurso de alzada, ordenando la anulación de la resolución del nombramiento y la retroacción de las actuaciones al momento posterior a la realización de las entrevistas, la valoración de los méritos de los candidatos y las de las memorias de gestión de los mismos.

Todo esto, muy esquematizado merece una serie de consideraciones:

Una plaza de tal categoría debería haberse ofertado con mayores plazos, habilitando posibilidades a otros candidatos. La “impresión” que ello genera (y ha generado): es que “podía” existir un interés por limitar dicha participación. Existe un perjuicio para todos los candidatos. El mayor perjudicado es Enrique García Bernardo, dado que pierde su puesto anterior. Pero este error es generado por la Dirección del HGGM, quien le comunica al candidato que siga con el proceso para renuncia de su anterior puesto y reincorporación como Jefe de Servicio del HGGM. Al mismo tiempo, dicha dirección “suspende” a los otros candidatos (en este sentido también perjudicados, en tanto la descalificación que ello supone).

Ello sugiere, como es entendido por algunas personas, una descalificación para los profesionales de la red pública. Pero, esto es tampoco completamente cierto, pues las condiciones en que aparece y se difunde la plaza, había limitado, por la propia Administración, al aceptar la convocatoria, las posibilidades de otros profesionales de la red pública de acceder a la misma.

Parece entenderse, por otra parte, que los candidatos de turno restringido, conocían que al mismo tiempo que ellos realizaban su defensa de proyecto, también participaba en la misma el Dr. EGB, ¿significa esto que aceptaban las condiciones del tribunal? ¿o se les había velado el conocimiento de ello por lo que no reclamaron en un primer momento?.

Son estas últimas, cuestiones que deberían aclararse. Y de todas, la cuestión fundamental, es que las condiciones de la bases de presentación hayan sido nítidas para todos.

El caso es que YA, se haga lo que se haga, la adjudicación de la Plaza del Hospital General Gregorio Marañón ha generado daños, y probablemente “dormirá” durante mucho tiempo “el sueño de los justos”. Ojalá esto no hubiera pasado, por el bien de la Salud Mental, y por el daño que el proceso ha conllevado a todos los participantes (y a los que no pudieron presentarse por no leer las convocatorias en Semana Santa –seguro que a partir de ahora, el BOCAM se convertirá en lectura vacacional obligada-). Lo único rescatable (si es que se puede rescatar algo) es que determinadas cuestiones pueden dirimirse reclamando a la Justicia su intervención, si no se hacen bien desde su inicio. Antes, no se podía hacer eso. Seguro, que la inminente plaza de Servicio del Hospital La PAZ, será convocada en unas condiciones bien distintas.

## COLABORACIONES

---

### *11M: La organización de los equipos en la atención a la salud mental de supervivientes y familiares<sup>(1)</sup>*

Creo que en mi vida he tenido la suerte de disfrutar de aprender y de enseñar. Y que eso me ha hecho pesar, a veces sobre lo que una y otra cosa significan. Algunos de ustedes me han oído decir en otras ocasiones que cuando empecé a empeñarme en enseñar pensaba que la mejor forma de aprender era aprender por experiencia. Y que luego llegué a la conclusión de que esta idea no era exacta. En lo que a mí me interesaba enseñar – algo que tiene que ver con la relación terapéutica– como, probablemente en casi todo, aprender por experiencia no es la mejor, sino la única forma de aprender. Como docente esto me sirvió para plantear que enseñar debía ser entonces organizar las experiencias que permitieran a otros aprender más que repetir lo que uno cree que sabe. Para lo que aquí nos ocupa creo que lo que tiene sentido que nos preguntemos, los profesionales como los supervivientes, no es qué hicimos o qué dejamos de hacer sino qué aprendimos y cómo eso va a condicionar lo que hagamos en el futuro. Y ese es el objetivo de las reflexiones que siguen. Los atentados del 11 de Marzo supusieron un desafío de primera magnitud para la capacidad de reacción de la sociedad española en su conjunto y, entre otras instancias de la misma, para los servicios sanitarios incluidos los de salud mental. En las próximas líneas voy a intentar revisar la respuesta que unos y otros proporcionaron sobre todo en los primeros momentos, con el objetivo de extraer de su análisis lecciones que ojalá nunca tengamos que aplicar.

#### **LA RESPUESTA CIUDADANA Y PROFESIONAL**

La primera lección que podemos extraer de lo sucedido en los momentos que siguieron al atentado es que **la ciudadanía en su conjunto se volcó** en una impresionante voluntad de ayudar que –al menos a mí– me resultó además de emocionante-sorprendente. Quizás la sorpresa hubiera sido menor si hubiéramos recordado

la masiva afluencia y la capacidad de autoorganización de los voluntarios que limpiaron el chapapote vertido por el Prestige meses antes.

Es inevitable la comparación de estas dos reacciones con lo ocurrido en otras catástrofes recientes en otros lugares del globo, en los que algunos de los que nos vimos implicados en la de Madrid habíamos trabajado. Pero hay –desde luego que entre otras muchas– una diferencia fundamental entre lo sucedido en Madrid o Galicia y lo que sucedía en la guerra de Bosnia, con el huracán *Micht* o las inundaciones de Mozambique: en nuestro caso el sistema de comunicaciones y las infraestructuras estaban intactas y el movimiento de solidaridad pudo traducirse en una acción eficaz.

Las autoridades sanitarias –y en concreto las de salud mental– recabaron la colaboración –también *voluntaria*, en el sentido de más allá de las obligaciones laborales– de los **profesionales** y, en concreto, de los profesionales del sector público. La respuesta no fue menor que la de la población general. Y este es también un dato del que ha de tomarse nota.

#### **RESCATADORES Y FORENSES**

La actuación de los **servicios de urgencia** (tanto del SAMUR como del SUMA y los de los hospitales) fue inmediata y creo que podemos decir que sumamente eficaz. Los heridos fueron atendidos eficazmente primero in situ y trasladados a los hospitales, y los restos de las víctimas concentrados en el IFEMA donde los **forenses** comenzaron las labores de identificación, que, a mi modo de ver trabajaron de un modo ejemplar. La intervención sanitaria en situaciones de urgencia requiere no pocas habilidades de manejo psicológico y los profesionales de estos servicios demostraron una vez más su profesionalidad.

#### **OPORTUNIDAD Y OBJETIVOS DE LA ACTUACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL**

El día siguiente al 11M la **Oficina de Salud Mental** constituyó un equipo de crisis que estuvo en

<sup>(1)</sup> Texto de la intervención en el *Symposium Internacional "Salud Mental y Desastres"*. Celebrado en Madrid el 11-12 de Junio de 2004.



contacto permanente a través de unos teléfonos móviles habilitados al efecto con los profesionales que trabajaron en los diversos entornos durante los días siguientes y con las correspondientes comisiones impulsadas desde diferentes niveles del Gobierno y de la Administración. Esa misma mañana se solicitó un procedimiento de contacto a aquellos **profesionales de la red** que estuviesen dispuestos a implicarse en actuaciones fuera de su marco de trabajo habitual. Las respuesta fue masiva y los profesionales fueron posteriormente contactados para comunicarles el momento en el que a los servicios de su área se les había encargado la atención a los familiares concentrados en el IFEMA o en los tanatorios.

La misma mañana del 11M los profesionales de las áreas 9 y 4 se pusieron a disposición de los servicios de urgencia para garantizar la atención a las personas que concentrados en el IFEMA esperaban noticias de sus familiares desaparecidos. A las nueve de la noche fueron sustituidos por los de las áreas 1, 2, 3 que a su vez dejarían por la mañana paso a los de las 5, 6 y 7.

La situación en el IFEMA era la de una **concentración de miles de personas** esperando durante horas información acerca de sus allegados desaparecidos en los que las esperanzas de encontrarlos con vida iban disminuyendo progresivamente y en las que las noticias llegaban de un modo inevitable pero exasperantemente lento. La situación de altísima tensión pudo ser sostenida por la actuación de colectivos que proporcionaron a los allí congregados apoyo material en forma de agua, alimentos, mantas y espacios en los que soportar la situación. Los directivos del SAMUR hicieron una petición concreta a los profesionales de salud mental. Solicitaron que por cada una de las familias allí concentradas hubiera disponibles una pareja de profesionales (en un principio pretendieron que de distinto sexo, lo que dada la feminización de nuestras profesiones, resultó la excepción) disponible para poder atender sus necesidades de apoyo.

Aunque nos referiremos a ello más adelante porque sobre este aspecto se produjeron entonces y se han producido posteriormente algunos malentendidos en los medios de comunicación e incluso en algunos colectivos de profesionales, el papel que cabe asignar a los profesionales de la salud mental en un momento así es el de una actuación de **prevención primaria** a desarrollar en una situación en la que una multitud de personas normales están afrontando colectivamente una situación altamente anormal y su función consiste en evitar riesgos innecesarios, situaciones que serían difíciles de

manejar con semejante concentración humana y en proporcionar en la medida de lo posible las condiciones para que los mecanismos sanos –individuales y colectivos– de afrontamiento de la adversidad puedan actuar, evitando en lo posible, por ejemplo, que las reacciones que pueden ser de ayuda para determinados individuos o familias puedan interferir con las de otros que manejan una situación semejante con procedimientos muy diferentes.

Cabe reseñar, como otra lección de la que tomar nota, que, en general la asignación de esta suerte de acompañantes profesionales, fue muy **bien aceptada por las familias**.

El hecho de que en la mayor parte de los casos en el **momento terrible de producirse los reconocimientos**, a veces sobre cuerpos tremendamente desfigurados, las familias hubieran pasado unas horas de tensión con los *acompañantes* que les habían sido asignados, facilitó el que estos pudieran servirles de apoyo y el que el trabajo de los forenses pudiera llevarse a cabo con la eficacia con la que lo hicieron.

## LOS MOMENTOS SUBSIGUIENTES

La Oficina de Salud Mental había previsto el que los profesionales de la red pudieran garantizar una atención permanente en turnos durante todo el fin de semana tanto en los hospitales (en muchos de los cuales hubo que reforzar las guardias como en aquellos otros lugares (IFEMA, tanatorios) en los que fuera necesario. Aunque una de los principios en los que las personas que asumimos tareas de organización desde un principio fue el intentar que los profesionales se procuraran períodos suficientes de **descanso**, hubo quién salió del IFEMA para organizar la atención tanatorios locales y se vio a partir del lunes 15 implicado en la atención de la demanda urgente que desbordó los servicios hasta el momento en que pudieron contratarse refuerzos.

Sobre este último aspecto hay que decir que dichos **refuerzos** se proveyeron con una celeridad también inusitada (aunque la espera se nos hiciera eterna) y con un formato que pretende evitar la nefasta experiencia de articulación de un sistema específico de atención como el que desarrolló para afrontar el llamado *síndrome tóxico*. Hoy los servicios más afectados por el atentado disponen de profesionales de refuerzo que se han repartido con estos las tareas de atención a la consulta normal, para garantizar que todos ellos pueden proporcionar con la celeridad y la intensidad necesarias la atención que precisan las víctimas.

### **UN BALANCE GLOBALMENTE POSITIVO**

Creo que en base a lo hasta aquí referido cabe hacer un balance sumamente positivo de la actuación del sistema sanitario en general y del subsistema de atención a la salud mental en la difícil situación creada por los atentados. Y me parece que cualquier crítica que no parta de este reconocimiento, es, de entrada, injusta.

### **ALGUNAS LECCIONES PENDIENTES**

Sin embargo, también creo, que felicitarlos por el esfuerzo y por los logros, no debe impedir el que podamos señalar las deficiencias que encontramos para evitar si, por desgracia, volvemos a vernos en una situación semejante o para alertar a los que puedan verse en ella. Dividiremos estos puntos críticos en varios apartados.

#### **1. ¿Quién está capacitado para ayudar en salud mental?**

La constatación obvia de que las inmediaciones de los lugares en los que se produjeron los atentados, los hospitales y el improvisado depósito de cadáveres del IFEMA concentraban mucho sufrimiento llevó a los medios de comunicación a difundir el mensaje de que "cualquier persona con buen manejo de los aspectos psicológicos" podía ser de utilidad para ayudar. La impresionante solidaridad a la que hacía referencia al principio de este escrito hizo que acudieran multitud de personas dispuestas a pasar el espantoso trago de implicarse en la tarea con tal de ayudar. Muchas armadas de su buena voluntad, otras de titulaciones que no habían ejercido nunca. Me gustaría hacer un par de comentarios sobre la afirmación de los medios y sus consecuencias.

Puede que la magnitud de la tragedia hiciera prever un desbordamiento de los recursos normalizados de atención a la salud mental. Pero lo mismo cabía pensar que podía pasar con los neurocirujanos o con los forenses. Y a nadie se le ocurrió decir que cualquier persona con algunos conocimientos de anatomía sería bien recibida en los quirófanos o depósitos. Las labores de prevención primaria a las que hacía referencia anteriormente como objetivos de la actuación en salud mental son muy difíciles de llevar a cabo –mucho más en una situación tan cargada emocionalmente– y una persona sin experiencia puede hacer tanto daño en este intento como en un quirófano.

Por otro lado el desbordamiento –dada la generosísima respuesta de los profesionales– no se produjo. La no menos generosa afluencia de voluntarios superó en breve no sólo las necesidades, sino nuestra capacidad de organización. Pasé buena parte de la primera parte

del 11M explicando a voluntarios y a muchos profesionales, que agradecíamos y admirábamos su disposición y su valentía, pero que, por fortuna, su ayuda no era de momento necesaria. En un momento dado hubo de pedir a los que controlaban la entrada que no permitieran el paso de quienes no se identificaran como profesionales de la red. Sólo a las tres de la madrugada conseguimos hacer llegar a los medios la petición de que no siguieran solicitando voluntarios.

En cualquier caso parece que sería aconsejable solicitar que los voluntarios ofrecieran su ayuda a través de alguna agencia (asociación profesional, ONG...) que se hiciera responsable de determinar su capacitación. De hecho esta fue la actitud que finalmente se optó por tomar con los voluntarios que se presentaban individualmente el 11M.

#### **2. ¿Quién es quién en la estructura de ayuda?**

En algún momento de la noche del 11M, un representante del SAMUR me dijo que creía haber tenido noticia de más de setenta entidades que ofertaban apoyo psicológico. Una multitud de voluntarios que habían acudido espontánea e individualmente se había confeccionado pegatinas o distintivos y se ofertaban para lo que fuera menester. Cuando, de acuerdo con los responsables del SAMUR, con los que nos comprometimos a centralizar los recursos de salud mental, intentamos organizar a los profesionales en cuatro equipos con cuatro responsables, un equipo de emergencia central siempre disponible, una oficina administrativa y un responsable de asignar las tareas a los clínicos, alguien atribuía las ocurrencias de alguno de los profesionales que portaban distintivos de alguna entidad, a la entidad como tal.

Afortunadamente la Oficina había decidido por la mañana llevar batas blancas para identificar a los profesionales. Pero la idea de las batas blancas se le había ocurrido a mucha más gente y era difícil saber qué y qué no podía esperarse de alguien con una bata blanca. Por otra parte, la línea jerárquica –y por tanto la posibilidad de tomar decisiones o llegar a acuerdos con otros intervinientes– ni siquiera estaba clara entre los profesionales de los servicios públicos ya que desde la Oficina se había designado un responsable por área (y, por tanto, dos o tres por turno) cuyos teléfonos móviles estaban, además, bloqueados porque eran los que se habían dado como contacto a los profesionales con los que se había llamado para formar los equipos.

A media noche del 11M en una de las reuniones en las que se pedía a los voluntarios sin experiencia que deja-

ran sus nombres por si en otro momento eran necesarios y se les invitaba a volver a casa, pedimos, en cambio, que se quedaran los que tenían experiencia en funciones administrativas. Fue gracias a estos voluntarios, que vinieron a reforzar el esfuerzo ímprobo de la persona que se había desplazado desde la Oficina de Salud Mental, como conseguimos confeccionar los distintivos que permitirían en los siguientes turnos identificar, localizar y asignar las funciones de los profesionales de nueva incorporación.

### 3. ¿Quién controla a los medios de comunicación?

El papel de los medios de comunicación en los primeros momentos, como ya se ha comentado, fue de importancia capital, entre otras cosas por sus llamamientos solicitando voluntarios y por las predicciones que sobre las posibles consecuencias de la experiencia que empezaron a difundir. Aunque, en términos generales hay que decir que el comportamiento de los medios fue bastante responsable y profesional una de las lecciones a extraer es que el garantizar el contacto con los medios y ofertarles un interlocutor *oficial* es absolutamente vital, porque los medios son un instrumento clave en la posible organización de la ayuda y porque son un instrumento clave de intervención sobre la salud mental (De hecho las primeras actuaciones del programa de salud mental en el que trabajé en la ciudad Bosnia de Mostar se llevó a cabo a través de la radio).

### 4. ¿Qué infraestructura administrativa es necesaria?

Organizar la acción concertada de los recursos de ayuda en un entorno imprevisto, identificar a los agentes de ayuda y a los beneficiarios, tener constancia de cuales son las tareas que hay que acometer, cuales están en ejecución, quién las está llevando a cabo, qué queda pendiente y como priorizarlo, es absolutamente imprescindible. El 11M los escasos recursos administrativos desplazados al IFEMA trabajaron muy por encima de lo razonablemente exigible a cualquiera y sólo paulatinamente consiguieron establecer cierto orden. Otra de las lecciones a aprender es que los recursos directamente asistenciales pueden ver imposibilitado su trabajo sin el necesario apoyo logístico y que para este apoyo también hay que planificar mínimos, turnos, posibilidades de descanso etc...

### 5. ¿Qué recursos materiales son imprescindibles?

Entre las muchas cosas que hay que agradecer a los administrativos que contribuyeron con su trabajo a la

ayuda a los familiares el 11M está el que nos proveyeran de ordenadores y batas. La confección de identificadores hubo de ser improvisada, como ya se ha dicho en base al trabajo de voluntarios (uno de los cuales salió aquella noche a buscar pegatinas a su centro de trabajo). De los recursos más útiles e esa situación fueron, sin duda, los teléfonos móviles que nos permitieron el contacto inmediato con los responsables del equipo de servicios centrales. La provisión a los equipos de este tipo de medios desde un principio, hubiera facilitado muchas cosas incluidas la coordinación con otras instituciones y con los medios de comunicación

### 6. ¿Qué habilidades, qué técnicas?

La actuación que hemos caracterizado como de prevención primaria en una situación como la del IFEMA no es fácil, porque se da en un contexto de importantísima carga emocional, porque requiere un conocimiento de los procesos normales que se trata de favorecer y de los riesgos que se trata de evitar y porque requiere una capacidad de asumir la propia impotencia, casi más para no hacer lo que quien no esté bien entrenado tendería a hacer pero los profesionales deberíamos saber que es inútil o perjudicial, que para hacer lo que sea menester. Los principios de lo que desde Lindeman y Caplan se conoció como intervención en crisis –una de las actividades que con este u otro nombre comprende una buena parte de lo que es la actividad de los Centros de Salud Mental) son de entera aplicación en esta situación. Pero su apropiada puesta en juego requiere, como ya he dicho, un entrenamiento que no le puede ser presupuesto a cualquiera. La buena disposición mostrada por profesionales con práctica en estas actividades –los de la red pública– puede hacernos confiar en que no sea preciso aventurarse a encomendar a voluntarios sin preparación probada tareas que de ser llevadas a cabo pueden resultar dañinas para los destinatarios de la ayuda y para ellos mismos.

### 7. ¿A quién hay que preparar técnicamente?

De lo anterior se desprende que, los profesionales de los servicios de urgencia y de la red de salud mental de nuestra comunidad cuentan con una preparación básica que les permite afrontar este tipo de situaciones de modo eficaz. Sin duda esta preparación puede y debe mejorarse como parte de las actividades de formación continuada.

Uno de los aciertos en la intervención que siguió a los atentados fue establecer que no se iba a crear un dispositivo especial para atender a las víctimas sino que se

iba a reforzar la red normalizada. Esto coloca a los médicos de atención primaria en primera línea. La formación de los médicos de atención primaria para este tipo de intervenciones de apoyo a procesos normales de recuperación (la tensión al duelo es algo frecuente en ese marco) no es tampoco nula. Pero indudablemente los médicos de atención primaria deben ser también objetivo de las actividades de formación continuada orientadas a mejorar nuestra capacidad de respuesta.

### 8. ¿Quién cuida a los cuidadores?

Una de las preocupaciones de los planificadores del sistema de apoyo a la salud mental después de la catástrofe ha sido la de desarrollar un sistema de cuidado de los cuidadores. Se trata de un tema crucial. Lo cierto es que no fuimos capaces de articular este dispositivo en los primeros momentos, cuando hubiera sido fundamental, cuando hubiéramos podido evitar que algunos profesionales se extenuaran porque se sentían incapaces de abandonar los lugares en los que se sentían útiles o cuando lo hacían sintiéndose culpables o sintiendo que su trabajo había sido inútil. Y no fuimos capaces por varias razones, la principal de las cuales no fue la de no ser sensibles o no estar prevenidos sobre la necesidad de hacerlo, sino la de no haber dispuesto de los recursos administrativos para identificar siquiera a las personas que habían participado en las labores de rescate o en las de apoyo a la salud mental. Sobre todo a las más vulnerables: a los voluntarios que no estaban ligados a ninguna organización.

### CONCLUSIONES

De la respuesta articulada frente a los atentados del 11M cabe extraer las siguientes conclusiones:

1. En una situación de estas características parece que puede contarse con una impresionante respuesta solidaria por parte de la ciudadanía en general.
2. También puede contarse con una respuesta masiva de los profesionales que puede hacer innecesario el recurso a voluntarios o paraprofesionales que son imprescindibles en otras situaciones de emergencia
3. Los servicios de urgencia y los médicos forenses han demostrado una gran capacidad de intervención y de manejo también de los aspectos psicológicos de la situación en el momento del rescate
4. Es fundamental dejar bien sentado ante la opinión pública que el hecho de haber sufrido una experiencia extraordinariamente anormal como la de los atentados no convierte a quien la ha padecido ni en enfermo ni en sujeto que va a precisar necesariamente de ayuda profesional para salir adelante, incluso fortalecido.
5. La participación de los servicios especializados puede ser necesaria para favorecer los procesos de resolución normal y evitar la potenciación de situaciones de riesgo en momento en los que se acumulan afectados, así como para la detección precoz y el abordaje de la pequeño porcentaje de patología que se pueda derivar de los acontecimientos.
6. El llevar a cabo estas tareas requiere una importante experiencia clínica y capacidad de manejarse en situaciones de gran tensión emocional. La ventaja de encomendar esta tarea a los profesionales de los servicios públicos que se oferten para ello es que existe una mínima garantía de esta capacidad.
7. En la medida en la que la capacidad de los servicios públicos pueda verse desbordada, es preferible recabar voluntarios a través de agencias (asociaciones, ONGs..) que se encarguen de poner a prueba y garantizar la capacitación de los voluntarios.
8. Es importante definir claramente responsabilidades y definir quien tiene la capacidad de tomar decisiones y hacer de interlocutor con otras agencias.
9. Es importante establecer procedimientos de identificación y medios (teléfonos móviles...) para la localización de los responsables y para la identificación de todos los agentes implicados en la acción (identificadores normalizados registros...)
10. Es fundamental dedicar una parte de los recursos al contacto con los medios de comunicación en su doble papel de medio para la solicitud de ayuda suplementaria y de agente de salud mental.
11. Todo despliegue de medios técnicos en salud mental debe ir acompañado del correspondiente apoyo logístico que incluye personal administrativo, material informático y ofimático y medios de comunicación y de transporte
12. La actuación en este tipo de situaciones requiere, por parte de los profesionales de salud mental, formación y experiencia en intervención en crisis, que, por otra parte es una de las actuaciones que requiere, por otros motivos el trabajo ordinario en las redes de atención a la salud mental (Aunque, probablemente no ha sido una de las prioridades en formación en los últimos años)

13. La, a mi modo de ver acertadísima decisión de no crear una red de atención paralela sino reforzar la red normalizada pone en primera línea de actuación a los profesionales de la Atención Primaria de salud, que también han de afrontar en su práctica cotidiana situaciones que requieren intervenciones parecidas (duelos...) pero cuya formación al respecto también está relativamente descuidada.
14. El hecho de que la práctica totalidad de las víctimas de los atentados estuviera desplazándose a su puesto de trabajo y que, por tanto para los que son legalmente trabajadores (muchos menos que todos, desde luego) lo ocurrido pueda ser considerado un accidente de trabajo confiere en este caso un papel importantísimo a los profesionales de las mutuas (que por otra parte juegan un papel progresivamente creciente en otras muchas cosas que afectan a nuestro trabajo). Aquí también hay también hay cuestiones asistenciales a discutir y necesidades formativas sin cubrir.
15. En la estructura de una organización de actuación en una situación de emergencia es fundamental organizar el registro de los agentes de ayuda, el control de sus tiempos de actividad y la obligatoriedad (por la necesidad) de sus períodos de descanso y la necesidad de compartir con ellos un balance de su actuación y una evaluación de sus necesidades de apoyo o acompañamiento.

**Alberto Fernández Liria**

*Psiquiatra*

*Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid*

## CARTAS A LA AMSM

---

**Nota de la AMSM:** *D. Enrique García Bernardo nos envía un escrito para su publicación, el 26 de Julio del presente año. Acordamos con él, publicarlo en la página WEB de la Asociación, enviando previamente el documento al Dr. Francisco Ferre en tanto el mismo es mencionado en aquel, y para que si lo estimase oportuno, el Dr Ferre hiciese el mismo uso de la página WEB. Esto se acuerda con Enrique García Bernardo, quien acepta esta medida. Si bien el Dr Ferre, en su libre derecho ha optado por no contestar o corregir este documento o cualquier cosa que estimase oportuna, acordamos con él que en cualquier momento cualquier escrito suyo al respecto sería publicado en la página WEB. Queda claro y expreso por consiguiente, tanto por el Dr. Enrique García Bernardo, El Dr. Francisco Ferre y por nuestra Asociación, que la publicación de la carta representa exclusivamente el análisis que de su situación personal realiza el Dr Enrique García Bernardo. Indicamos que hubo una sustitución en la página WEB del documento por un error en el emitido anteriormente y petición de EGB de corrección del mismo.*

*En tanto que el escrito es en todo momento correcto hacia otras personas, consideramos que reúne los criterios de publicación. No obstante, si bien en un futuro, deberemos limitar la extensión de las cartas, hemos respetado en este caso el formato original, dada la complejidad del tema expuesto.*

Queridos compañeros:

Adjunto os remito carta abierta a la AMSM para que consideréis si procede su publicación en las páginas de la AMSM, abierta asimismo a que sea contestada si procede por quien lo estima conveniente

Un saludo y gracias anticipadas

**Enrique García Bernardo**

Estimado Compañero de la AMSM:

Me tomo el atrevimiento de robarte unos minutos para describirte una situación en la que estoy inmerso que no dudaría en calificar de kafkiana.

Me presenté, como creo que sabes, a una convocatoria de una plaza de **Jefe de Servicio de Psiquiatría** en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. (Resolución de 7 de Abril 2003 del Gerente del Hospital.- BOCM N° 89 de 15 de Abril 2003). Se corresponde con el Puesto de Trabajo N° 31532.

Se trata de una plaza de **Libre Designación**, lo que quiere decir que es potestad del equipo directivo elegir al candidato que estimen que es mas **idóneo** para el puesto. Para darle un contenido objetivo a la selección se hizo convocando oficialmente un concurso donde además de valorarse los méritos se exigía un **proyecto de gestión** del servicio al que se optaba.

A primeros de Julio 2003 se realizó el ejercicio, consistente en la defensa por los candidatos del proyecto de gestión del servicio (Servicio de Psiquiatría II), ante un tribunal, compuesto por el equipo de Dirección del Centro (Gerente, Director Asistencial y Subdirectores Médicos).

Eramos 5 candidatos, los otros 4 en turno restringido y yo en turno libre.

A primeros de Agosto me comunica el equipo de Dirección que he ganado la plaza. En ese momento ya se ha comunicado a todos los candidatos el resultado y se ha firmado la propuesta de resolución por la Gerencia del HGUGM.

A la vuelta de vacaciones la dirección del hospital me dice que quieren que esté disponible para incorporarme el 1 de Octubre del 2003. A tal efecto se hace necesario que yo lo comunique en mi trabajo (**Director Médico en la Clínica San Miguel de Madrid**) cosa que hago el día 8 de Septiembre, despidiéndome voluntariamente. Se manda la resolución a la Dirección General de la Función Pública para su publicación en el BOCM.

Mi inquietud empieza cuando pasa el tiempo y la publicación en el BOCM no se produce.

Me llaman compañeros de profesión y me trasladan comentarios oídos en el mundo profesional que insinúan que habría algún problema para la publicación del nombramiento. Este residiría en la Dirección General de la Función Pública de la CM como resultado de la recepción en la misma de un **escrito** (24-09-03) **de uno de los candidatos**, el D. Francisco Ferre, aduciendo defectos de forma en la resolución tomada y pidiendo la anulación del proceso. Hay que mencionar que la resolución **no se ha hecho pública** en ningún momento y lleva cerca de **un mes parada**. Tras varios requerimientos del Gregorio Marañón se remite desde Función Pública el 30 de Septiembre el escrito del otro candidato para su contestación.

Me comentan en la dirección del Gregorio Marañón que resoluciones como ésta ha habido muchas en los últimos quince años sin que haya habido jamás ningún problema. Recuerdo en este punto que se trata de una plaza de **Libre Designación**.

**En ese momento me encuentro con que he abandonado mi trabajo para incorporarme a una plaza obtenida en un concurso público con un tribunal independiente y del que se ha dictado resolución hace casi dos meses con una fecha de incorporación fijada (1 de Octubre 2003), y sin embargo la toma de posesión está bloqueada por la NO publicación del nombramiento.**

De esta situación tuvo noticia la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. (Dr. Alfredo Macho, Consejero de Sanidad en funciones).

Después de un intercambio de escritos entre la Gerencia del Marañón y la Dirección de la Función Pública se acuerda un procedimiento de resolución consistente en una **separación efectiva** de la resolución del concurso en dos, una **primera** afectando al **turno restringido**, declarándolo **desierto**, y una **segunda** en la que se me valora y **adjudica** la plaza en **turno libre**. Se publica la que dejaba desierto el turno restringido en el BOCM de 6 de Octubre y mi nombramiento en el BOCM el 13 de Octubre de 2003, tomando posesión el día siguiente 14. Comienzo a trabajar ese mismo día.

A primeros de Febrero (5-02) recibo en mi despacho del Gregorio Marañón y en el mismo día, por correo certificado;

**1.** Notificación de un **recurso de alzada** planteado por el Dr. Ferre ante la Dirección General de la Función Pública de la Comunidad de Madrid en el que solicita la anulación del concurso. Se da un plazo para contestar de diez días, al resultar yo implicado como poseedor de la plaza recurrida

**2.** Texto de la Demanda contra mí presentada en la **Magistratura de lo Social de Madrid** por el Dr. Ferre, pidiendo básicamente lo mismo. Se cita a juicio para el 27 de Abril 2004. Esta será posteriormente retirada.

Contesto el recurso con mis alegaciones (12-02), que lógicamente se oponen al recurso presentado, remitiéndose por **correo certificado** a la Función Pública. A pesar de ser Correos registro oficial de la Comunidad de Madrid, mi contestación es devuelta con un sobre donde dice **“desconocido”**. Este hecho tiene su interés porque se me hace **comparecer** en la Subdirección de Personal de la Comunidad de Madrid el día 16 de Febrero a las 8 h. para entregarme **“nuevamente”** el texto de la notificación del recurso de alzada, con acuse de recibo, y con un añadido en el texto que recoge “nueva información” aportada por el Dr. Ferre el día 6 de Febrero, consistente en una copia, sin mas, de la hoja primera de la Demanda presentada en la Magistratura de lo Social.

Hago constar mi extrañeza por:

- el procedimiento
- haber recibido(5-02) ya en mi puesto de trabajo la notificación del recurso que me entregaban sin el adendum
- hago entrega de una copia de mi contestación al recurso que me sería devuelta por “desconocido”

Vuelvo a contestar el recurso de alzada (**18-02**), añadiendo observaciones derivadas de la **preocupación e inquietud progresiva** que me va produciendo todo el proceso, incluyendo la admisión de supuesta nueva información de última hora, por parte del recurrente, de un recurso presentado el 31 de Octubre de 2003.

El día 5 de Marzo recibo por correo certificado, en mi domicilio esta vez, **Notificación de Resolución del recurso de alzada**, tomada el día **20 de Febrero**, y firmada el 27 en la que se me notifica, en un documento de 24 folios<sup>\*\*</sup>, repleto de citas y consideraciones jurídicas, que se ha **estimado parcialmente** el recurso de alzada, ordenándose que se anule la resolución de mi nombramiento y que se retrotraigan las actuaciones al momento posterior a la realización de las entrevistas, la valoración de los méritos de los candidatos y su defensa de las memorias de gestión presentadas.

**No se cuestiona para nada el fondo** de la decisión de la comisión de selección, pidiéndose únicamente que se  **motive** la resolución tomada, y se recaba la explicitación de los criterios del tribunal a la hora de haber tomado la decisión, relativos a la  **idoneidad o inidoneidad** de los candidatos. Se trata, insisto una vez más, de una plaza de  **Libre Designación**.

**La comisión de selección se reúne el 8 de Marzo y motiva** su decisión siguiendo las directrices de la resolución citada y la remite a la Dirección General de la Función Pública, con registro de entrada el día  **9 de Marzo** de 2004.

**No ha habido contestación** a la misma a pesar de que han pasado casi cinco meses cuando escribo esta nota. Se ha vuelto a requerir por escrito con fecha  **7 de Abril**, sin contestación alguna a pesar de que se solicitaban certificaciones.

El  **17 de Mayo** se requiere de nuevo y se me contesta que el Director General de la Función Pública ha decidido remitir el expediente para su valoración al Director de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la C. Madrid, aplicando supuestamente una Ley de funcionamiento de la Consejería de Sanidad de  **29 de Enero de 2004**, es decir se aplica retroactivamente una ley promulgada 8 meses después de la convocatoria del concurso y cinco meses después de la resolución del concurso y su publicación en el BOCM. Por si esto fuera poco el traslado del expediente se realiza, según me certifican posteriormente, el 7 de abril. Casi cinco meses después no se han pronunciado ni tomado resolución alguna en la Consejería de Sanidad.

El  **3 de Junio** y el  **22 de Junio** vuelvo a pedir por escrito contestación a mis demandas, a saber estado de la resolución, petición de diligencia en la toma de decisiones y copia certificada de las salidas de los documentos entre Función Pública y Dirección de Recursos Humanos de la consejería de Sanidad, sin mas noticias que el silencio hasta que el  **22 de Julio** recibo en mi domicilio (salida el 14 de Julio), sin certificar y por correo ordinario, escrito del Director de la Función Pública, firmado el 7 de Julio, que certifica haber enviado los documentos el día 7 de Abril a la Consejería de Salud (tres meses antes ¡¡¡).

Lo acompaña otro documento que resulta ser copia certificada dirigida a la Dirección de Recursos Humanos y remitida desde la Dirección General de la Función Pública que cuando menos causa extrañeza. No sólo no tiene nada que ver con lo solicitado sino que va en la línea, ya expresada a lo largo del proceso y rebatida incluso en la estimación parcial del recurso de alzada, de que el recurrente (Dr. Ferre) cumple los requisitos mínimos para el puesto. Claro, él y los otros tres del turno restringido así como yo en el turno libre. Olvidan, interesadamente creo el concepto de idoneidad. No basta con cumplir los mínimos hay que ser idóneo.

Ante la situación planteada y la falta de perspectivas razonables en la diligencia de la tramitación y lo temporal ( casi cinco meses sin resolución) decidí el  **21 de Julio** presentar escrito de denuncia de la situación ante la Consejería de Salud solicitando la apertura de la Vía Penal y pidiendo se de traslado del mismo al Fiscal por si hubiera delito en la demora de la tramitación del Expediente así como de depuración de las responsabilidades a que hubiera lugar por el funcionario responsable.

En consecuencia debo  **cesar** en mi puesto de trabajo (31 de Marzo) ya que la resolución no toma ninguna medida cautelar respecto a mi vínculo laboral, mas bien toma la contraria, que cese, en una resolución que tiene un plazo de recurso también (dos meses) pero que ya plantearía una  **solución por la vía judicial**. Hubo por tanto en su momento, y al agotarse los plazos, que entrar en la vía judicial contencioso administrativa

No parece preocupar que se trate de un puesto  **de Jefe de Servicio de un Hospital Público** que queda de esta forma vacío y sin previsiones temporales sobre su provisión, ni siquiera de forma interina, hasta la resolución final del proceso. A día de hoy la plaza sigue vacante y el servicio funcionando sin Jefe.

Tampoco me parece muy considerado hacia mi persona. Soy un profesional con mas de 22 años de ejercicio continuado, que ha ido desarrollando su carrera profesional en diferentes puestos, desempeñados con responsabilidad, como lo atestigua mi Currículum. De hecho abandoné un puesto de dirección médica en una institución de prestigio que venía desempeñando los últimos cinco años, para ocupar el cargo de Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Gregorio Marañón, que como se puede imaginar, representa la culminación de la carrera profesional para cualquier psiquiatra.

Actualmente estoy en el paro, sin perspectivas de una solución a corto plazo y, como decía al principio, en una situación digna de un personaje de Kafka.

<sup>\*/\*</sup>La mención al tamaño y características del documento se refiere a que no parece fácil que se hiciera en poco tiem-



po y sospecho, por el día en que se toma la decisión, 20-02, que no han tenido mucha disposición para considerar las alegaciones que yo había planteado, 18-02, después de mi comparecencia para recibir la notificación, 16-02.

### SUCESOS POSTERIORES

Sólo unos minutos mas para hacerte una breve puesta al día de mi situación profesional, que si anteriormente calificaba de kafkiana, ahora creo que estoy mas cerca de Dante, en los pasajes duros del **Purgatorio**, que es donde me encuentro. A día de hoy desconozco el “pecado” cometido.

El resumen, como ya te adelantaba, es forzosamente breve. No ha sucedido nada, por lo menos a favor. En contra:

- **Cese del Gerente del HGUG Marañón y dimisión del Director Asistencial y de dos subdirectores.** Mi tema no es ajeno ni a uno ni a otros. Ya se había hablado de ello “si no hacían lo que tenían que hacer...”. Sobran explicaciones.
- Comunicación con el nuevo Gerente que, **me encamina a la vía judicial** para resolver el asunto. No he tenido mas remedio que hacerlo al agotarse los plazos legales, con la consiguiente paciencia que ello lleva asociada. No habrá nada por esa vía en meses.
- **Cinco meses después** de que la Comisión de Selección del Hospital mandara a Función Pública la propuesta de resolución que confirmaba mi nombramiento, **NO HA HABIDO NINGÚN TIPO DE RESPUESTA.**
- **Un silencio ensordecedor** en todos los ámbitos consultados.

### CRONOLOGÍA

1. 5-02-04.- Recibo notificación recurso alzada en el Marañón. Plazo de diez días hábiles
2. 12-02-04.- Contesta mi abogado por correo certificado
3. 16-02-04.- Me hacen comparecer en Subdirección de Personal de la CM. Me vuelven a entregar lo mismo que ya tenía (5-02-04). Plazo de diez días hábiles
4. 18-02-04.- Me devuelve Correos mi primera contestación por “desconocido” remitida por correo certificado a Función Pública
5. 18-02-04.- Vuelvo a contestar y remitir por correo certificado
6. 20-02-04.- Se toma la resolución estimando parcialmente el recurso de alzada
7. 27-02-04.- Se firma la resolución y se le da salida
8. 5-03-04.- Recibo en mi domicilio por correo certificado la notificación
9. 8-03-04.- Se reúne la comisión de evaluación del Marañón y motiva su resolución
10. 9-03-04.- Se registra la entrada del acta de la comisión de evaluación en Función Pública subsanando los defectos aducidos en la notificación del recurso
11. 27-04-04.- Silencio administrativo. Yo estoy en el paro desde el 31-03
12. Final Abril - primeros de Mayo.- Cese del Gerente y Dimisiones del equipo directivo del HGUGM
13. Hacia el 7 de Mayo.- Nuevo Gerente e invitación a resolver por la vía judicial
14. 30 Abril, 17 Mayo y 3 de Junio.- Peticiones escritas por mi parte para demandar que se resuelva el procedimiento
15. 20 de Mayo.- Contestación de Función Pública de que depende ahora la resolución de la Dirección de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad
16. 22 de Junio.- Nuevo escrito pidiendo certificaciones
17. 22 de Julio.- Recibo escrito con certificaciones fechado en salida el 14 de Julio
18. 21 de Julio.- Solicitud de apertura de la vía penal
19. Han pasado mas de cuatro meses desde que dejé el Hospital. Sigo en el paro

Madrid 25 de Julio 2004  
**Dr. Enrique García Bernardo**

## CARTAS CON DOCUMENTOS-DECLARACIONES DE LA AMSM ENVIADAS A LOS SOCIOS

---

### *Documento. Análisis sobre la actuación de la salud mental madrileña en el atentado del 11M.*

#### *Carta enviada a los socios el 30 de Marzo de 2004*

La Asociación Madrileña de Salud Mental deseamos realizar un primer análisis semanas después del mayor atentado masivo realizado en suelo europeo. Se trata pues de atentado y catástrofe, suma de efectos que multiplica el horror vivido.

Al igual que tantos profesionales, las administraciones sanitarias y múltiples organismos, incluso de fuera de Madrid, se han volcado en dar apoyo y minimizar las secuelas psíquicas del atentado. En este sentido han sido prontas las acciones acometidas. Desde el primer día equipos enteros pertenecientes a distintas administraciones y organizaciones dieron asistencia con turnos programados en el Pabellón 6 de IFEMA y posteriormente en tanatorios.

Sin embargo, junto a esta innegable prontitud en la intervención, ha habido elementos de preocupación sobre el desarrollo de algunas medidas que se han adoptando por parte de organismos y organizaciones públicas y privadas.

Si bien, advertimos en los primeros momentos una carencia de coordinación entre estos dispositivos de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, miembros del SAMUR, Protección Civil o Cruz Roja, así como voluntarios que fueron llegando a IFEMA, entendemos que esto es comprensible en las primeras horas del impacto.

Pero ello hizo evidente la inexistencia de protocolos efectivos de coordinación. Esta coordinación se hacía "minuto a minuto" en el Pabellón 6 de IFEMA. Los profesionales que acudieron fueron registrados en sucesivas y constantes listas. Muchos tuvieron grandes dificultades para realizar su trabajo por esta ausencia de coordinación, con "ordenes" contradictorias provenientes de otras instancias, a veces antiterapéuticas. Al tiempo, sorprendentemente, se lanzaban llamamientos para que acudiesen voluntarios al Pabellón 6 para posteriormente pedir que cesase la afluencia de los mismos. La ausencia de un sistema de registro e identifica-

ción de estos voluntarios generó una saturación de profesionales y una mayor descoordinación. En los turnos sucesivos este efecto fue minimizándose por parte de una intervención más conjuntada.

Las funciones fundamentales de apoyo consistentes en: disponibilidad de los profesionales a los afectados, detección de personas vulnerables a la crisis, y actuación como soporte ante necesidades básicas en personas psíquicamente colapsadas, debían de realizarse con una capacidad de contención psicológica. Entendemos ésta, como presencia de alguien capaz de "contener" la angustia del otro, recogiénola, asumiéndola de forma conjunta (sin incorporarla como propia) y devolviendo una sensación de seguridad y apoyo. Ello evidentemente requiere por parte de los profesionales un entrenamiento previo.

La labor de estas personas voluntarias ha sido necesaria, fundamental y encomiable, sin discusión alguna. Pero hubo demasiadas situaciones donde jóvenes profesionales voluntarios sin experiencia clínica se sobredentificaron con el dolor de la familia que atendían. Esta situación, trabajar solos, sin el apoyo de un equipo o compañeros en los cuales en un momento dado poder diluir la propia angustia, ha generado que muchos de estos voluntarios se hayan convertido en víctimas añadidas.

Pero por ello entendemos que es determinante, si hemos de estar preparados para el futuro ante cualquier nueva catástrofe del origen que sea, que los voluntarios se adhieran a equipos constituidos por profesionales con experiencia clínica.

Es evidente que cuando en este atentado, hablamos de profesionales con experiencia, no nos referimos a haber vivido una catástrofe de estas dimensiones, pero sí a un bagaje clínico que les permitía aplicar técnicas de manejo de duelos y ansiedades, ajenas y propias, dentro de equipos. Todo ello nos ha de hacer reflexionar sobre la imperiosa necesidad de una coordinación pre-

via. Y por lo mismo identificar los profesionales, pertenezcan a administraciones, organizaciones o acudan a título individual, creemos que es un derecho de las víctimas.

También creemos que se debe tener confianza en las capacidades de muchas personas, con redes familiares amplias, que les permite realizar "su" duelo, para poder retornar al curso la vida normal. No podemos imponer tampoco un tratamiento psicológico bajo el presupuesto de que nadie va a poder soportar el horror. Con ello sólo estamos arrojando un mensaje de inseguridad generalizado sobre sus propios mecanismos de contención.

Así mismo, observamos con preocupación, cómo directrices y programas, creados por administraciones y organizaciones, dirigidos en un principio a la ayuda a las víctimas, sus familiares, y voluntarios, pueden estar enturbiándose por una cierta "competición" de iniciativas que pareciera que buscasen impactos publicitarios. Esta sensación de competición, parece que oscila desde el desencuentro a la descalificación. Surge una oferta de creación de plazas de profesionales dirigida a la atención de las secuelas, donde, se prima el número de psiquiatras frente a psicólogos, o se obvia la necesidad de trabajadores sociales sin saber bajo qué criterios y con qué objetivos se justifican estos ratios de profesionales.

Estos días, trabajaron juntos profesionales voluntarios y servicios completos de Salud Mental presentes en IFEMA antes de la llegada de los familiares. En cierto sentido, ante el horror, tanto unos como otros, eran voluntarios: psicólogos, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, auxiliares clínicos, incluso administrativos de centros que tuvieron que quedarse en los dispositivos para anular las consultas. No es justo, creemos, que se corra el riesgo de instrumentalizar toda aquella labor conjunta.

Tenemos que seguir analizando qué pautas son las más eficaces. Ello no significa una crítica constante, sino un aprendizaje real. Últimamente se han impartido muchos cursos sobre catástrofes a raíz de la ocurrida aquel 11 de Noviembre en Nueva York, por desgracia, no imaginábamos que el aprendizaje más real lo íbamos a realizar de esta forma.

El fin del análisis que presentamos aquí y otros que se puedan realizar por otras personas, asociaciones o instituciones es proponer a partir de la experiencia (con sus aciertos y errores) que se colabore en marcar líneas que ayuden en una mejor preparación de todos, que, ojalá, nunca más tengamos que poner en práctica.

**Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) a 30 de Marzo de 2004**

## *Documento 2. Sobre la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y la especialidad en psicología clínica*

### **LA LEY DE ORDENACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (LOPS)**

En los últimos meses se está produciendo en nuestro país un intenso debate, en los distintos contextos y organizaciones de la Psicología, en torno a las implicaciones de la LOPS y otros desarrollos normativos en el ejercicio de la Psicología y de la Psicología Clínica.

La LOPS, aprobada en noviembre de 2003, ha sido objeto de análisis y discusión en diferentes momentos en nuestra Asociación, desde el primer proyecto del que tuvimos conocimiento. La Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) considera de enorme trascendencia esta Ley, junto a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, por cuanto regula aspectos básicos de las profesiones sanitarias: denominación, clasificación y ejercicio, tanto en el ámbito público como en el privado, for-

mación pregrado, formación especializada, formación continuada y carrera profesional; así como la participación de los profesionales en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo mediante esta Ley, la Administración se hace garante de la calidad de las prestaciones sanitarias a la población.

El Anteproyecto de la Ley excluía de hecho a la Psicología Clínica de las Profesiones Sanitarias. Por ello la A.M.S.M., cuyo ámbito de actuación es la Salud Mental, principalmente en el nivel de atención especializada en el sistema de salud público y a todo lo relacionado con ella, titulaciones, programas de formación, asistencia, investigación, etc., dirigió propuestas tanto al Ministerio de Sanidad como al de Educación, grupos parlamentarios, etc. para la incorporación explícita de la Psicología Clínica como especialidad en el

Sistema Nacional de Salud por cuanto reunía todos los requisitos para ello. Propuestas que finalmente fueron aceptadas. Sin embargo no se incluyó la participación de las Asociaciones Científicas en la Comisión Consultiva Profesional, propuesta también realizada por la Asociación.

Nos parece fundamental, entre otras características de la LOPS, el cambio de denominación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas por el de Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Hecho que posibilita que la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología se incorpore al mismo. En Febrero de 2004, y como primer inicio en el desarrollo de esta Ley, nuestra Asociación tuvo conocimiento de que la Administración Sanitaria comenzaba el proceso administrativo y la tramitación para la constitución del mencionado Consejo, demandado reiteradamente por esta Asociación a la Administración, por lo que solicitó la inmediata inclusión en el mismo de la totalidad de las Comisiones Nacionales de Especialidades Sanitarias y entre ellas de manera relevante, la Psicología Clínica. No conocemos que hasta la fecha se haya producido.

Es importante señalar, debido a la polémica que se ha suscitado, que de la redacción de la LOPS no se puede deducir que impida ejercer, en el ámbito clínico y en otros ámbitos, a los psicólogos no especialistas en Psicología Clínica, como así lo confirman tanto la carta de la ministra de Sanidad, de tres de marzo, como la carta del Director General de Recursos Humanos expresando explícitamente que “el título de licenciado en Psicología sigue habilitando como es lógico, para el ejercicio de la profesión de Psicólogo por cuenta propia y ajena”.

### **La inclusión de la licenciatura en Psicología como profesión sanitaria**

Nuestra Asociación valora la inclusión de la licenciatura en Psicología como profesión sanitaria, a partir de la consideración de que se abra un proceso de cambio en las facultades respecto a los planes de estudio, aumentando los pesos de las materias más vinculadas a la Psicología Clínica. No obstante, consideramos que esto constituye un ámbito de decisión que sobrepasa el del Ministerio de Sanidad (y por tanto el de la LOPS) para situarse en el de las Instituciones Universitarias, Ministerio de Educación y la comunidad científico-profesional de la Psicología en su conjunto, dado que un cambio de esta trascendencia podría afectar al ejercicio profesional en otros campos de intervención (Psicología

del Trabajo, Recursos Humanos, Psicología de la Educación, Orientación escolar, etc.).

Somos conscientes de que la solicitud de inclusión de la licenciatura en la LOPS requiere, como paso previo e imprescindible, su salida del Área de Ciencias Sociales y Jurídicas y su incorporación al Área de Ciencias de la Salud, paso que corresponde solicitar a las Universidades y cuya decisión es competencia del Ministerio de Educación, no del Ministerio de Sanidad. Además, consideramos que la definición sanitaria de la licenciatura tiene que afectar (en objetivos, actuaciones, conocimientos, deontología, etc.) los contenidos del ejercicio de la Psicología en otros campos de intervención que no son sanitarios, como pueden ser los mencionados antes. Y que, si bien todas ellas pueden contribuir a la calidad de vida y de forma más o menos directa a la salud, no debe confundirse con tener como objetivo central y primordial la salud de aquellos sobre quienes se realiza la intervención, cuestión ésta que contiene importantes implicaciones deontológicas y de derechos de los pacientes, así como repercusiones diferenciales en el ejercicio profesional de la Psicología.

Por todo ello, la Asociación Madrileña de Salud Mental considera que es preciso que este debate se abra en diferentes instancias y organizaciones desde la reflexión de lo que aportaría la incorporación de la licenciatura en Psicología a las profesiones sanitarias: aumento de conocimientos entre los psicólogos (fundamentalmente en psicopatología, técnicas básicas de tratamientos y de entrevista en el campo de la salud, etc.), su correlato en la modificación de los planes de estudio, el debate acerca de la actual dispersión de perfiles formativos, las implicaciones técnicas, deontológicas y de derechos de los pacientes/usuarios, para los profesionales en ejercicio en campos no sanitarios.

### **La Especialidad en Psicología Clínica**

La instauración en 1993 a nivel estatal del sistema PIR, para la formación especializada en Psicología Clínica, nos parece un logro incuestionable que ha permitido incluir la Especialidad en el modelo y marco legal del resto de las especialidades sanitarias en nuestro país. Logro largamente trabajado por esta Asociación con la colaboración de otras organizaciones y de los profesionales del S.N.S. La formación de especialistas mediante el sistema de residencia esta valorado como uno de los mejores de Europa. Permite la formación clínica en una red de servicios especializados con un nivel progresivo de responsabilidad en la atención a los pacientes, tutorizado y supervisado en todo momento.

Sin embargo el número de plazas PIR es claramente insuficiente, debe producirse un aumento progresivo en las convocatorias anuales. Pero esto no será posible si no se promueve un aumento significativo de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud con el reconocimiento legal que les corresponde, facultativos especialistas. Esto es necesario para que puedan hacerse cargo, no solo de la formación de los futuros especialistas, sino además de mejorar la calidad de la atención a la población. Desde hace 10 años, en nuestra Comunidad, no se han incrementado las plazas de especialistas mientras que la demanda asistencial se ha multiplicado de forma evidente. Tampoco se han reclasificado las plazas existentes de titulados superiores a facultativos especialistas más que de forma parcial. Es necesario que todos los psicólogos especialistas en Psicología Clínica sean reconocidos como tales, sus plazas reclasificadas en facultativos especialistas y su dependencia administrativa sea desde atención Especializada. La especialidad en Psicología Clínica es una garantía para incorporar estos profesionales con adecuada preparación al SNS, lo que debe producirse adecuadamente tanto en lo que se refiere a su número y ubicación (administrativa y en los servicios especializados) como para responder con criterios de calidad a la demanda y necesidad ciudadana en esta materia. Hacer una defensa de la equiparación y reconocimien-

to del papel de la Psicología dentro del sistema público de salud y definir esta posición NO significa negar el papel que los psicólogos desempeñan como psicoterapeutas en los ámbitos privados. Entender por nuestra parte la existencia de un SNS que garantice a toda la población el acceso a una atención adecuada entendida como un derecho de la sociedad, no puede negar la necesidad que dicha sociedad puede tener de una atención psicológica en el ámbito privado. Lo primero, defensa de un sistema público –no equiparable a un sistema de beneficencia– no quiere, ni puede, ni debe permitir negar el derecho de las personas a acudir a los profesionales que ya ejercen su trabajo como psicoterapeutas. Queremos recalcar esto, pues, nunca hemos apoyado, de forma activa o por omisión, una exclusión a través del título de especialista en Psicología Clínica del trabajo de todos esos compañeros que ejercen su trabajo fuera del SNS. Dicha exclusión no es derivable, como se ha llegado a afirmar, de ninguna de las leyes mencionadas, y siempre estaríamos en contra de una ley en dicho sentido. Por otro lado nos cuesta imaginar en un futuro esa posibilidad, pues sería, simplemente, absurda, inviable, e insolidaria no ya con compañeros psicólogos sino con la misma sociedad.

Madrid, 23 de abril de 2004

**Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN**