

EDITORIAL

PÁG. 2

Integración y concertación.

Junta de la AMSM

OPINIÓN

PÁG. 4

Condiciones de trabajo en centros concertados para la atención a personas con enfermedad mental. Repercusiones sobre la práctica.

Grupo de Trabajo "La Concertación de Centros para la Atención a Personas con Enfermedad Mental"

PÁG. 8

Psicología clínica en sanidad pública de la comunidad de Madrid: realidades y alternativas

Laura Hernangómez Criado

PANÓPTICO

PÁG. 9

COLABORACIONES

PÁG. 12

Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar

María Vázquez Souza et al.

HEMOS LEÍDO

PÁG. 21

HEMOS ESTADO

PÁG. 24

TABLÓN

PÁG. 27

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

o t o ñ o

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

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

AMSM

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTES

Iván de la Mata Ruiz
Laura Hernangómez Criado

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERA

Ana Hospital Moreno

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alberto Ortiz Lobo

VOCALES

Luis Javier Sanz Rodríguez
Raquel Morales Andueza

BOLETÍN

Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz

EDITORIAL

Integración y concertación

Integración y Concertación son dos caras de una misma moneda. A día de hoy, la atención a los problemas de salud mental viene marcada, en buena medida, por ellas. Una de las propuestas de desarrollo estratégico del Plan de Salud Mental 2003-2008 era la creación y consolidación de una Red Unica de Provisión de Asistencia Psiquiátrica, que se situaría a nivel de Area sanitaria y a través de ésta se integraría en la red de Atención Especializada. En el último tercio del periodo de implantación del Plan, la integración de la atención a la salud mental en la Atención Especializada de Salud está como estaba: los que estaban un poco integrados siguen igual de integrados, los que no habían iniciado la integración tampoco lo han hecho y, los que amparándose en la precisión de los términos se planteaban la etimología y ortografía de la palabra, siguen discutiendo si integración se escribe con hache o sin hache y si tiene que ver con acercarse, caminar de la mano, fundirse en un abrazo, vivir dentro, absorber al otro o disolverse. Y para complicar más las cosas los nuevos dispositivos que se han creado, o no han nacido, o lo han hecho desintegrados.

Las grandes dificultades de la integración no están en resolver la dependencia administrativa de los profesionales. La estatutarización pretende resolver este entuerto con escollos importantes que pueden dejar fuera a muchos colectivos y con flecos pendientes importantes. Tampoco en hacer compatibles dos filosofías y modelos de atención, y ésta no es una dificultad pequeña. La gran dificultad y el gran reto de la integración es hacer una red única a partir de varias redes que funcionan en paralelo y con muy pocos puntos de encuentro. Por ello, parece sensato que no se haga al albur de los intereses particulares y voluntaristas de los responsables de los dispositivos implicados sino que precisa de un marco legal que dé a la integración un carácter unitario. Parece que desde la Dirección General del SERMAS se quiere hacer un Plan de Integración. Para que funcione, debe partir de la base de que se trata de incorporar una manera de hacer asistencia, con unos equipos profesionales complejos, con unas tareas complejas y con un compromiso asistencial con una población y con un territorio que no es a lo que está acostumbrada la Atención Especializada. Creemos que la integración en Atención Especializada constituye el anclaje definitivo en el marco sanitario de la atención a los problemas de salud mental. Y éste no es un paso pequeño. Pero a los profesionales que trabajan en muchos de los dispositivos de atención a la salud mental, les asusta el reto. Y no es para menos. La estructura y la manera de funcionar de las gerencias de Atención Especializada respecto a la atención a los problemas de salud mental se ha movido entre el más absoluto desconocimiento a la asimilación de la atención a lo que se hace en las Unidades de Hospitalización Breve de los Hospitales Generales, con un desconocimiento absoluto de la actividad asistencial donde se resuelve más del 90% de la demanda. La atención a la salud mental tiene peculiaridades, como tienen peculiaridades todas las especialidades, y éstas deben ser tenidas en cuenta a la hora de hacer la integración. La organización y la atención no puede girar en torno al Hospital y

a sus maneras de hacer las cosas, no es allí, ni puede ser allí, donde se resuelve la mayor parte de la demanda. En nuestra especialidad el peso de los centros de salud mental y de los dispositivos, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio, ligados a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados tienen un peso preponderante. Una integración que no tenga en cuenta este hecho está condenada al fracaso en el mejor de los casos y en el peor llevará a lo contrario de lo que se pretende: llevará a una fragmentación definitiva de la atención.

Si la integración en atención especializada es la asignatura pendiente la concertación es la gran amenaza. Una buena parte de la atención a la salud mental esta regida por la concertación: casi toda la rehabilitación psicosocial, la red de atención a las drogodependencias, los internamientos prolongados y la hospitalización parcial de niños y adolescentes, también empieza a tener presencia la hospitalización parcial de adultos y, de la mano de las nuevas formas de gestión, la hospitalización de agudos. La concertación crece como la espuma y, como vemos, no afecta a actividades extrañas y alejadas de nuestra práctica cotidiana sino que concierne a todos los dispositivos implicados en la intervención de las distintas fases y formas en las que se pueden presentar los problemas y enfermedades mentales. La mayoría de los hospitales que se están construyendo en este momento se incorporarán a la red bajo esa fórmula. Y lo harán con sus propios criterios asistenciales, con sus propios objetivos y con sus formas de conseguirlos. En el caso de algunos de los conciertos ya existentes, están cambiando los criterios de adjudicación y no precisamente para potenciar la homogeneización de funciones y condiciones laborales de los profesionales, sino para primar el pliego de condiciones económicas (ver Opinión en este mismo número).

Es difícil hablar de Red Unica integrada en Atención Especializada a través de las Areas Sanitarias en estas condiciones y funcionar como tal, cuando cada dispositivo tiene una dependencia administrativa, las condiciones laborales de sus profesionales son diferentes y, sobre todo, aparecen ubicados al margen de las estructuras asistenciales normalizadas y sin responsabilidades asistenciales plenas sobre una población determinada. El último ejemplo son las unidades específicas de nueva creación, que a poco de nacer ya se convertido en reinos de taifas donde los responsables establecen los criterios de acceso y mantenimiento en las mismas, apenas aportan otra cosa que problemas, agravios y resentimientos entre profesionales. Si se quiere tener una Red Unica, hagamos una Red Unica. Y podemos empezar por:

Los nuevos dispositivos asistenciales, deberían mantener su implantación en las Áreas, estar sujetos a las necesidades de asistenciales de éstas e integrarse en su funcionamiento.

La integración, ha de hacerse considerando las peculiaridades de la salud mental y no “integrar la psiquiatría como otra especialidad médica más”.

Los conciertos, deberían limitarse al máximo y apostar por la provisión pública de servicios, hacerlos en cualquier caso con criterios de adjudicación donde el aspecto económico no sea el principal.

Junta de la AMSM

OPINIÓN

Condiciones de trabajo en centros concertados para la atención a personas con enfermedad mental. Repercusiones sobre la práctica

Se presenta un resumen del debate que se ha mantenido en las primeras reuniones del grupo de trabajo que, auspiciado por la AMSM, se formó para reflexionar sobre las condiciones de trabajo en los centros concertados (tanto modalidad concierto como modalidad de contrato de gestión de servicio público) y las posibles repercusiones sobre la atención a los usuarios/ pacientes, tanto de los recursos de rehabilitación psicosocial (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) como los Servicios de Salud Mental concertados (Consejería de Sanidad), aunque dado que la concertación es lo habitual en el primer caso frente a la excepción en el segundo, el debate estuvo más centrado en los recursos de rehabilitación.

En ese sentido había un acuerdo claro entre los miembros del grupo en torno al esfuerzo que desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales se ha hecho a través del Plan¹ para dar la necesaria atención a las necesidades de rehabilitación de las personas con enfermedad mental crónica. Unas necesidades abordadas desde recursos diseñados para atenderlas en su diversidad (psicosociales, residenciales, laborales, de apoyo al mantenimiento en la comunidad, etc). Unas necesidades, entendidas, al menos las psicosociales, como sanitarias por los participantes en el grupo, a las que no se ha dado apenas respuesta desde Sanidad si lo comparamos con la atención que se ha prestado a la rehabilitación de otras enfermedades.

Partiendo de la positiva valoración de los avances del Plan y de la calidad de la atención que se da en general en sus centros, la reflexión en el grupo de trabajo estuvo centrada en la influencia de la concertación sobre las condiciones laborales y su influencia en la atención (en los recursos del Plan y en los SSM concertados).

La conclusión principal es que puede existir un riesgo de que aparezcan diferencias importantes en la calidad de los servicios que se están prestando en distintos recursos, si es que no existen ya actualmente.

Por ello, se consideró interesante que el grupo de trabajo pudiera apoyar e integrarse en la siguiente fase del Observatorio de Salud Mental de la AMSM, que se propone un análisis que vaya más allá de las cifras presentadas hasta el momento por el Observatorio: un análisis cualitativo de la composición de los equipos, sus condiciones de trabajo, el desarrollo de sus funciones y los programas y servicios que ofrecen a los usuarios/pacientes de toda la red de salud mental.

El dato más objetivo del que se extrae dicha conclusión es el reciente cambio de criterios en la adjudicación de los contratos de gestión y de los conciertos de distintos recursos, donde se observa una clara tendencia a que cada vez primen más los criterios económicos frente a los criterios técnicos y de calidad de la atención. Si esta tendencia sigue, podría terminar repercutiendo claramente en la atención que se da en los centros abiertos bajo unos criterios de concertación frente a los criterios más recientes.

Para ilustrar esto, en la tabla 1 se presenta una comparativa de los criterios que rigen la adjudicación de dos concursos distintos, uno en el 2004 y otro en el 2006.

El cambio en los criterios es radical, pasando la oferta económica a puntuar 50 puntos sobre 100 (2006) frente a los 4 puntos anteriores (2004). De este modo, las empresas que pagan salarios más altos dejan de ser competitivas ya que no pueden hacer bajas importantes en el precio.

¿De dónde han salido los 46 puntos de más que ahora puntúa la oferta económica? En primer lugar, han desaparecido los criterios de empleo (20 puntos), por lo que ya no se incentiva que las empresas realicen contratos indefinidos a sus trabajadores, otro aspecto más, añadido al salario, que podría afectar a los trabajadores de dichos centros. Las siguientes restas de puntos podrían afectar directamente a la calidad de la atención:

(1) Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Consejería de Familia y Asuntos Sociales

TABLA 1. Comparación de los criterios que rigen la adjudicación en dos concursos (uno en 2004 y otro en 2006) para la contratación de la gestión de recursos del plan

CRITERIOS DE VALORACIÓN	JULIO 2004	MARZO 2006
	CENTRO DE DÍA puntuación máxima	CRPS, CRL, Y EASC puntuación máxima
OFERTA ECONÓMICA (precio ofertado por los licitadores; la puntuación se asigna en función de la oferta más económica; las bajas en las ofertas económicas se puntúan de forma proporcional)	4	50
VALORACIÓN PROYECTO DE GESTIÓN (calidad técnica, desarrollo coherente a lo establecido en Pliego de Prescripciones Técnicas, otros aspectos que redunden en calidad de la atención prestada y buen funcionamiento de la misma)	25	23
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y OTRAS MEJORAS (servicio de comida, programas adicionales para usuarios con mayor dependencia, implantación sistema calidad basado en modelo EFQM, otros servicios complementarios o mejoras técnicas)	26	10
MEDIOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO	10	10
MEJORAS DE PERSONAL (contratación de más personal del mínimo establecido en el Pliego de Prescripciones Técnicas, compromiso de apoyo a inserción laboral de personas con enfermedad mental en la propia empresa)	15	7
CRITERIOS DE EMPLEO (porcentaje de contratos indefinidos, creación de nuevos empleos)	20	-
Puntuación Total	100	100

se dan 16 puntos menos por servicios complementarios y otras mejoras en la atención ofrecida, 8 puntos menos por mejoras de personal (la tendencia podría ser a equipos de mínimos), y 2 puntos menos por la valoración del proyecto de gestión.

Aunque sea obvio, es importante recordar que no se está diciendo que las empresas a las que recién se han adjudicado conciertos no se esfuercen en ofrecer la máxima calidad en el servicio a los usuarios, ni que sus proyectos de gestión o servicios complementarios, por ser ahora menos puntuados estos aspectos en el concurso, no sean de calidad. Pero no están siendo valoradas suficientemente por ello en las adjudicación de los concursos. Por ejemplo, ha pasado de valorarse con 3 puntos en vez de 6 en certificarse en calidad según criterios internacionales (modelos de gestión por procesos que algunas empresas están implementando). El concurso se adjudica sobre todo al que da lo que se pide el concurso por menos. Y ese menos, suele acabar repercutiendo en las condiciones laborales. La tabla habla por sí sola. ¿Cómo es posible que esto no sea noticia?

Antes de que acabe el año se van a abrir los nuevos recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales cuyo contrato

de gestión o concierto se ha concedido con estos criterios. Y en el 2007 está prevista la apertura de muchos otros dispositivos, ¿seguirá esta tendencia en la adjudicación? Más allá de estos datos objetivos, en el debate del grupo de trabajo surgió el tema de la influencia de que existan empresas tan diferentes concertando el mismo tipo de recursos y cómo eso puede influir debido a sus distintos valores, intereses, políticas de selección de personal, etc. tanto en las condiciones de trabajo de los profesionales como en los programas y servicios que se prestan a los usuarios.

Con respecto a los programas y servicios que se ofertan, parece que actualmente, al menos en lo que se refiere a los recursos de rehabilitación del Plan, cierta homogeneidad entre los recursos está asegurada al existir unas directrices marcadas desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (Pliegos de Prescripciones Técnicas, Guías editadas por la Consejería), y un control a través de coordinaciones de ésta con los directores de los recursos, que facilitan que actualmente se ofrezca un “paquete” de programas y atenciones, similar y con plantillas similares, en los distintos recursos.

Sin embargo, este control en la actualidad depende principalmente de un equipo mínimamente dotado que es responsable del desarrollo del Plan, y que lleva sien-

do el mismo desde antes de que el Plan se creara y de que los dispositivos se multiplicaran como lo han hecho. Ante el crecimiento de dispositivos y tanta diversidad de empresas ¿qué pasaría si dicho equipo no fuera el referente? Los recursos están creciendo a tal velocidad y con nuevas empresas entrando a concertar que se identifican cada vez más diferencias entre unos centros y otros a pesar de los esfuerzos de la Consejería por homogeneizarlos. En cualquier caso, esas diferencias, que no son negativas en sí mismas sino que en cierto grado y según el caso pueden ser enriquecedoras, son también equivalentes, incluso menores, a las que existen entre los distintos SSM públicos y por tanto no se deben solo al hecho de ser o no ser concertados, sino al hecho de que los compongan equipos con distintas “personalidades” así como a la existencia o no de una política de planificación, supervisión, etc. desde organismos superiores.

A pesar de ésta relativa homogeneidad entre los recursos existen una serie de factores relacionados con pertenecer a empresas diversas que afectan a las composiciones de las plantillas y sus condiciones de trabajo y que terminan repercutiendo en la práctica. **Distintas empresas es igual a...**

- ...distintos intereses. Las distintas empresas tienen mayor o menor interés de lucro, (al margen de sus declaraciones) o por ejemplo, tienen al mismo tiempo intereses para sus asociados. Esto puede afectar en que puedan darse situaciones en las que se confunda “ser un recurso concertado” o que la asociación/ empresa “tiene un recurso”. Así, por ejemplo, se dan algunas situaciones en que el personal de los recursos concertados atiende a personas que no ocupan plaza en un centro concertado pero sí acuden a otro recurso de la asociación (no concertado) pero en la misma ubicación. O por ejemplo, y otra vez de manera anecdótica, afecta a que se abra una ¿Mini?-residencia (50 plazas), con mezcla de plazas concertadas y privadas y con riesgo por tanto de que se confunda el uso de las fuentes de financiación y las plantillas entre las plazas públicas-concertadas y privadas.
- ...distintas políticas de selección de personal. Esto afecta sin duda a las prestaciones que se dan a los usuarios de los centros. En las contrataciones de psicólogos, por ejemplo, se dan empresas con tendencia a contratar psicólogos clínicos (con contrato de psicólogo, incluso contrato en

prácticas), que puede tener ventajas por su formación y experiencia de trabajo en red y del modelo comunitario (aunque con poca experiencia en el trabajo en equipo desde la filosofía de la rehabilitación psicosocial), pero al mismo tiempo, favorece la inestabilidad de los equipos al marcharse cuando consiguen un contrato acorde a su especialidad, lo que repercute necesariamente en la atención a personas con requieren cuidados prolongados. En otras empresas sin embargo, la tendencia es contratar como psicólogos a aquellos que recién licenciados comenzaron como voluntarios, luego como monitores, etc. dentro de los propios recursos, lo que prioriza una experiencia en el manejo de los pacientes, en detrimento de otros aspectos como experiencia en el resto de la red y del conocimiento de la enfermedad mental fuera del ámbito de recursos para pacientes crónicos.

- ...distintos valores. Empresas ligadas a asociaciones de familiares, o a entidades religiosas, por ejemplo, tienen distintas visiones de sus valores. A nivel de los profesionales, esto influye en la medida que cada una fomenta cursos de formación continua que difunden sus valores corporativos, y en detrimento de horas que se podrían dedicar a otro tipo de formación. Merece la pena reflexionar en torno a la adecuación de que un personal que presta un servicio público esté formado en los valores corporativos de una empresa. Estos valores pueden llegar a influir en los programas cuando, por ejemplo, se ha dado el caso, anecdótico, de interferir en el desarrollo de un programa de planificación familiar en un CRPS.
- ...distintas condiciones laborales. El personal de los recursos del Plan se rige actualmente al menos por tres convenios diferentes, según al que se adscriba la empresa por diferentes motivos. Aparte, cada empresa complementa o no el salario establecido por convenio en unas cantidades distintas. En general, las condiciones son peores que en lo público, lo que además de afectar a la motivación, favorece también la rotación y la inestabilidad en los equipos.

Se debate en el grupo también en torno al tema relacionado con la productividad y la exigencia al trabajador. En general, parece que en los centros concerta-

dos hay un mayor control, una mayor exigencia y no hay posibilidad apenas de que existan diferencias en productividad entre unos trabajadores y otros. La duda surge al reflexionar sobre cómo se establece este control y exigencia de productividad en un Servicio de Salud Mental concertado. Este control está muy influido por las condiciones en las que se concierta, es decir, sobre cuánto dinero recibe la empresa por cada paciente que se atiende y cada paciente nuevo. Así, la agenda del profesional está controlada desde la secretaría para citar sin tregua en todas las horas de la jornada, lo que dificulta la flexibilidad para atender a las necesidades del paciente, apenas deja tiempo para trabajo en equipo, fomenta seguimientos espaciados al ser más rentable citar a nuevos, etc. Por tanto, esta mayor exigencia y mayor productividad en los centros concertados va a depender de qué se entienda por calidad en la atención, cómo se controle, y cómo esté o no asociada a rentabilizar económicamente el dispositivo.

Otro asunto para la reflexión es el hecho de si concertar recursos lleva a una mayor fragmentación de la red de atención en salud mental, a mayores dificultades de coordinación, a dificultar la continuidad de cuidados. La concertación es un factor más pero no el único que puede estar interfiriendo en un mejor trabajo en red. En la red pública se están reproduciendo algunos factores que fomentan la fragmentación (creación de unidades especializadas, por ejemplo). Por tanto, la fragmentación de la red no parece una característica inherente a la concertación sino a quién planifica, cómo controla, cómo coordina, los distintos recursos que se desarrollan.

En cualquier caso, con respecto a por qué la concertación sí es un factor más que fomenta la fragmentación, el hecho de pertenecer a entidades privadas vs públicas no favorece la sensación de pertenencia a la misma red y dirigida al misma continuidad de cuidados, y a esto se añade el hecho de pertenecer a dos consejerías distintas. Estas dos variables, red pública-concertada vs pública, y red en sanidad vs en servicios sociales, lleva a algunas “suspicias” entre ambas redes que suponen un obstáculo al trabajo coordinado. En el grupo de debate sobre cierta percepción del un “ellos” y un “nosotros” que dice a poco a favor de la sensación de pertenencia a algo que trabaja unido para la continui-

dad de cuidados de los mismos usuarios. Así, se comenta la percepción desde los SSM de que en los recursos de rehabilitación se “selecciona” a los pacientes, que se ponen trabas para ciertas derivaciones, etc. o la percepción desde los recursos de rehabilitación de que no les se conoce bien, que se tienen expectativas erróneas, etc. Igualmente, lleva a una concepción algo fragmentada de las necesidades de la persona como si hubiera discontinuidad entre lo sanitario y lo rehabilitador. Esta separación fomenta que muchos profesionales de los SSM puedan aún estar alejados de la perspectiva rehabilitadora y al revés, que se desconozca desde los recursos de rehabilitación el trabajo que se hace desde los SSM. En cualquier caso, estas suspicias y desconocimientos se dan igualmente en otros niveles de la red como entre el hospital y el SSM.

Como conclusiones principales se pueden señalar las siguientes:

La concertación en sí misma no necesariamente tendría que tener muchas de las desventajas que se observan. Depende de algunas variables como los criterios de adjudicación en los concursos, el control que se establezca desde la administración, etc.

La concertación fomenta condiciones laborales cada vez peores para los trabajadores, a medida que los criterios de adjudicación de los concursos priman más la oferta económica.

Esto repercute sobre la calidad de la atención por la desmotivación, rotación, etc, del personal, pero también al restar valor a la calidad técnica y servicios ofrecidos por la empresas en la adjudicación de los contratos y concertos.

Es necesario un organismo con un equipo bien dotado y con capacidad de influencia y control para asegurar que los distintos dispositivos que funcionan en la red (en ambas consejerías) presten sus servicios con unos mínimos y siguiendo una directrices técnicas concretas.

Grupo de Trabajo “La Concertación de Centros para la Atención a Personas con Enfermedad Mental”: **María Alonso** (CRL Retiro), **María Mallo** (CRPS Retiro), **Raúl Naranjo** (CRL Pedrezuela), **Antonio Perdígón** (CRPS Arganda), **Beatriz Perez** (SSM Vallecas Villa)

Psicología clínica en sanidad pública de la comunidad de madrid: realidades y alternativas

Nada como el lema de las Jornadas de este año para resumir una de las cuestiones que más dio que hablar en la Asamblea de la AMSM realizada ese mismo día. La desinformación general sobre cómo se va a realizar la integración de los profesionales de Salud Mental en las diferentes Gerencias de Atención Especializada añade desconcierto y malestar a un grupo de profesionales ya previamente desconcertados e insatisfechos con la indefinición en la práctica de sus roles –cuando no subdotación- en el sistema sanitario público madrileño.

Realidades: El psicólogo clínico es especialista sanitario pero se encuentra con frecuentes obstáculos para realizar indicaciones de ingresos, informes judiciales, acceder a la carrera profesional, a jefatura de servicios de salud mental, incluso en algunas áreas sanitarias los psicólogos no pueden realizar la primera recepción del PIC de Atención Primaria ni se les reconoce su capacitación para diagnosticar, hallándose subordinados a los psiquiatras a pesar de ser especialistas sanitarios con competencias definidas. La falta de representación (o subrepresentación en el mejor de los casos) de los psicólogos clínicos en los ámbitos donde se toman decisiones es sangrante; no se les consideró en algunos de los grupos de expertos que participaron en la elaboración del Plan de Salud Mental vigente en la actualidad (Psicogeriatría, Continuidad de cuidados, Organización y Funcionamiento de los Servicios, Patologías y Demandas emergentes son algunos ejemplos); la diferente dotación de psicólogos y psiquiatras se perpetúa cuando no se acrecienta a la hora de crear nuevas plazas y nuevos dispositivos... y un largo etcétera.

Alternativas: Ante esta situación, un grupo de psicólogos clínicos de la comunidad de Madrid propone, en una carta dirigida a D. Francisco Ferre entregada el pasado 31 de mayo, solicitar que en el paso de integración a Gerencias de Atención Especializada se creen “estructuras organizativas específicas de Psicología Clínica como condición para el desarrollo pleno de la especialidad”. Pero, ¿realmente crear estructuras específicas de Psicología Clínica promoverá el **desarrollo pleno** de nuestra especialidad? Algunos entendemos que nuestro

desarrollo pleno como profesionales se dará el día que sean una realidad equipos **interdisciplinares** (pero *verdaderamente “inter”*) dentro de un modelo **comunitario** de Salud Mental. Quizás es más utópico, pero es “pleno”. Hablar de secciones y servicios separados evoca peligrosamente la lógica y *modus operandi* de modelos tradicionales centrados en lo hospitalario: estos modelos no sólo nunca han desaparecido de la organización de Salud Mental en nuestra comunidad, sino que parecen estar adquiriendo más fuerza. Se dice que la petición no pretende una ruptura del modelo comunitario, pero hablar sobre estructuras organizativas sin definir un modelo conceptual de la organización sanitaria en nuestro ámbito es tan ilusorio como hablar de escuelas de Psicología sin definir un modelo conceptual del ser humano: puede obviarse a nivel explícito, pero siempre existirá a nivel implícito. Mejor *“hagamos consciente lo inconsciente”*: si solicitamos estructuras específicas de Psicología Clínica optamos por definirnos “versus” las estructuras de Psiquiatría. Algunos pensamos que esas estructuras no debieran llamarse ni de Psicología Clínica ni de Psiquiatría, sino de **Salud Mental**. Creemos que lo que debería cobrar fuerza son los **Servicios de Salud Mental** como ejes centrales del funcionamiento de distritos y áreas sanitarias, desarrollando *realmente* en su seno un trabajo en **equipo** donde existiera una auténtica **interacción** (que no subordinación) entre sus miembros. Si esa interacción fuera real se respetarían las competencias del psicólogo clínico; si se desarrollara de forma coherente un modelo comunitario, alcanzaría un **desarrollo pleno** no sólo la figura del psicólogo clínico sino también la del psiquiatra, la del trabajador social, la del enfermero de salud mental, el terapeuta ocupacional... Porque el desarrollo pleno en equipo supone enriquecerse desde el reconocimiento de las diferentes funciones y la interacción (no sólo suma) de fuerzas en el trabajo. Constituirse en el contrapunto o la alternativa a los psiquiatras no es un desarrollo pleno sino una amputación. Nuestra propuesta es partir del análisis de esas realidades que no nos gustan para proponer otras que nos enriquezcan, no que nos empobrezcan.

Laura Hernangómez Criado

PANÓPTICO

Consecuencias del Observatorio de la AMSM

LA NUEVA ZONIFICACIÓN SANITARIA: CONSPIRACIÓN CONTRA LA AMSM

Después de haber pasado noches enteras sin dormir, haber perseguido a nuestros informadores por los rincones más oscuros de la red, perder amigos, incrementar nuestra calvicie y cuadrar nuestras mentes para sacar adelante el Observatorio de la AMSM, nos cambian la zonificación sanitaria a los pocos meses. ¿Qué hay detrás de todo esto? No sería descabellado pensar que elementos islamistas conjurados con los radicales anti-sistema de la oposición, psiquiatras ateo-biologicistas, servicios secretos suecos y funcionarios de la Consejería de sanidad despechados hubieran ideado un plan para neutralizar los grandiosos efectos que el Observatorio a todas luces iba a tener en la planificación de la salud mental madrileña. ¿No se han dado cuenta desde la Oficina o la Consejería de Sanidad de que Rubalcaba les ha puesto un topo que ha ideado la necesidad de un cambio de zonas sanitarias?, ¿puede ser consecuencia de que en el Observatorio no se contarán los contratados por el 11 M?, ¿qué tiene que decir el minero de todo esto?, ¿por qué Pedro J. calla? Desde la AMSM queremos saber la verdad. Siempre estaremos al lado de nuestros compañeros que devastados psicológicamente por el trabajo del Observatorio no pueden parar ya de ver la vida en forma de ratios o indicadores.

PREVARICACIÓN A FAVOR DE NUESTRO PRESIDENTE

Habrán observado nuestros perspicaces lectores al leer el Observatorio de la AMSM que el mayor crecimiento de profesionales en un CSM en los últimos años se ha producido en aquel que coordina el presidente actual de la AMSM, que además contará en breve con un nuevo hospital de referencia totalmente público como los que esta asociación defiende. No queremos dejar de denunciar este acto prevaricador que tiene como fin callarnos las bocas.

FE DE RATAS Y OBSERVATORIO

Si en la elaboración del observatorio hemos contado algún profesional, cama o plaza de más en tu servicio y te sientes engañado y manipulado por ello no dudes en escribirnos a la AMSM para dar cuenta de la Fe de Rata.

Estudio: ¿son necesarios los gerentes?

La Consejería de Sanidad lleva varios años realizando un ensayo clínico para conocer la utilidad de los gerentes hospitalarios. La metodología del ensayo consiste en cambiar cada equinoccio o solsticio a los gerentes de varios hospitales de forma aleatoria de tal manera que sea imposible que lleguen a conocer el funcionamiento interno del centro que les ha sido adjudicado ni que elaboren ningún plan de actuación o proyecto sobre el hospital. Se mide si este des-gobierno tiene algún efecto sobre el funcionamiento de la atención. El libertario que ha diseñado el estudio tiene especial interés en saber si en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés es necesario un gerente, y es por ello, y no por otro motivo de oscuro origen, por lo que ya van por el quinto gerente en cuatro años. Nos cuentan que entre los trabajadores de Leganés se están recogiendo firmas para que se habilite en el antiguo dormitorio de pobres tranquilas una pequeña pinacoteca donde cuelguen los retratos de los gerentes que han ido pasando con sus respectivos nombres y sobrenombres por ejemplo: Manuel I el Reformador, Miguel Angel I el Fracturador, Javier I el Discreto, Manuel II el Breve, etc. Así mismo en la página www.porrasergente.com puedes participar en la porra de tu respectivo hospital. Si adivinas cuanto va a durar tu gerente en el cargo podrás ganar fabulosos premios.

Publicidad: curso on-line para Unidades Específicas.

¿Atravesas una crisis de identidad profesional en la que no sabes si trabajas de cura, bombero o abogado laboralista?, ¿quieres recuperar el prestigio entre tu familia y amigos y salir en el boletín de la Consejería de Sanidad?, ¿te gustaría ser un experto, viajar a Congresos, y crear opinión? Es el momento para que te montes tu propia unidad específica. En CCC llevamos años preparando a los mejores profesionales para dar este salto que cambiará tu vida a través de nuestro curso on-line Unidades Específicas. Dirigido por prestigiosos expertos con gran experiencia en montar psico-unidades en todo el país, es el único que actualmente existe en la oferta docente nacional. No pierdas más el tiempo en la rutina sobrecargante de tu consulta. Da el salto hacia el mundo de los expertos. Asesórate por auténticos profesionales para que tu chiringuito tenga el éxito que te mereces. Tenemos decenas de testimonios que nos avalan. MDP intentó montar una Unidad de TDAH del adulto sin asesoramiento y casi le cuesta el matrimonio: “aquello se lleno de gente que se cortaba, no comían, se liaban entre ellos, se tomaban las pastillas a puñados y me chillaban a la mínima. Mi marido me dijo o los TDAH o yo. Fue cuando conocí el curso on-line de Unidades específicas de CCC y mi vida cambió. Hace poco hemos estado en Niza invitados a un congreso y he sido la envidia de mis antiguos compañeros”. Llama ya a nuestra línea permanente y serás atendido personalmente por uno de nuestros expertos. AOL andaba perdido, notaba cómo el peso emocional de su consulta estaba afectando a su potencia sexual hasta que se decidió a ponerse en manos de nuestros asesores profesionales y ahora tiene erecciones vigorosas: “en CCC reorientaron mi vida. Ahora coordino una unidad para ciberaicidas y trabajo desde mi propio domicilio. Mi vida sexual goza de una nueva juventud” Nuestro programa único cuenta con módulos que asegurarán el éxito de tu unidad y el tuyo propio:

- Módulo de Selección del tema: en él aprenderás a escoger un problema que sea adecuado para montar una unidad con éxito asegurado. Se analizan factores como la epidemiología, el impacto mediático, la existencia de grupos de presión, las tendencias en la moda y la idoneidad política.
- Módulo de diseño del proyecto: diseña la unidad con tu propio criterio logrando vencer la resistencia de los profesionales de tu área que pretenderán que también sea útil a los pacientes de su consulta. Cómo evitar que tu unidad se convierta en un programa de área, sorteando reuniones preparatorias y comisiones de asistencia.. Cómo vender la Unidad a tu gerente asegurándole prestigio curricular. Cómo lidiar las críticas a su eficiencia por el poco volumen atendido.
- Módulo de derivación de flujos: consigue rizar el rizo. Abre tu unidad a tu área y al resto de áreas a la vez que controlas férreamente quién entra en el programa. Cómo elaborar criterios de exclusión que te permita asegurar tu tranquilidad y la de los tuyos. Confecciona tu propio protocolo interminable e inentelgible. Estrategias para deshacerse de pacientes molestos que impidan buenos resultados que publicar o airear en la prensa.
- Módulo de relaciones públicas y liderazgo: estrategias para convertirte en un auténtico líder de opinión en los medios de comunicación y en el principal asesor de las asociaciones de afectados por tu problema elegido.
- Módulo de Selección de personal. Dirigir una Unidad Específica necesita una gestión precisa de tu tiempo para que puedas asistir a todos los eventos a los que serás invitado. Recuerda: tu eres un experto no un obreiro del mental. La Comunidad no te va a ofrecer el personal suficiente para tus necesidades de experto, así que en el curso aprenderás a maximizar el esfuerzo de tus residentes y a conseguir que sea centro de peregrinación de becarios, residentes externos, etc.

¿A QUÉ ESPERAS?

**LLAMA YA Y CONTRATA TU CURSO ON-LINE DE UNIDADES ESPECÍFICAS
QUE CAMBIARÁ TU VIDA.**

Desmentido: La AMSM niega cualquier relación con la cienciaología

En los últimos congresos de psiquiatría es habitual ver a la salida del lugar de celebración a miembros de la Iglesia de la Cienciaología manifestándose en contra del poder psiquiátrico. Desde estas páginas desmentimos que ningún miembro de la AMSM sea miembro de esta Iglesia y esté detrás de estas campañas pese al parecido que pueda tener alguno de nosotros con Tom Cruise.

Noticias económicas

La Concha ha empezado a cotizar en la Bolsa Sueca. Una buena noticia, sin lugar a dudas. Al fin un Hospital Madrileño consigue pisar los parques internacionales y ubicarse donde debe estar, en el ámbito de la especulación y de los beneficios. Con la compra de acciones te dan a elegir vales de estancia en las distintas unidades. Las cotizaciones van bien y hay tortas por hacerse con los vales del Servicio de Psiquiatría. Esperamos que cunda el ejemplo y otros hospitales, antiguos reconvertidos o de nueva creación, sigan el mismo camino. Es una buena inversión y acaso con el tiempo, comprar sus acciones sea la única manera de acceder a sus Servicios.

COLABORACIONES

Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar

INTRODUCCIÓN

Todos los días y cada uno de los días del año, en grandes ciudades como Madrid existe una población invisible y que convive, compartiendo un mismo espacio social -la calle- con cualquiera de nosotros; personas, a las que, con frecuencia, ignoramos o fingimos no ver o que incluso no somos capaces de ver y sin embargo, se trata de un grupo de población importante. En una ciudad como Madrid se calcula (Cabrera y cols.) que cada día del año viven una media de 907 de personas sin techo; entre ellas una cifra aproximada de 300-400 viven en esta situación de forma crónica y sin considerar aquellas personas que temporalmente recalán en la calle.

Desde hace más de dos décadas se viene señalando que existe una población de personas sin hogar (PSH) enferma mental (entre un 20-30%) a la que no alcanzan los servicios de salud habituales y que con una cierta frecuencia, cada vez mayor, se nos hacen visibles como pacientes repetidores o de puerta giratoria en servicios de urgencias y unidades de agudos. Es en esos momentos cuando nos planteamos que hacer y quizás, no se sepa qué necesidad es la que requiere mayor atención o simplemente “por dónde empezar”. Si bien, muchas veces se subestima la capacidad de abordar patología psiquiátrica; a veces muy grave y crónica, y acaben de nuevo en la calle con un diagnóstico de patología residual o “crónica” o “problema social” y un fármaco en depot que habitualmente no tendrá continuidad o generará como mucho unos indeseables efectos secundarios durante uno o dos meses y un mayor rechazo al tratamiento.

Atendiendo a las necesidades de atención a esta parte de la población de la ciudad de Madrid se creó en Mayo de 2003 un equipo destinado a realizar un programa para atender a este grupo de personas “difíciles de enganchar”, al no adaptarse y al no adaptarse a ellos los servicios de salud preexistentes. El ánimo de este artículo

es realizar una descripción breve del programa y los resultados, descriptivos, de estos 3 años de andadura.

POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA

La población diana son personas sin hogar crónicas¹, de más de 18 años que padecen una enfermedad mental grave y crónica², que viven en el municipio de Madrid y que no están siendo atendidos o carecen de vínculos con la red de atención normalizada. Se aceptan pacientes consumidores de alcohol y otros tóxicos siempre que padezcan otro trastorno mental asociado. Se excluyen los pacientes con toxicomanías aunque se han hecho excepciones en casos de pacientes alcohólicos con consumos graves y persistentes e importante riesgo vital, estableciéndose con ellos estrategias de reducción de daño.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Lo que más caracteriza la intervención con PSH es precisamente el entorno y las múltiples “reglas” y rutinas de la calle; junto con el empleo de modelos que permitan trabajar con personas gravemente enfermas, que desconfían de las instituciones y que ni estas instituciones se adaptan a ellos, ni ellos a las instituciones; así como, las dificultades de coordinación y filosóficas al trabajar en coordinación con muy diversas personas y organizaciones (fundaciones, ONGs, organizaciones religiosas). Susser, Golfinger y White (1990) y McMurray-Ávila resumen algunos de los principios generales para el trabajo clínico con personas sin hogar y entre los que se podrían señalar:

- La intervención se realice por clínicos expertos, en el entorno de las personas sin hogar y conociendo dicho medio. Conocer este entorno supone no sólo conocer físicamente las instituciones de forma directa sino también sus filosofías de traba-

(1) Se considera persona sin hogar crónica a aquella que ha permanecido al menos un año en situación sin hogar o ha tenido un mínimo de 4 episodios de estancia en la calle en los 3 últimos años.

(2) Trastorno mental severo. Se consideran tres ejes. Diagnóstico, presencia de discapacidad y duración (dos años)

jo, las actitudes, sentimientos y asunciones de las personas que trabajan en este medio respecto a las PSH y acerca de la enfermedad mental y considerar estos sentimientos y facilitar información y formación sobre la enfermedad mental.

- Crear medios y lugares para establecer y fortalecer las alianzas terapéuticas, imaginativos y adaptados a las necesidades de los sin hogar. En muchos casos, posponer intervenciones que (desde un punto de vista convencional) serían consideradas prioritarias; ya que, intentos prematuros de abordar la psicopatología pueden ser vividos como agresivos y reforzar experiencias negativas previas. En caso de pacientes seriamente afectados se debe de considerar la posibilidad de una hospitalización y un tratamiento involuntario, involucrándose ya desde el momento inicial las decisiones de seguimiento o continuidad de cuidados y definiéndose un miembro del equipo encargado en el seguimiento (“case manager”). Planteando un tratamiento integral y planificando cuidadosamente el alta.
- Mantener una política de alojamientos dignos. Esto supone la presencia de alojamientos de emergencia o albergues, alojamientos de transición (segundo nivel), alojamientos de medio y largo plazo en la comunidad (tercer nivel). Asociado a esto vendría la necesidad de un trabajo de aprendizaje sobre la “vida en casa y la comunidad”, soporte profesional, además, de prevención e intervención en crisis que puedan interferir en el alojamiento.

Los modelos de trabajo que permiten cubrir de forma más aproximada esto son el “Outreach” o modelo de búsqueda activa, los programas de continuidad de cuidados (en especial el tratamiento asertivo comunitario), todo ello entendido desde una filosofía de rehabilitación psicosocial y de trabajo en red. No suponen técnicas específicas o diferentes a las realizadas en otros ámbitos, sino más bien una forma diferente de organizar la atención y de generar más que una alianza terapéutica una “alianza de rehabilitación” entre un paciente concreto y un equipo que se corresponsabiliza con él del plan terapéutico.

Outreach.

Si algo es esencial del trabajo en la calle con personas sin hogar es la necesidad de buscar formas de desarrollar relaciones seguras que permitan un acercamiento y posterior abordaje terapéutico. Levy, señala que este modelo se basa en las teorías ecológicas y del desarro-

llo. La intervención no es lineal y, aunque de forma explicativa se subdivide en fases, estas se pueden solapar y pueden existir regresiones de una a otra fase. Las fases del modelo de outreach serían: Preenganche, enganche, contrato de objetivos e implementación del contrato. Como apuntan Chinman, Rosenheck y Lam, el outreach es el primer paso hacia las mejoras a trabajar desde un programa de continuidad de cuidados y posteriormente desde los programas de rehabilitación más estructurados. Se han señalado como factores de una intervención favorable; un mayor nivel educativo, de soporte social y la percepción de distress psicológico. La gravedad de la psicopatología parece ser el factor de peor pronóstico.

Tratamiento asertivo comunitario

Los programas de seguimiento o continuidad de cuidados son una amplia gama de programas de intervención a largo plazo que tienen como foco de atención los enfermos mentales crónicos. Dentro de los diferentes modelos de seguimiento de casos, el tratamiento asertivo comunitario es el más frecuentemente empleado para el abordaje de los enfermos mentales sin hogar, demostrando su utilidad como para trabajar con esta población (programa ACCESS) y un mejor coste-eficacia que otros modelos. Si bien, con PSH, se suelen aplicar programas modificados en algunas de sus características. En particular, en lo que se refiere a la de duración de la intervención y su derivación a otros servicios más normalizados; ya que, la no derivación, saturaría al equipo e impediría la realización de un trabajo intensivo y porque el fin último de estos programas es hacer de puente hacia una integración sociosanitaria. Por ejemplo, Rosenheck y Dennis proponen una intervención de una duración media de 9 meses, apoyando que la transferencia de estos pacientes a los servicios normalizados no sólo es posible sino que se puede realizar sin consecuencias negativas para el paciente. Son precisamente los periodos de transición hacia una atención normalizada o en los programas de alojamiento una de las preocupaciones más importantes ya que suponen con frecuencia, crisis que podrían derivar a la vuelta a la calle. En este sentido el diseño de intervenciones de transición es vital.

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

El equipo se ha ido modificando desde su creación en Junio de 2003. Inicialmente constituido por dos enfermeras y una psiquiatra, la objetivación de que la población susceptible de atención era mayor que la inicialmente estimada y con unas necesidades más complejas han hecho

que el equipo se haya incrementado notablemente y que su estructura sea haya modificado para poder prestar una atención adecuada a esta población en constante cambio y a los constantes cambios de la red sanitaria y social. En la actualidad el equipo está constituido por profesionales que integran un equipo único pero que están

vinculados, administrativamente, a dos áreas sanitarias distintas (área 7-distrito Centro- y área 5-distrito Tetuán y hospital La Paz-) y al programa PRISEMI, dependiente de la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y gestionado por la empresa EXTER.

Composición del equipo 1

Total 14	Área 5	Área 7	PRISEMI
Enfermeras	2	2	
Trabajadores Sociales	1	1 ¹	1
Psiquiatras	1	1	
Educadores			4
Psicólogos			1

(1) Pendiente de incorporación.

Actualmente el equipo se estructura en 2 subequipos:

- Enganche
- Rehabilitación

Ambos subequipos trabajan como un equipo único con subdivisión de tareas y funciones. La organización de las tareas del equipo se realiza mediante reuniones de equipo de carácter semanal y en las que se comentan las incidencias de las distintas rutas y con los distintos pacientes y los objetivos que hay que priorizar.

El **subequipo de enganche** realiza las tareas relacionadas con el primer contacto y acercamiento en calle, enganche, mejora en el autocuidado (salud, higiene, ...), cobertura de necesidades básicas en coordinación con los equipos de calle del ayuntamiento (SAMUR SOCIAL) y otros equipos de calle (RAIS) y entidades (Realidades, CEDIA, Comedor San Vicente de Paul, RAIS...), Centros de Acogida (CASI, Puerta Abierta...) y otros muchos recursos de la red social que atiende PSH de forma más puntual. Se desarrolla trabajo en conciencia de enfermedad y administración y supervisión de tratamiento farmacológico, intervención en crisis y mediación con el entorno, entrenamientos concretos (transporte, autocuidados, etc) y acompañamiento. Esta formado por 4 enfermeras, dos trabajadores sociales y dos educadores y cuentan con el apoyo de ambos psiquiatras tanto en trabajo de calle como en instituciones.

El **subequipo de rehabilitación** interviene principalmente en recursos de baja exigencia o en pacientes con alojamiento o localización concreta (p.ej pensiones). El fin último de este subequipo es trabajar de forma más concreta con usuarios que ya han iniciado tratamiento farmacológico y han accedido a un contacto mínimo con recursos sociales para iniciar itinerarios de rehabilitación que favorezcan su proceso de integración con el máximo de au-

tonomía. La intervención se realiza en el recurso al que acuden de forma habitual o al recurso donde se alojen. Está formado por una psicóloga, trabajadora social y dos educadoras sociales. Trabajan de forma coordinada con los psiquiatras y los otros miembros del equipo, pudiendo mantenerse durante tiempo su función de entrenamiento y soporte aunque estén integrados en los servicios de salud mental normalizados de la red y atendidos por otro personal sanitario, hasta que se considere que se pueden desvincular de forma completa.

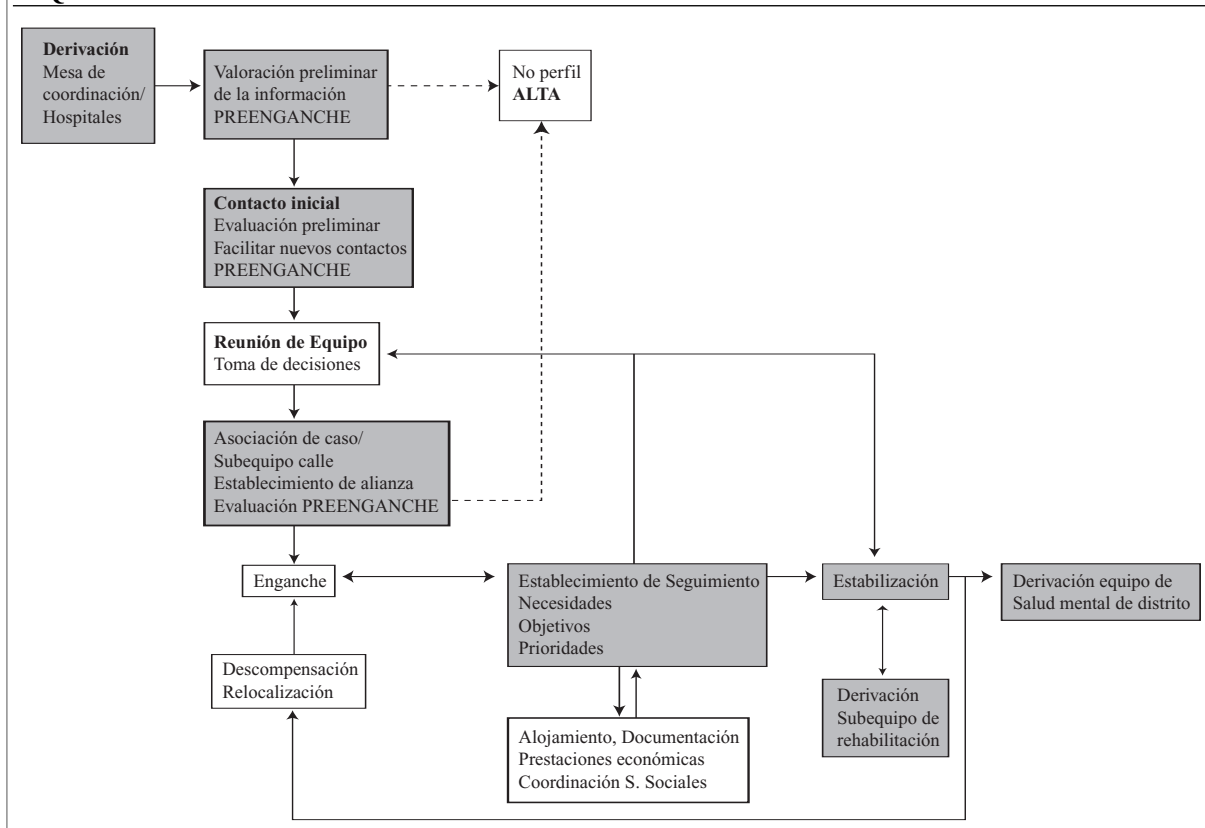
PROCESO DE INTERVENCIÓN (ESQUEMA 1)

El equipo de atención psiquiátrica interviene en un segundo nivel de atención. Las personas sin hogar con trastornos psiquiátricos son detectadas por los equipos de atención social que intervienen en la vía pública, principalmente equipos de calle de SAMUR SOCIAL y otras entidades, por los servicios de urgencia y unidades de agudos de los hospitales (enfermos sin S.S.M de referencia). La derivación al equipo se realiza, mayoritariamente desde los equipos que trabajan en la calle con personas sin hogar y desde las U.H.B de los hospitales. Dichas derivaciones se efectúan a través de un contacto telefónico directo desde los servicios sanitarios y a través de la mesa de coordinación los distintos equipos que intervienen en la calle y otras entidades que trabajan con personas sin hogar. Esto supone una valoración previa social o sanitaria. En caso de situaciones urgentes la derivación se realiza mediante contacto telefónico.

Contacto inicial

En la calle. Este contacto se realiza en compañía del trabajador social de referencia y/o cualquier persona con la que tengan un vínculo seguro si es que este existe. Esta

ESQUEMA 1. PROCESO DE INTERVENCIÓN



primera entrevista es llevada a cabo por las psiquiatras. Su objetivo es conseguir una primera aproximación diagnóstica y favorecer que se permitan visitas subsiguientes. En el Hospital. Cuando el primer contacto se efectúa en el hospital se intenta favorecer el enganche y recabar información sobre que recursos o zonas utilizan habitualmente por si resultan difíciles de ubicar o si se “pierden” tras el alta, fijar el siguiente contacto y el mantenimiento del tratamiento. Se pretende así que exista una continuidad de cuidados sea en la calle o en el albergue al que sean derivados si carecen de contacto previo con los servicios de salud mental.

Trabajo de calle

Tras la entrevista inicial se mantienen varias entrevistas diagnósticas y de presentación del resto del equipo, se fija la periodicidad del seguimiento, que puede variar a lo largo de la intervención según el objetivo a conseguir. Se realiza una valoración de enfermería y se intenta promover un cambio en los aspectos de salud y de autocuidados que puedan suponer una mejora en su cali-

dad de vida. El seguimiento se efectúa dónde se encuentren los pacientes: en la vía pública, en los recursos sociales y en consulta, en aquellos que aceptan y pueden acudir a la misma. En general, se intenta mantener un contacto semanal, realizado sobretodo por el trabajador clave y/o responsable del caso. Para intentar asegurar dicho contacto, las rutas, se repiten en los mismos días y en horarios similares. La repetición permite a los pacientes contactar con más facilidad si así lo desean. Se intenta respetar, en la medida de lo posible sus horarios y costumbres, el rechazo o aumentar el tiempo de la intervención modificándola en función a la tolerancia o necesidades del paciente. El diseño de las rutas se decide en función de poderlas recorrer a pie o en metro de la forma más rápida, de los horarios de los pacientes, de los distritos u otras necesidades.

El horario y la periodicidad se modifica para adaptarse a las costumbres (horarios de comedor, lugares donde piden, horas de mayor o menor intoxicación etílica...) respetando e intentando no interferir en rutinas importantes y dependiendo del momento de la intervención (p.ej, super-

visión diaria en pacientes que inician tratamiento farmacológico o sus necesidades (p.ej, gravedad del estado físico) o incluso las inclemencias climáticas (p.ej, riesgo de congelación/deshidratación). En general, las visitas las realizan al menos dos miembros del equipo para poder dar respuesta a situaciones de urgencia o, en ocasiones, al entorno (p.ej, viandantes, vecinos). Se respetan los límites de acercamiento del paciente y ante riesgo de violencia o incomodidad del paciente se limita el tiempo de la intervención. Es frecuente que durante los momentos iniciales de enganche las entrevistas sean cortas e informales, con temas relacionados con circunstancias vitales y temas más o menos circunstanciales. Lo principal es conseguir una comunicación que vaya facilitando el vínculo y permita ir avanzando por diferentes “estadios de cambio” (Prochaska y Di Clemente); conocer su lenguaje verbal y gestual y poder ir pactando objetivos y su mantenimiento. Simultáneamente se suelen ir trabajando, en coordinación con otros recursos, la obtención de documentación, tarjeta sanitaria, pensiones no contributivas... y alojamiento si así lo demandan.

Tratamiento en la vía pública

En aquellos pacientes que lo aceptan se les administra la medicación en la calle, tanto de forma oral o intramuscular según la indicación terapéutica. Diariamente, se realiza a primera hora una ruta para la administración de tratamientos o supervisión de pacientes que estén bajo tratamiento farmacológico. Se les provee la medicación de forma gratuita para garantizar que puedan tomarla y evitar el problema que pueda suponer su costo económico. También se intenta favorecer que acudan a la consulta como un primer paso en el acercamiento a una atención normalizada mediante acompañamientos por parte de educadores, las enfermeras, trabajadores sociales o incluso el voluntariado.

Trabajo en instituciones y SSM

Se realiza enganche y seguimiento en albergues, centros de acogida u otros recursos sociales. Se realiza en los propios recursos en aquellos pacientes que no tienen SSM de referencia y no aceptan seguimiento en el marco de una consulta ambulatoria. Se mantiene el seguimiento de pacientes previamente contactados con en equipo cuando son alojados o cambian de alojamiento y durante la transición hasta un recurso normalizado. Para ello se trasladan uno o varios miembros del equipo realizándose la atención pertinente en función a las características del paciente y del recurso. Se

efectúan intervenciones en situaciones de crisis “in situ” si se precisa o entrenamientos concretos (transporte, conocimiento del entorno, acompañamientos...), administración de medicación o asesoramiento a personal de dichos centros con una periodicidad variable.

La función del seguimiento es establecer y reafirmar el vínculo con el paciente, hacer valoraciones diagnósticas, conseguir que acepten tratamiento y alojamiento, favorecer el autocuidado, que acudan a la consulta...

Atención Ambulatoria en el Servicio de Salud Mental de Centro.

Semanalmente hay un día de consulta abierto, sin agenda en el que cualquier paciente puede acceder con o sin cita previa y en el que se garantiza que se les atenderá en la mayor brevedad. Las prestaciones de esta atención son similares a las de cualquier servicio de salud mental. No se les demanda ninguna documentación, ni abstinencia de tóxicos y se les invita acudir no sólo en función del seguimiento sino también como un referencia a donde acudir si tienen alguna emergencia o problema. En caso de pacientes intoxicados se modifica la entrevista haciéndola más breve e informal (incluso en el patio o un pasillo) y facilitando otra cita para poder realizar otra entrevista. También se realiza la atención habitual con citas prefijadas en otros casos.

Contacto telefónico

Pueden acceder también a contactar con el equipo mediante llamadas directas al móvil de los diferentes miembros del equipo o a través del teléfono gratuito de SAMUR SOCIAL. Se intenta garantizar así que la información acerca del estado del paciente o la necesidad que plantee sea transmitida al equipo durante el horario de trabajo o al día siguiente. Dicho teléfono presta atención social 24 horas al día todos los días del año. Se facilitan estos teléfonos a todas las personas con las que se establece el contacto y se les garantiza que se acudirá a verles si así lo requieren de acuerdo con las limitaciones que el horario y la movilidad imponen.

COORDINACIÓN (ESQUEMA2)

La complejidad que presentan los enfermos mentales sin hogar y los múltiples dispositivos sociales y sanitarios que intervienen ha hecho necesario crear una mesa de coordinación, mensual, compuesta por la red de recursos sociales y el equipo de atención psiquiátrica para presentar los casos detectados no incluidos o se desconozca su inclusión en la red sanitaria, diseñar los planes

de intervención individual conjunta y asignar un responsable de caso. Los objetivos se acuerdan en la mesa de coordinación entre los diferentes servicios y entidades responsabilizándose de su seguimiento ya sea a un trabajador social o a un miembro del equipo. El responsable del caso se ocupa del seguimiento y cumplimiento del plan de trabajo. La coordinación se realiza a diario de manera más informal a través del móvil a diario y estableciendo reuniones de coordinación más informales o puntuales siempre que se precise. Se mantiene además una reunión mensual de coordinación de casos con todos los equipos de calle de SAMUR SOCIAL y albergues municipales (San Isidro y Puerta Abierta) por parte de las trabajadoras sociales del equipo.

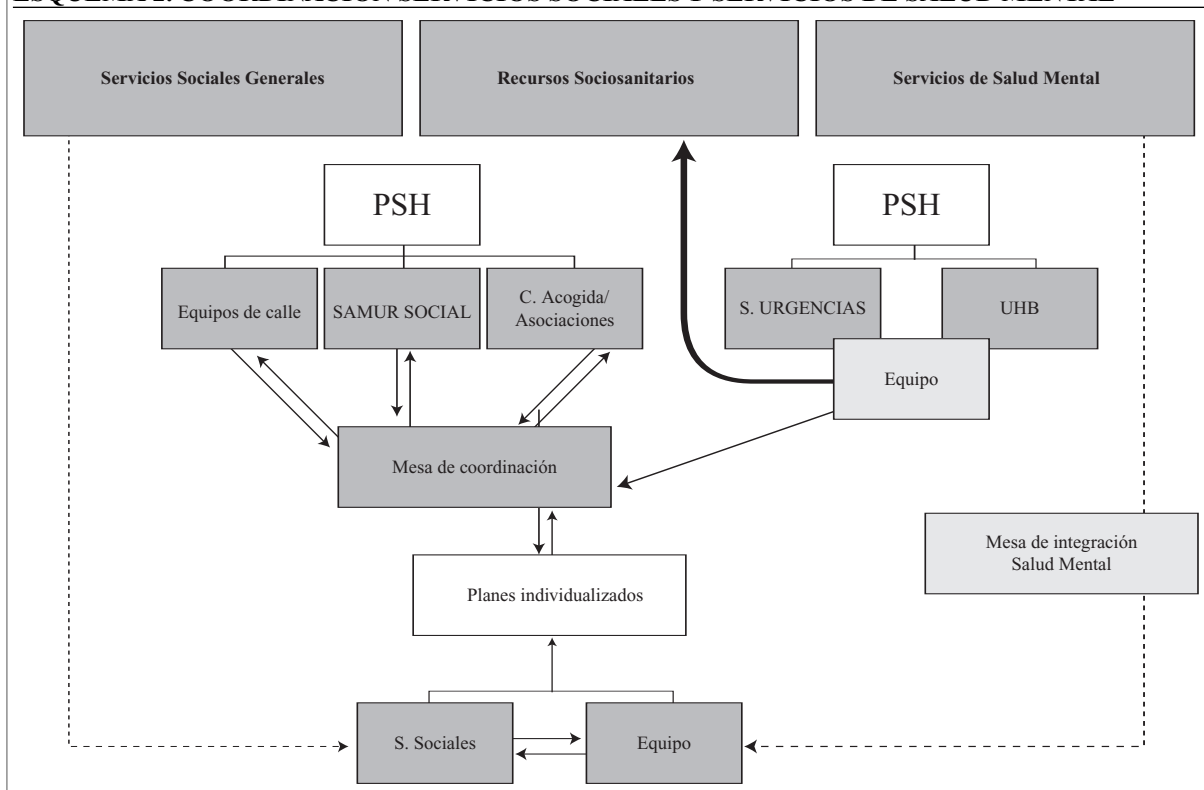
Desde Junio de 2005 se viene realizando una reunión, actualmente de carácter bimensual, con los servicios de salud mental a los que se derivan pacientes, ya estabilizados, para su integración.

INTEGRACIÓN EN RECURSOS SOCIALES.

Suelen utilizarse como un primer escalón en este proceso que acudan a comedores o centros de día o alojamientos que permiten mantener una cierta rutina y cubrir unas ne-

cesidades muy básicas. La tramitación de documentación y regularización de su situación social, empadronamiento, tramitación de rentas mínimas o pensiones, alojamiento y cobertura de otras necesidades básicas (alimentación, ropa...), son actuaciones muy importantes para su integración. Este tipo de prestaciones es tramitada por los trabajadores sociales con el apoyo de equipos de calle de SAMUR SOCIAL, RAIS y otros recursos sociales. La función de los educadores sociales es primordial no sólo durante el enganche sino también en este período realizando entrenamientos concretos, apoyo, acompañamiento y motivación junto con el resto de los integrantes del programa. En los casos más crónicos o con historia previa de abandonos de múltiples alojamientos, abuso de tóxicos... se intenta realizar una progresión desde los recursos de menor exigencia (Por ejemplo, centro de día/Puerta Abierta) hasta alojamientos más normalizados y normativos (Por ejemplo CASI). Para conseguir estos objetivos se trabaja de forma coordinada con los trabajadores sociales de las distintas entidades. Durante las visitas realizadas a los pacientes se les informa, se motiva a que acepten acudir a los recursos y se realizan acompañamientos por parte de equipo/trabajadores sociales o vo-

ESQUEMA 2. COORDINACIÓN SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL



luntarios para conocer estos centros y traslados por parte de trabajadores sociales de equipos de calle. En aquellos pacientes que desean alojamiento o cualquier ayuda social se les oferta información acerca de los recursos disponibles y se facilita su obtención mediante contacto con los centros a través de nuestro equipo, con mayor frecuencia por parte de nuestras trabajadoras sociales o contactando con los trabajadores sociales de otros equipos de calle o del SAMUR SOCIAL y se realiza el acompañamiento preciso. Dado que se realiza un coordinación estrecha los antes mencionados equipos con frecuencia se están trabajando varios objetivos a la vez subdividiendo con ellos las tareas, para evitar que varias personas a la vez trabajen el mismo objetivo (Por ejemplo, todos alojamiento, pero nadie la obtención de prestaciones económicas, por lo que la persona tendría que continuar mendigando para poder comprar tabaco, ropa o tomar un café y continuar en contacto con el entorno de calle)

La incorporación a residencias de personas mayores, se realiza de forma directa, tras una estabilización de la psicopatología (ya sea tras un ingreso psiquiátrico o tras tratamiento ambulatorio) mediante el programa de mayores coordinado por el SAMUR SOCIAL.

En la actualidad se han concedido 6 plazas en la minirresidencia Trinidad Gil de Moralarzal que ha supuesto una importante mejora en la calidad de vida de los pacientes allí derivados. De los casos que se han integrado en esta minirresidencia sólo un caso ha abandonado este alojamiento debido a dificultades de adaptación y uno más ha sido derivado de allí a otra minirresidencia (Cobeña), para facilitar la reintegración con su núcleo familiar. Cabe destacar la importante flexibilidad del equipo de este recurso que ha facilitado una adaptación progresiva con un resultado muy eficaz. Previamente, se habían incorporado dos personas más a la Minirresidencia de Hortaleza con idénticos buenos resultados y con una enorme flexibilidad facilitada por el equipo de esta minirresidencia. Algunos de ellos han sido integrados directamente desde situación de calle, con una buena adaptación. Aunque la realidad es que lo más frecuente sea el paso desde la calle a diferentes albergues y, en el mejor de los casos, a pensiones donde se les realiza una supervisión y soporte en actividades de la vida diaria en disminución progresiva hasta su desvinculación del equipo.

Sin embargo, en la actualidad carecemos de recursos específicos y de transición que permitan una integración a personas con importante consumo de etanol y/ otros tóxicos. El subequipo de rehabilitación trabaja con recursos de baja exigencia para personas sin hogar, prestando

cobertura en cierta medida para iniciar un itinerario de rehabilitación para esta población. También desde el equipo de calle se realiza una atención diaria a otros recursos de baja exigencia que carecen de atención sanitaria y a los que acuden diariamente los pacientes. En cualquier caso, es una tarea pendiente la relacionada con la integración de personas con consumo activo que desean persistir en este consumo y que no cumplen un perfil adecuado para su integración en los recursos sociosanitarios preexistentes. Hay que reconocer, que los albergues son, con una cierta frecuencia, el punto final de alojamiento para estas personas; pero, no se puede obviar, el hecho de que se debería de tratar de alojamientos de transición, y no un recurso finalista. Su estructura no facilita la adaptación y rehabilitación de pacientes (especialmente psicóticos) que tienen que convivir en centros habitualmente grandes con múltiples personas, con horarios estrictos y gran número de relaciones instrumentales que favorecen el abuso de los menos fuertes y la hostilidad, pese a los esfuerzos de el personal de estos recursos con frecuencia desbordados por situaciones complejas de manejar y sometidos a mecanismos de escisión y a las propias limitaciones de las instituciones.

DERIVACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Cuando se considera que se ha conseguido una estabilización psicopatológica y existe una integración estable se le plantea al paciente el que la atención sea tomada a partir de SSM normalizados. Se elabora una propuesta de tratamiento siguiendo el modelo de continuidad de cuidados que se plantea al servicio pertinente en la reunión, bimensual, que actualmente se realiza y a la que se convocan diferentes servicios de salud mental. Se intenta hacer una distribución por servicios acorde con las preferencias del paciente, vínculos previos (personales o familiares, último domicilio) o rechazo directo con algún profesional de dichos servicios, idoneidad del recurso, y localización geográfica actual. Aunque se intenta tener una cierta equidad en la distribución hay que reconocer que son los servicios de Centro y Moncloa los que, por su localización y la larga relación previa de estos servicios con albergues y población socialmente deprimida, los que han acaparado un mayor número de derivaciones.

RESULTADOS

A fecha de Junio de 2006 se había contactado con 209 personas de las cuales un 19% había sido derivado des-

de servicios sanitarios y el resto desde diferentes servicios sociales, especialmente equipos de calle (SAMUR SOCIAL- 45%-, RAIS-11%).

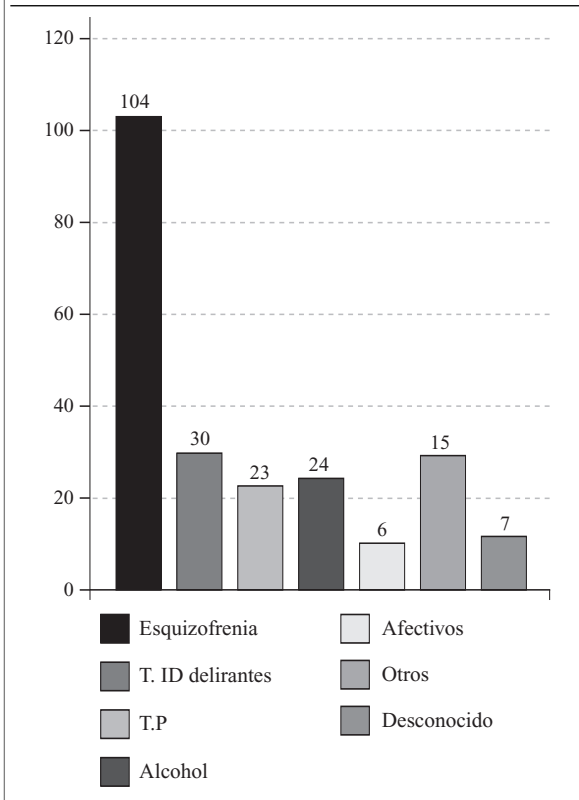
El perfil típico es de varón (70%), de edad media, soltero o sin pareja actual, español (62%) y que padece una esquizofrenia complicada con consumo de etanol o una historia de consumo de etanol u otro trastorno psicótico (Gráfico 1).

En ese momento, más de la mitad de los pacientes (56%) tomaban tratamiento farmacológico de forma habitual, generalmente de manera supervisada. (Gráfico 3) y sólo un 19% permanecían en calle de manera continuada. Aunque hay que destacar que se había perdido el contacto con un 12% (25 personas) por lo que se desconocía su ubicación y 11 habían fallecido durante o después de la intervención. Quedaría un 64% en situación no de calle. Esta cifra, no resulta satisfactoria, debido a que, no sólo permanecen pacientes en calle, sino que los alojamientos de muchos de ellos son alojamientos precarios y por lo antes referido respecto a la idoneidad de estos alojamientos para muchos de ellos.(Gráfico 2). 11 personas se han incorporado con éxito y de forma estable a Minirresidencias.

Obviamente, no son estos los únicos resultados del programa ya que se ha apoyado y conseguido el acercamiento a las familias, la consecución de rentas mínimas y Pensiones no contributivas en muchos pacientes y una mejora de salud en parte de esta población (úlceras, diabetes, salud bucodental, educación sexual...), muchos de ellos difíciles de cuantificar.

Actualmente, al menos cinco pacientes realizan actividad laboral remunerada, dos de ellos hace más de un

GRÁFICO 1. DIAGNÓSTICO



año. Quizás no es una cifra significativa, pero hace reflexionar acerca de qué recursos y qué tipos de apoyos requerirían las personas con enfermedad mental severa y qué les limita y qué podrían conseguir si les ayudamos a eliminar barreras.

GRÁFICO 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

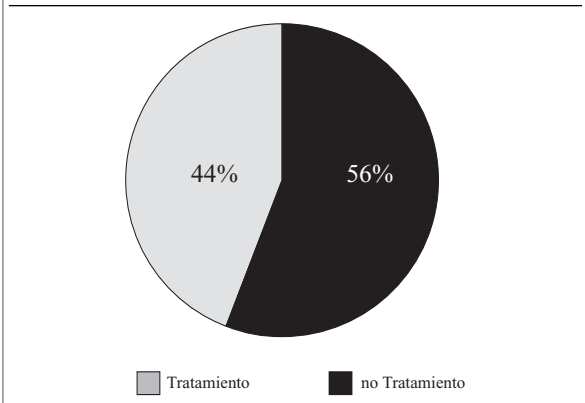
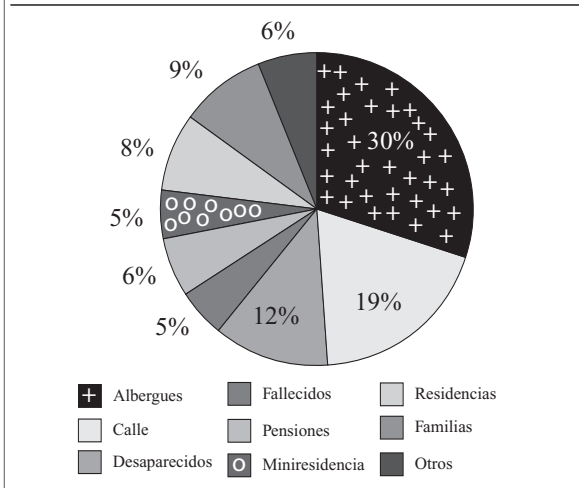


GRÁFICO 3. ALOJAMIENTO



BIBLIOGRAFÍA

1. Gillig P.M.; Mc Quiston, Ed."Clinical Guide to the treatment of the Mentally Ill Homeless Person" Cabrera P., Rubio American Psychiatric Publishing Inc. 2006.
2. M.J. "Personas sin techo en Madrid. Diagnóstico y propuestas de actuación". Informe de Marzo de 2003. Departamento de Sociología y trabajo social.
3. Susser E., Goldfinger S.M., White A. "Some clinical approaches to the homeless mentally ill" Community Mental Health Journal (1990) Vol26, nº5. pp 363-480.
4. Breakey W.R, Susser E., Timms P. "Mental health Services for homeless people" en MEASURING MENTAL HEALTH NEEDS. 2ª Ed. Editor Thornicroft G. Ed Gaskell. Glasgow 2001. pp 304-341.
5. Levy J. "Homeless outreach: A developmental model." Psychiatric Rehabilitation Journal (1998) Vol 22, nº2, pp 123-132.
6. Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. "The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Manangers" Psychiatric Rehabilitation Journal (1999) Vol 23, nº1, pp 47-56.
7. González Rodríguez A. "Programas de seguimiento y continuidad de cuidados en la comunidad". Monografías de psiquiatría (2001) vol XIII, nº 2. pp 4-16.
8. Johnsen M, Samberg L., Calsyn R., Blasinsky M., et al. "Case Management Models for persons who are Homeless and Mentally Ill: the ACCESS demonstration project" Community Mental Health Journal 8(1999). Vol, 35, nº4, pp 325-347.
9. Wolff N., Helminiak T.W., Morse G.A., Robert J., et al. "Cost effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients" American Journal of Psychiatry. (1997) Vol 154, nº3, pp 341-349.
10. Dixon L. "Assertive Community Treatment: Twenty- Five Years Of Gold". Psychiatric Services (2000) Vol 51 nº 6, pp 759-765.
11. Rosenheck R.A., Dennis D. "Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness". Archives of General Psychiatry (2001). Vol 58, nº 11, pp 1073-1081.
12. Susser E., Valencia E., Conover S., Felix A., et al. "Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter" American Journal of Public Health. (1997) Vol 87, nº 2; pp. 256-263
13. Thornicroft G." Annotation: The importance of transactional care in reducing homelessness" American Journal of Public Health (1997), Vol 87, nº2 pp 256-263.
14. Prochaska J.O., Prochaska J.M. "¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas?" Revista de Psicoterapia (2001). Vol. XII-Nº46/47. pp 17-36
15. González Guitián E., Vázquez Souza M.I., Sola Onís C., Redondo García S., De Bonifaz Barrio M. "Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar" SERMAS. Oficina de Coordinación de Salud Mental. Febrero 2004.

**Carmen Betes Orgaz; Manuel de Bonifaz Barrio, Roberto Brizuelo Domínguez,
Soledad Cámara Rodríguez, Mª José Darder Mayer, Marta Gil Crespillo, Elia González Guitián,
Miriam Ibáñez Heredia, Fabiola Irisarri Vázquez, Paloma Martínez Heras, Marta Navarro Fernández,
Sierra Redondo García, Carmen Sola Onís, Mª Isabel Vázquez Souza.**

*C/Cabeza nº 4. CP 28012, Madrid.
E-mail: mvazquez.scsm@salud.madrid.org*

HEMOS LEÍDO

Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes.

Sergi Corbellá y Luis Botella.

Vision Net, Madrid: 2004

Los doctores Sergi Corbellá y Luis Botella son psicólogos, psicoterapeutas y profesores en la Universidad Ramón Llull. Su labor docente se deja ver claramente en este manual con un estilo esquemático, didáctico, sencillo pero exhaustivo en la revisión que realiza. Desde la óptica de la integración en psicoterapia centrada en los factores comunes, apoyados en el marco del constructivismo y construccionismo social, Corbellá y Botella analizan las variables que influyen en el **proceso** y resultados de la psicoterapia, enfatizando especialmente la importancia de la relación terapéutica y tomando entre sus referencias

fundamentales los trabajos desarrollados por Larry Beutler.

Dado que en psicoterapia la praxis aún se sitúa casi siempre –atrevida pero necesariamente– por delante de la investigación, es posible que a un clínico le resulten de obvia las conclusiones de esos autores. Y, sin embargo, no son tan obvias –o no están tan integradas en la práctica profesional como sería deseable–. Este manual nos invita a revisar, redescubrir, quizás recordar, cuestiones como la imprescindible observación de la figura del terapeuta, su estilo personal, su influencia en la relación terapéutica, su inevitable adaptación a las características y necesidades de cada paciente, la selección de **procedimientos** de tratamientos en base a los recursos emocionales, cognitivos y sociales de cada persona en vez de los *abusados* criterios diagnósticos psicopatológicos o las *adecuadas*

orientaciones teóricas, la importancia de formar terapeutas moldeando su propio estilo personal, partiendo de sus dificultades y sus propios recursos individuales... Cuestiones que, *sabidas o no*, son actualizadas desde una óptica nueva, apoyando las conclusiones en datos empíricos, realizando propuestas específicas, organizadas y argumentadas para contribuir a la mejora de la labor clínica, docente e investigadora de los psicoterapeutas. Mucho que aprender o, cuando menos, mucho que reflexionar ante los datos que presenta esta obra. Al fin y al cabo, para eso está la investigación: para ayudarnos a re-pensar lo que hacemos cada día, para incitarnos a parar y reflexionar sobre nuestro papel y, desde esa auto-observación responsable, optimizar nuestro trabajo como terapeutas.

Laura Hernangómez Criado

PLoS MEDICINE

Essay on Disease Mongering, Abril 2006

www.plosmedicine.org

PLoS Medicine es una revista médica de acceso libre y gratuito de periodicidad mensual de la Public Library of Science, una organización sin ánimo de lucro. Editó su primer número en octubre de 2004 y nació con el propósito de publicar trabajos relevantes que mejoren el conocimiento de la salud y la enfermedad. Todos los números son gratuitos y se puede acceder por inter-

net sin coste alguno. Los artículos se pueden leer, redistribuir, incluir en bases de datos o lo que sea con la condición de que se respete la autoría del trabajo. Los derechos de autor pertenecen al mismo, no a la revista. PLoS Medicine no recibe financiación alguna de la industria farmacéutica ni hace publicidad de ningún tipo en sus páginas. Por este motivo, los costes de publicación corren a cargo de los autores, aunque PLoS Medicine declina este pago en el caso de que los mismos no dispongan de fondos. El contenido de los trabajos incluye todas las áreas de la me-

dicina y los editores intentan promover el paso de la investigación básica a la investigación clínica y de la medicina basada en pruebas a la práctica cotidiana. Se trata por tanto de una revista que busca divulgar el conocimiento médico de alto nivel de forma gratuita y eludiendo los conflictos de intereses que hay en todas las demás publicaciones con relación a sus contenidos y financiación. No es raro encontrar un artículo relacionado con la salud mental casi en cada número y su calidad y contenido, al margen del “pensamiento único”, los hacen imprescindibles.

En el número de abril de este año, hay una sección entera con ocho artículos dedicada al “disease mongering”. Este término no tiene una fácil traducción. Hace referencia al proceso de medicalización de la sociedad, a la ampliación de los límites de la enfermedad que permite el crecimiento del mercado de aquellos que venden o proporcionan tratamientos. Hay distintas formas de expandir las fronteras de “lo tratable” en medicina como son la medicalización de aspectos de la vida ordinaria como la menopausia o las situaciones de duelo, la aparición de nuevos diagnósticos difíciles de distinguir de la normalidad como la fobia social o el síndrome disfórico premenstrual, la promoción de fármacos como solución de primera línea para problemas que antes no eran considerados médicos como las conductas disruptivas escolares o las relaciones sexuales problemáticas o conceptualizar factores de riesgo (como la osteoporosis, la hipercolesterolemia...) como enfermedades. La consecuencia es que aparecen nuevas enfermedades y se inflan las cifras de prevalencia de las ya existentes¹. Si bien el desarrollo de este fenómeno está vinculado al extraordinario crecimiento de los beneficios de la industria farmacéutica, esto no sería posible sin la participación activa de los profesionales sanitarios y sin la negligencia de los gobiernos de muchas naciones cuya prioridad política es asegurar un desarrollo basado en la economía de mercado en tanto que las estrategias de igualdad social, como las de salud pública, resultan secundarias². Por otro lado, también resaltan en esta revisión que la cultura del consumo en general y el extraordinario marketing de las compañías farmacéuticas están

propiciando un cambio en la población de pacientes a consumidores de medicina³. Fundamentalmente, el disease mongering explota el miedo atávico al sufrimiento y la muerte⁴. Se trata de promover ansiedad respecto al futuro salud-enfermedad en individuos sanos¹.

Algunos artículos revisan los aspectos político-económicos de este fenómeno y destacan que el énfasis en el tratamiento de la enfermedad minimiza la responsabilidad política de las causas fundamentales de la enfermedad y que están localizadas en la estructura de la sociedad⁴. La enorme cantidad de dinero que se gasta en tecnologías preventivas ha disminuido la importancia económica de las tecnologías de tratamiento, particularmente para aquellas enfermedades que afectan primariamente a los pobres de los países pobres. Esto ha significado un cambio de atención del malestar al bienestar, del pobre al rico⁴. En este sentido, consideran que los gobiernos deberían tener un papel más activo en regular las campañas de concienciación de las enfermedades para prevenir que llegue al público información inadecuada e interesada. La clave es saber si hay suficiente voluntad política en las agencias reguladoras de los gobiernos para mejorar las normas existentes respecto a la aprobación y promoción de los medicamentos, ya que se trata de un asunto de interés sanitario público¹. Curiosamente, los artículos que hablan de problemas específicos dentro del disease mongering están relacionados con la salud mental. David Healy comenta con detalle en su trabajo⁵ cómo se está desarrollando una “epidemia” de trastorno bipolar (que incluye a niños e incluso se ha sugerido la posibilidad de detectar signos de este trastorno in-

traútero) con la ayuda de unos criterios diagnósticos operativos que dependen de juicios subjetivos y con el objetivo de promocionar nuevas indicaciones a los psicofármacos comercializados. Pero Healy va más allá y cuestiona la eficacia de estos psicofármacos ante la ausencia de una base teórica o empírica que avale su uso con el efecto de “estabilizadores del ánimo”.

Otro tema clásico y preocupante dentro del “disease mongering” es el tremendo incremento en la prescripción de psicoestimulantes entre los niños basado en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Christine Phillips⁶ explica el importante papel de los profesores en este fenómeno y da cuenta de la presión (con el envoltorio de información para la concienciación sobre el trastorno) de las compañías farmacéuticas en este sentido.

Sobre la medicalización de la sexualidad hay otros dos artículos. En uno de ellos⁷ nos cuentan la promoción de los fármacos de “estilo de vida”, aquellas medicinas que se usan no porque haya un problema médico sino simplemente para sentirse uno mejor. El Viagra es un gran ejemplo de cómo Pfizer convirtió un trastorno infrecuente (la disfunción eréctil) en un problema que afectaba a la mitad de los varones mayores de 40 años, que tenía unas repercusiones psicológicas potencialmente graves y cuyo tratamiento de primera línea (independientemente del grado, contexto relacional...) era su medicamento. En el otro trabajo⁸ analizan el proceso de creación de la “disfunción sexual femenina” en los últimos años (con el objetivo de promocionar el uso de Viagra entre las mujeres y comercializar parches de testostero-

na) y la respuesta mediática que se ha producido desde círculos feministas académicos, activistas y clínicos para frenar este fenómeno.

Afortunadamente, los diferentes autores no se limitan a explicar el fenómeno y hacer un inventario de sus consecuencias sino que también proponen soluciones para afrontarlo. Las más destacables serían las siguientes:

- Investigar y evaluar lo mejor posible el fenómeno del disease mongering, crear conocimiento para actuar sobre el problema²
- Que se produzca, favorecido por los políticos, un genuino desenmarañamiento en la relación entre la profesión médica y la industria farmacéutica y que esta sea transparente, para así mejorar la salud de los ciudadanos⁴
- Consideran que no se puede continuar permitiendo que las definiciones de enfermedades se hagan por paneles de expertos profesionales que en muchas ocasiones tienen grandes conflictos de intereses comerciales. Se deberían crear nuevos grupos, más amplios y libres de intereses que puedan generar una información más creíble². (Sobre este asunto se ha publicado recientemente otro magnífico artículo en *Psychotherapy and Psychosomatics*⁹)
- Proponen que se desarrollen medidas políticas para controlar las campañas de concienciación y que haya medidas reguladoras sobre la promoción de enfermedades y medicamentos¹
- Entienden que los gobiernos deberían establecer un juicio sobre el nivel apropiado de gasto en tecnologías preventivas para la población sana y ajustar los límites para intervenir de forma acorde. Ningún sistema sanitario universal basado en los impuestos puede pagar el tratamiento farmacológico de todos los riesgos de la salud. Los políticos tienen que contraponer el deseo de apoyar una innovadora industria farmacéutica (y los indudables beneficios económicos, en el empleo y terapéuticos que las compañías farmacéuticas aportan) con la progresiva mayor capacidad de esta misma industria de llevar a la bancarrota a los sistemas sanitarios universales⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mintzes B (2006) Disease mongering in drug promotion: Do Governments have a regulatory role? *PLoS Med* 3(4): e198
2. Moynihan R, Henry D (2006) The fight against disease mongering: generating knowledge for acting. *PLoS Med* 3(4): e191.
3. Applbaum K (2006) Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *PLoS Med* 3(4): e189
4. Heath I (2006) Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med* 3(4): e146
5. Healy D (2006) The latest mania: selling bipolar disorder. *Plos Med* 3(4): e185
6. Phillips CB (2006) Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Med* 3(4): e182
7. Lexchin J (2006) Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS Med* 3(4): e132
8. Tiefer L (2006) Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Med* 3(4): e178
9. Cosgrove L, Krimsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. (2006) Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 75: 154-160

Alberto Ortiz Lobo

HEMOS ESTADO

En la manifestación del Día de la Salud Mental

El sábado, día 7 amaneció con un sol radiante y a las 11 ya hacía más de veinte grados. Partimos desde Neptuno, Carrera de San Jerónimo arriba, mucha gente, globos verdes y amarillos, caras conocidas, sobre todo pacientes, familiares de pacientes y algún expresidente de la Madrileña, y pancartas. A la altura del Congreso nos hicimos una foto: a nuestra espalda el Congreso y delante de nosotros la pancarta con el lema “Salud Mental en Acción”. Seguimos hacia arriba y torcimos por Cedaceros a buscar Alcalá. Se agradecía estar a la sombra. Se coreaban lemas. “Salud Mental la Cenicienta de la Sanidad”, “Más dinero para Salud Mental”, “Esperanza escucha, salud mental está en la lucha”. “La Rehabilitación Psicosocial prestación sanitaria”. A las 13 horas entrábamos en Sol, en obras como medio Madrid, doblando las pancartas para poder pasar. Delante de la Casa de Correos, nueva foto. En el escenario preparado, José Manuel Cañamares, Presidente del Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, hizo de maestro de ceremonias y de primer orador para recordar el lema de este año “Creando conciencia para reducir riesgos: salud mental y suicidio”, apuntar cifras: un millón de personas mueren por suicidio cada año en el mundo,

cada 40 segundos se consuma un suicidio y cada 3 segundos se produce un intento de suicidio, el suicidio se encuentra entre las tres causas más importantes de muerte entre los 18 y 44 años, España es el único país de la Unión Europea que no tiene planes de prevención del suicidio, y señalar la responsabilidad y la obligación de las administraciones de luchar contra este grave problema y de que se cree un plan de prevención del suicidio. A continuación intervino el representante de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental, para recordar la importancia de este colectivo en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales y la falta de implantación y reconocimiento de la especialidad de Enfermería psiquiátrica. A continuación, el presidente de la Asociación Madrileña de Salud Mental, recordó que han pasado 10 años desde la 1ª manifestación organizada por la el colectivo Pro Salud Mental y que hemos estado puntualmente cada año para recordarnos y recordar a los demás que la salud mental y la atención a la salud mental debe ser una prioridad para nosotros y para las administraciones públicas. Y en relación con el lema de este año, partiendo de la base que el 90% de estas conductas las llevan a cabo personas con enfermedades mentales, recordó que la reducción y prevención de las conductas suicidas pasa por unos dispositivos asistenciales bien dota-

dos, con personal bien formado y con el tiempo y los medios adecuados que les permitan un diagnóstico precoz de las enfermedades, un tratamiento rápido e integral y un seguimiento cercano e intensivo que permita resolver las situaciones de riesgo y las complicaciones de estas enfermedades. Cerró el acto el Vicepresidente de FEMASAM, recordando la andadura y los esfuerzos de estos diez años y constatando la consolidación del movimiento y lo mucho que queda por hacer: en este momento luchar por que la Ley de Dependencia se modifique en el Senado y sea de aplicación a los pacientes con enfermedades mentales severas y crónicas así como luchar por que el Plan de Prevención del Suicidio, que va a presentar la Consejería de Sanidad el día 20 de Octubre, en el Hospital Santa Cristina, no quede reducido a un Plan estrella, como otros dispositivos, para presentar a la prensa. Terminó emplazándonos a todos para el próximo año y eso hacemos también nosotros desde aquí con los lectores de este Boletín. Se cerró el acto con la suelta de globos al cielo, en señal de esperanza, remarcó José Manuel Cañamares tras comprobar que, en ese momento, no pasaban aviones de combate sobre nosotros. Por que ésta es otra pequeña historia para algún panóptico venidero.

Pedro Cuadrado Callejo

**VII TALLER EUROPEO
“PERIODISMO Y TRAUMA”
(1ª ED. ESPAÑOLA).**

4 Octubre 2006,

La Casa Encendida, Madrid.

Los talleres organizados por los “Dart Center” (co-organizado en Madrid con Reporteros Sin Fronteras-sección España y la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático) constituyen una propuesta sensata y responsable en el abordaje de las relaciones entre periodismo y trauma. Sin caer en estereotipos fáciles ni abusos de la palabra “trauma”, el objetivo de esta línea de trabajo es triple: (1) la promoción de un periodismo respetuoso con las víctimas y los supervivientes, aportando herramientas a los periodistas para entrevistar a aquéllos y poder escribir de una forma ética sobre sus experiencias; (2) el cuidado del propio periodista y la prevención de los trastornos relacionados con el ejercicio del periodismo en escenarios traumáticos mediante la atención a sus necesidades personales, el fomento del apoyo social y de estrategias de afrontamiento sanas integradas de forma normalizada en el funciona-

miento de los equipos (no se trata, afortunadamente, de la propuesta equivocada de “psicoterapia para todos” en la que en los últimos tiempos se cae con excesiva facilidad, sino más bien de poder prevenir esa necesidad y ayudar a detectar los casos en los que sea preciso solicitar apoyo profesional); (3) en una visión amplia, el tercer aspecto atiende de una forma responsable al impacto del trabajo del periodista sobre la reacción de la comunidad en una doble vertiente: evitando por un lado el trato degradante, dañino y “retraumatizante” en su transmisión de información, y colaborando, por otro, en la promoción de salud mediante sus aportaciones a la construcción social de un marco de significados en el que integrar la compleja situación vivida, transmitiendo y fomentando la creación de redes de apoyo (haciéndose eco de la respuesta social positiva que pueda existir) y dotando de información sobre recursos pertinentes a las personas afectadas. De este modo, se observa una propuesta que implícitamente integra la atención a aspectos relacionados con la prevención en sus diferentes niveles (primaria, secundaria, terciaria), evidenciando que *la prevención es cosa de todos*: la interdisciplinariedad no debería entenderse sólo como una interacción entre diferentes profesionales de la salud, sino como un modo de entender el trabajo, una *filosofía* extensible a profesiones cuyo objetivo último sea el ser humano, más necesaria en cuanto en esta sociedad somos cada vez más “*especialistas*” o *especializados* y, por ello, más interdependientes. Prescindir de ese necesario diálogo perjudica claramente el resultado del trabajo prestado a la comunidad y empobrece a los profesionales. Por ello, es de esperar que continúen existiendo foros de reflexión conjunta y lazos entre las diferentes profesiones como éste, y que los objetivos planteados se traduzcan realmente en cambios sociales que puedan favorecer y promocionar la salud mental desde esa forma de mirar el mundo que nos prestan permanentemente los medios de comunicación.

Para conocer más:
<http://www.dartcenter.org>

Laura Hernangómez Criado

**V JORNADA DE LA
FUNDACIÓN MANANTIAL:
“ENFERMEDAD MENTAL
Y TRABAJO. UN DERECHO
Y UNA REALIDAD”**

El pasado jueves 5 de Octubre tuvo lugar en el Aula Magna del Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón la V Jornada anual de la Fundación Manantial. Bajo el lema “Enfermedad Mental y Trabajo: un

derecho y una realidad”, se perseguía la sensibilización laboral del mayor número posible de empresarios para incorporar a sus organizaciones a las personas con enfermedad mental, reconociendo su capacidad técnica y contribuyendo con ello a mejorar su calidad de vida. Acudieron diversos empresarios que con sus ejemplos de contratación de personas con enfermedad mental mostraron los buenos resultados de estas prácticas lo que supo-

ne un incentivo para otras empresas. Sin embargo, se echó de menos entre los asistentes a más empresarios, puesto que el público lo componían principalmente profesionales de distintos ámbitos de la rehabilitación laboral, usuarios y familiares. Las jornadas transcurrieron con diversas intervenciones: D^a. María del Carmen Pérez Anchuela, Directora General de Familia y Asuntos Sociales, inauguró las jornadas poniendo de ma-

nifiesto el esfuerzo económico que esta haciendo la CAM por mejorar la atención social a enfermos mentales crónicos mediante la creación de una red asistencial que garantice la participación de este colectivo en la sociedad. Aberlardo Rodríguez (coordinador del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica) presentó a los Centros de Rehabilitación Laboral como recursos específicos dirigidos a preparar a las personas con enfermedad mental grave y crónica para su inserción laboral y mantenimiento del empleo.

D. Jorge Pérez Pérez profesor de Derecho del Trabajo de la Universidad Autónoma de Barcelona analizó la Ley 13/1982 de 7 de Abril, LISMI. Aclaró cómo se esta aplicando la Ley, los pocos esfuerzos de las empresas por cumplir con el 2% de contratación de minusválidos, la tendencia de las mismas a acogerse a las medidas alternativas o pago de sanciones, etc... Lo más interesante de la ponencia fue conocer que, aunque hay cierta preocupación por la sanción económica, la mayo-

ría de las empresas que cumplen con el 2%, lo hacen por mejorar su imagen social y por creer en una nueva filosofía empresarial fundamentada en la responsabilidad social corporativa. Esta nueva preocupación debería aprovecharse para reivindicar más activamente la contratación de este colectivo.

En la mesa convocada de “empleadores” contaron con representantes del Centro Especial de Empleo GUREAK, Centro Especial de Empleo Interlabora empresa que da cobertura a diferentes servicios del Corte Inglés y la experiencia de la empresa Fnac en la contratación directa de una persona con enfermedad mental. Lo más relevante fue escuchar a los representantes del empresario decir que las personas con enfermedad mental son rentables y productivas e incluso ofrecen ventajas respecto a otras minusválidas en lo referente a una menor incidencia de bajas laborales.

En las jornadas también intervinieron los verdaderos protagonistas, “Usuarios y trabajadores” y refirieron su experiencia en primera per-

sona como trabajadores que padecen una enfermedad mental crónica. Dejaron claro que cada uno de ellos es una persona única, que preferirían no ser tratados como un “colectivo”. Un persona que lucha por retomar aquellos roles que en un momento determinado perdió como consecuencia de su enfermedad (amigos, pareja, trabajo, conocimientos, etc..). La idea que había detrás de su planteamiento estaba relacionada con el derecho a la recuperación de estas pérdidas y su derecho a participar en la sociedad como uno más.

Estas jornadas han sido un avance en la mejora de la sensibilidad empresarial y deben acompañarse de otras acciones como reivindicar mejoras en las políticas de fomento de empleo, difundir experiencias de inserción laboral de personas con enfermedad mental, opinar, debatir, discutir intereses y llegar a compromisos reales. Es importante que iniciativas como esta de la Fundación Manantial se consoliden y multipliquen.

Raúl González Rueda

TABLÓN

El pasado mes agosto se celebró en Canadá el Segundo Congreso Internacional de Terapia Familiar Psicoanalítica, en torno al tema de la transmisión y el tratamiento de Lo Transgeneracional, bajo el lema “la importancia de los Ancestros”

Dentro de estas jornadas de trabajo, se constituyó la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia, que agrupa a miembros individuales y de 35 asociaciones de 16 países, con profesionales con reconocida formación y experiencia en éste campo de trabajo clínico. Se eligió para su presidencia al Dr. Alberto Eiguer, a su vez presidente de la Asociación francesa e impulsor del proyecto.

Acudimos con nuestra pequeña Asociación (A.E.I.P.P.S.), que como muchos de vosotros conocéis, concierne un Programa de Tratamiento a Familias con el Ayuntamiento de Parla desde 1993 Paloma de Pablos y María Pérez, presentamos un trabajo junto a

Juan Gonzáles Rojas, auspiciado por los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Ahora y como ya propusimos en las Jornadas de Junio de la Asociación Madrileña de Salud Mental, estamos interesados en constituir un grupo de trabajo, con profesionales que desde distintos esquemas referenciales y contextos institucionales de los Servicios Públicos, estén trabajando en el ámbito de las intervenciones terapéuticas con grupos familiares.

Desde el marco que nos brinda nuestra histórica pertenencia a la AMSM nos animamos a invitar a abrir un espacio para la reflexión y la experiencia en este campo. Dejamos nuestra dirección de correo electrónico para que podáis hacernos llegar vuestro interés por estos asuntos y convocar un encuentro.

Paloma de Pablos y Juan González Rojas.
e-mail: jpmadridlink@msn.com

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

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

Solicita:

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

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

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

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

.....
Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

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

Población día mes año

Firma: