

SUMARIO

EDITORIAL. [pag. 1]
No es plan

QUÉ ESTÁ PASANDO... [pag. 3]
Con el Plan de Salud Mental

COLABORACIONES [pag. 8]
*Claroscuros en la reforma psiquiátrica. I. Levav
El sí mismo como emergente de la continuidad
de cuidados. Antonio Escudero Nafs.*

INFORME DE ACTIVIDADES [pag. 27]

PANÓPTICO [pag. 29]

HEMOS LEÍDO... [pag. 35]
*Volver a la normalidad después
de un trastorno psicótico*

HA PASADO, ESTÁ PASANDO... [pag. 36]
*En la Red/ En el Programa
de Continuidad de Cuidados*

HEMOS ESTADO [pag. 38]
*En la presentación del Proyecto Chamberlin
En la Asamblea de Madrid*

NUESTRA WEB [pag. 40]



AMSM

Boletín de la **A**sociación **M**adrileña de **S**alud **M**ental

año **2009**
PRIMAVERA

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

AMSM

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTA

Agustina Crespo Valencia

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERO

Ángel Luis Lucas Sanz

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alejandro Bello Gómez

VOCAL DE WEB Y COMUNICACIÓN

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca

VOCALES

Adolfo Benito Ruiz

José Morales Zamorano

Miguel Donas Hernández

ditorial

NO ES PLAN

Junta Directiva de la AMSM

«a medida que se van dando
pasos para su elaboración (...)
se pone de manifiesto el error
del proyecto»

Desde sus orígenes en la primavera del 2008, con un Director General de Hospitales recién llegado y muy preocupado por “no entender nada de cómo funciona la psiquiatría y los psiquiatras”, y una idea en la cabeza: hacer borrón y cuenta nueva; el proyecto de elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011 no es más que un gran error. A medida que se van dando pasos para su elaboración y se van conociendo datos del nuevo marco sanitario más se pone de manifiesto el error del proyecto, su precipitación, la poca viabilidad de su implantación de llegar a alumbrarse y el pesimismo, inquietud e irritabilidad de los profesionales que participan en su elaboración.

Los datos del proyecto están ahí. En el segundo semestre del 2008, en plena vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 se promueve la elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011, se presenta su proyecto de elaboración en Noviembre de 2008, iniciándose las reuniones de trabajo de los distintos grupos y comités a mediados de noviembre y tras cuatro reuniones, finalizar el 30 de Enero de 2009. El 17 de Febrero se reúne por primera vez el Comité asesor, que será el que decida sobre un Documento que ha elaborado el Comité Técnico sobre la base de los documentos elaborados por los grupos de trabajo. El impulso para la puesta en marcha de elaboración del nuevo plan no parte de necesidades técnicas ni específicas de la atención a la salud mental. De lo que se trata es de trasladar a la atención a la salud mental los principios de política sanitaria general: libre elección de médico y competencia entre servicios en una red de provisión de servicios mixta publica-privada y con potenciación de esta última. Para ello se enuncia como elemento rector previo que la “psiquiatría debe ser una especialidad más e incorporarse como tal a las estructuras y al ámbito de gestión de la atención especializada”. Dónde y de qué manera ubicar la psiquiatría dentro de la atención especializada es un plan que se puede hacer en poco tiempo. Qué hacer con las estructuras asistenciales que sustentan el modelo de atención comunitario a la salud mental puede ser un poco más complejo y seguramente se terminará dejando al criterio de los gerentes de los hospitales respectivos. Este es el auténtico nuevo Plan y de ahí que no se precise mucho tiempo, que se pueda hacer sin dotación presupuestaria y dejando fuera aspectos fundamentales como la rehabilitación psicosocial y la atención a las drogodependencias.

El Director General de Hospitales en su comparecencia en la Comisión de Estudios de nuevos modelos de Gestión de la Asamblea de Madrid del día 22 de enero, lo ha dejado claro: “más de cien expertos están desarrollando el nuevo modelo de salud mental que se aplicará en la región. Lo único que se les ha pedido desde la Consejería, es que podamos saber qué se hace: número de consultas que se pasan y tipo de asistencia, y que el enfermo pueda elegir el psiquiatra al que quiere acudir con el asesoramiento del médico de familia”. La opinión de los principales grupos de trabajo del Plan (Grupo Conceptual, Centros de Salud Mental y Hospitalización de Día, Hospitales, Niños y Adolescentes y Rehabilitación y Continuidad de Cuidados) respecto a su papel y a lo que quieren que sea el nuevo plan es otra. Todos ellos han dejado constancia, en las actas de sus reuniones, de su defensa del modelo comunitario de atención y del mantenimiento de la zonificación como elemento técnico necesario para llevarlo a cabo, hacer una evaluación intensiva del anterior Plan, que se conozca el marco sanitario en el que se va a insertar y que se amplíe el tiempo de elaboración y de vigencia del plan.

«la Red de Rehabilitación Psicosocial y su papel en la organización de la atención tiene que ocupar un papel central en cualquier Plan de Salud Mental que se tenga por tal»

Más allá de las formas y de la intencionalidad, el Proyecto de elaboración del Plan 2009-2011 es un proyecto fallido. Un Plan de Salud Mental que deja fuera una red de atención de más de 5000 plazas y mil profesionales, que da cobertura a una prestación sanitaria imprescindible para los trastornos mentales más graves y persistentes no puede ser un Plan de Salud Mental. En el 2009, la Red de Rehabilitación Psicosocial y su papel en la organización de la atención tiene que ocupar un papel central en cualquier Plan de Salud Mental que se tenga por tal. En la misma línea, nadie ignora hoy día el papel fundamental del consumo de drogas como factor etiopatogénico, pronóstico y de manejo terapéutico de primer orden de los trastornos psicóticos y otros trastornos mentales graves. No es posible hacer un Plan de Salud Mental sin que esté presente en lugar destacado la atención a las drogodependencias y la red de atención a las mismas.

«nadie ignora hoy día el papel fundamental del consumo de drogas como factor etiopatogénico, pronóstico y de manejo terapéutico de primer orden»

Por otro lado, mientras “se reúnen más de 100 profesionales para elaborar el nuevo plan”, a partir del 1 de Enero de 2009, la empresa Capiro se ha hecho cargo de la atención en Salud mental de la población asignada a los C.S.M. de Moncloa, Centro y Arganzuela. La mayor parte de la actividad asistencial del CSM de Moncloa se ha trasladado al Hospital Fundación Jiménez Díaz, donde un mismo paciente puede ser visto por la mañana en la consulta de forma gratuita y por la tarde en la consulta privada utilizando la misma historia clínica y donde se ha suspendido la actividad del programa de rehabilitación porque no está en el concierto y únicamente pueden facturar por consultas nuevas y sucesivas. Con los CSM de Centro y Arganzuela, aún no está decidido lo que se hará; pero serán los responsables de la empresa Capiro los que decidan qué atención en salud mental se presta. Al mismo tiempo se está planteando centralizar el acceso a las camas de Media y Larga Estancia, suprimiendo el papel que desempeñan las Comisiones de Rehabilitación de Área y la Comisión Central de Rehabilitación. Con ello se olvida, como se ha olvidado casi todo lo importante en este proyecto de plan, que las camas de las Unidades de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica y de Cuidados Psiquiátricos Prolongados únicamente tienen sentido en el contexto del proceso de recuperación y rehabilitación y dentro del Plan de Atención Integral Individualizado de cada paciente por lo que no se pueden sustraer a las estructuras organizativas de coordinación del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. ¿Es éste el nuevo modelo que se quiere implantar?

«había razones suficientes para retirarse de la elaboración del nuevo Plan y no participar en el Comité Asesor»

La Junta Directiva de la AMSM cree que había razones suficientes para retirarse de la elaboración del nuevo Plan y no participar en el Comité Asesor para el que estaba convocada, y eso es lo que planteó a los asociados y se acordó en la Asamblea Extraordinaria del día 20 de Enero, convocada para tal fin. Pero también creemos que es necesario un nuevo Plan de Salud Mental. Un Plan que continúe la línea de los anteriores, que integre la atención a la salud mental en atención especializada manteniendo sus señas de identidad: red integrada de dispositivos y organización supeditada a garantizar la continuidad de cuidados y que dé respuesta a los problemas de organización y de dotación y adecuación de los recursos al aumento de población y de demanda. Pero sin tiempo para elaborarlo, sin tiempo para implantarlo, sin un marco sanitario de referencia donde ubicarlo, sin un ámbito conocido de aplicación, con ausencias esenciales como la rehabilitación y las drogodependencias y sin el consenso mayoritario de los profesionales, de las asociaciones de usuarios y familiares y de las distintas fuerzas políticas creemos que el proyecto de elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011, más allá del objetivo que se persiga con él, constituye un gran error y debe ser retirado.

qué está pasando

CON EL PLAN DE SALUD MENTAL

El Proyecto de Plan de Salud Mental 2009-2011 carece de una metodología seria y apropiada de elaboración, lo que pudimos comprobar una vez más en la entrevista con Antonio Burgueño, Director General de Hospitales.

Este “proyecto” de Plan de Salud Mental se elabora en un contexto de transformación del modelo de organización de la sanidad madrileña sobre la base (ya se nos avisó desde un primer momento que indiscutible) de la creación de un Área Única Sanitaria, la libre elección de médico, la competencia entre centros sanitarios por la asignación de recursos, el principio de que el dinero sigue al paciente y la participación creciente en la gestión de la atención de proveedores privados sin experiencia en la gestión de redes complejas de atención como es la Red de Salud Mental. Pero además, el Proyecto de Plan de Salud Mental 2009-2011 carece de una metodología seria y apropiada de elaboración, lo que demuestra lo siguiente:

«no se ha realizado una evaluación rigurosa del Plan 2003- 2008»

- No se ha realizado una evaluación rigurosa del Plan 2003- 2008 que detecte las debilidades, fortalezas, áreas de mejora y aspectos no desarrollados. Esto impide hacer un análisis serio de las necesidades asistenciales de la Red.

- La imposibilidad técnica de elaborar un nuevo plan de salud mental en un plazo tan breve de tiempo que realmente pueda desarrollar los puntos incluidos para cada una de las Líneas Estratégicas de Actuación, como por ejemplo la elaboración de indicadores de calidad y de evaluación, sobre todo si lo que se pretende es hacerlo desde un nuevo modelo de organización de la sanidad madrileña. En tan breve plazo el documento que se elabore será una mera declaración de intenciones.

- Un Plan de Salud Mental no puede tener un horizonte de aplicación inferior a dos años como se pretende. En este plazo es imposible aplicar ningún cambio real en la organización asistencial. El Plan debe tener una vigencia no inferior a 5 años. .

- El nuevo Plan debe tener una memoria económica con partidas presupuestarias bien definidas y debe ser aprobado por la Asamblea de la Comunidad de Madrid con el mayor consenso social posible. Nada de esto se desprende de las intenciones de los responsables de la elaboración del Plan.

«el nuevo Plan debe tener una memoria económica con partidas presupuestarias bien definidas»

- Un plan de Salud Mental, para ser considerado como tal, debe incluir la atención a las drogodependencias y la atención a la recuperación y rehabilitación psicosocial de los trastornos mentales graves. El proyecto del Plan repite los errores del anterior Plan relegando estas áreas de atención a apartados de coordinación y cooperación. La participación de los responsables de la Red de Atención a Drogodependencias y del Programa de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales es testimonial. Así mismo la participación de los profesionales de Atención Primaria no tiene el peso que debería para el papel que tienen actualmente en la atención a los pacientes y que avala la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada en el Consejo Interterritorial.

- Supone una ruptura o en el mejor de los casos de un debilitamiento del modelo actual de organización de la Red de Salud Mental, basado en la atención a una población asignada según un territorio (Área Sanitaria). Este modelo de atención se ha demostrado el más eficiente a la hora de planificar las necesidades de recursos asistenciales, de asegurar una adecuada continuidad de cuidados y de coordinar la actuación del conjunto de dispositivos que integran la compleja Red de Salud Mental. Lo que se necesita son actuaciones que mejoren el funcionamiento del sistema y no un cambio radical del modelo.
- Supone un debilitamiento del papel de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental a la hora de poder tener capacidad real de planificar y ejecutar el Plan de Salud Mental, en beneficio de los planes funcionales que cada hospital elabore según sus prioridades.
- Entra en contradicción con el objetivo de una verdadera integración de la Salud Mental en Atención Especializada. La integración que se propone es parcial y limitada (básicamente los Centros de Salud Mental) dejando fuera los recursos de rehabilitación, que pese a lo que viene definido en la LOSCAM, siguen sin considerarse recursos sanitarios.
- Desdibuja el papel de las estructuras organizativas existentes, que con desigual grado de implantación, coordinan en cada Área el funcionamiento de la Red (Comisiones de Asistencia, Comisiones de Rehabilitación de Área, Comisiones de Docencia).
- No resuelve los graves problemas de equidad en las prestaciones y deja serias dudas acerca de la continuidad de los equipos multiprofesionales.
- Hipoteca el futuro desarrollo de programas de atención domiciliaria o programas asertivos comunitarios y la coordinación entre el nivel especializado y la Atención Primaria.
- Prima el acto asistencial como eje de asignación de recursos frente a las actividades preventivas o actividades de coordinación.

«no resuelve los graves problemas de equidad en las prestaciones y deja serias dudas acerca de la continuidad de los equipos multiprofesionales»

Nuestra propuesta, sin embargo, se orienta hacia las siguientes estrategias:

- a) La paralización de la elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011.
- b) Elaboración de un nuevo proyecto de Plan de Salud Mental, que incluya la rehabilitación psicosocial y la atención a las drogodependencias, que mantengan los principios y valores de la actual organización asistencial y las recomendaciones de la Estrategia de Salud Mental del sistema Nacional de Salud, que cuente con una memoria económica, que establezca la distribución de los recursos según un modelo territorial, que tenga una vigencia de 5 años, que tenga un cronograma que explicita los tiempos de aplicación, que sea evaluable, que sea de obligado cumplimiento por las gerencias hospitalarias, que tenga un amplio consenso profesional y un control parlamentario del mismo.

«la intención del director y la subdirectora de Hospitales fue básicamente la de exponer que no había fundamento para las preocupaciones»

Por todo ello, se solicitó desde la AMSM y junto a la AMRP, una entrevista con la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras (Dña. Belén Prado Sanjurjo), quien nos remite al Director General de Hospitales (Dr. Antonio Burgueño Carbonell), que nos cita para el 2 de febrero en la Dirección General de Hospitales, reunión a la que acude también la Subdirectora General de Organización y Procesos en Hospitales. Por parte de la A.M.R.P. acuden a la reunión su Presidenta (Clara López) y Vicepresidente (José Manuel Cañamares). Por parte de la A.M.S.M. acuden su Presidente (Pedro Cuadrado), Vicepresidente (Iván de la Mata) y Secretaria (María Alonso).

Durante las dos horas que duró la entrevista, ambas asociaciones tuvieron ocasión de expresar sus puntos de vista, de debatir abiertamente sus planteamientos con el Director y de escuchar algunas aclaraciones. En este contexto, la intención del director y la subdirectora de Hospitales fue básicamente la de exponer que no había fundamento para las preocupaciones de la AMSM y la AMRP. Del desarrollo de la entrevista señalamos lo siguiente:

Respecto a los plazos de elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011, se refirió una por una a las críticas que la AMSM ha ido exponiendo en comunicados previos, tratando de exponer las razones y bondades de la metodología planteada. *“No hay prisa en elaborar un Plan”*. Los datos son: poco más de 3 meses para elaborarlo (la primera reunión de los grupos de trabajo fue en noviembre y justo después de nuestro encuentro indicó al Coordinador del Plan, Dr. Petersen para que se convocase al Comité Asesor (último revisor del documento) para el 17 de febrero a las 9.30. *“La Consejería de Sanidad no permite Planes fuera del periodo de legislatura (2011) aunque desde mi punto de vista lo adecuado sería una plan de 5 años”*. Habrán cambiado de criterio, pues el anterior Plan excedía periodo legislativo. Además, si se elaborase con el consenso de la Asamblea de Madrid, como propone la AMSM, compromete a quien venga. *“Lo que diga el Plan se hará, “se está elaborando el Plan contando con los profesionales a partir de grupos de trabajo”*. Luego aclaró que las actas de los grupos de trabajo no eran vinculantes pero sí lo que decidiera el Comité Técnico que va a proponer un documento para que decida el Comité Asesor... Nuestra impresión después de la reunión sigue siendo que los grupos de trabajo sir-

«nuestra impresión:
los grupos de trabajo
sirven más bien para poder
decir que se ha contado con
“ciento y pico profesionales»

ven más bien para poder decir que se ha contado con “cientos y pico profesionales”. Un mensaje repetido en las actas de los grupos de trabajo es que con estas prisas y este método no puede elaborarse un Plan, y sin embargo, el 17 de febrero el comité Asesor ya podrá estudiarlo. *“Se parte de una evaluación del Plan anterior”*.

Los grupos no han recibido información que permita valorar el grado de consecución de objetivos del Plan previo. Explica que uno de los grupos de trabajo “Infraestructuras” es precisamente el encargado de definir de qué se componen la red actualmente (¿esto no debería aportarlo la Consejería?). Expresa que *desconoce los motivos por los que no se ha contado en la elaboración del Plan con los profesionales de la red de rehabilitación* de Familia y Asuntos Sociales, tal y como se hizo en planes previos. Esa ausencia hace que el Plan de Salud Mental deje fuera a una Red asistencial de más de 5000 plazas y mil profesionales, no es un asunto banal, es un tema fundamental.

En lo que hubo acuerdo con el director de hospitales fue en algo demandado por la AMSM hace mucho tiempo, la necesidad de que exista un Plan claro que regule, defina cada dispositivo, los programas que debe desarrollar, las funciones de los profesionales, el modo de coordinación de la red, y el modo que se evalúan los resultados. El director de hospitales se toma en serio el objetivo de mejorar la calidad del servicio, de potenciar la evaluación de procesos y resultados, de incentivar a los profesionales que den mejor calidad. La cuestión es si se puede diseñar todo este procedimiento en tres meses, con unos cambios organizativos ya decididos en la Sanidad en general.

«Burgueño dejó claro que la libre elección está decidida pero tendrá bastantes limitaciones»

Respecto a la coordinación con Rehabilitación y el papel de las Comisiones de Rehabilitación, Burgueño expresó que si se le exponía el razonamiento para que las Comisiones de Rehabilitación de Área y la Central o de Secretarios sigan existiendo, no desaparecerán. Pero esto lo dijo después de definir estas comisiones como un espacio donde “cuatro personas deci-

den cuándo se ingresa a un paciente” y como “burocracia administrativa que entorpecía la agilidad de las listas de espera”. Mostró su preocupación por las amplias listas de espera y por conseguir que “no se frene ninguna estancia”. Desde la A.M.S.M. y la A.M.R.P. le expresamos nuestra valoración de esta comisión como garante de transparencia y de que se siguen una serie de criterios a la hora de priorizar las camas disponibles (por ejemplo, intentos rehabilitadores en la comunidad previo a medias y largas estancias, aseguramiento de que tendrán igualdad de acceso los pacientes que lo necesitan aunque no estén en las U.H.B., consenso entre los diferentes profesionales que atienden al paciente acerca de esta opción de tratamiento).

Por lo que se refiere a la libre elección de médico y continuidad de cuidados, Burgueño dejó claro que la libre elección está decidida pero tendrá bastantes limitaciones y se elegirán redes o circuitos asistenciales, prefiere no hablar de Áreas. Nos remite a una limitación ya señalada en el decreto (si se elige un médico de cabecera en un distrito diferente al de residencia, ese médico no hace visitas domiciliarias), pero no hemos encontrado en dicho decreto referencias a la elección de redes asistenciales. Por otra parte, con las limitaciones que parece que se plantearán, nuestra conclusión fue que la libre elección tal y como la planteó en la reunión, será igual a como ya se lleva haciendo hace años (eliges especialista dentro de tu centro) salvo quizá por la posibilidad de poder elegir la red asistencial de otra zona. A pesar de este mensaje, elaborado a raíz del debate establecido, al inicio de la reunión definió en parte su postura al preguntarnos “¿qué tiene que ver la sectorización con el paciente?”. Así que concluimos que o bien la libre elección no significa ningún cambio realmente y que es un mensaje programático, o bien que no nos enteramos aún de qué va a significar (o no saben ni en la Consejería).

Preguntado por el lugar de los CSM y los hospitales, algunas de sus afirmaciones en este sentido fueron: “Los CSM serán lo que diga el Plan. La Gerencia única también va para delante. Los CSM tienen que estar en Centros sanitarios de especializada y el Hospital “es un lugar de encuentro” no un lugar con camas. La Subdirectora General apuntó “si no dependen del hospital, ¿de quién van a depender?”. Según el Director General obligarán a las empresas concertadas a cumplir lo que diga el Plan. Aunque en Valdemoro no ha sido así y tampoco está recogido en el pliego de condiciones de los Hospitales de Móstoles, Villalba y Torrejón.” Si de mí depende y depende de mí, cuando llegue el momento eso se cambiará”. Como director de hospitales muestra de nuevo su preocupación por la lista de espera en media y larga estancia, por el número idóneo de camas en una U.H.B.,

etc. Le explicamos la diferencia entre ingresos de agudos y de media y larga estancia y que la cifra que viene buscando insistentemente de cuántas camas se necesitan en un hospital o de rehabilitación depende también de los recursos ambulatorios con lo que se cuenten y con las alternativas residenciales.

«el problema real ahora es que
en un mismo centro hay profesionales
con condiciones laborales
muy diferentes»

En cuanto a la gestión del personal, nos propone que estemos tranquilos que nos van a poner un sistema de información que permita saber quién trabaja y quién no trabaja y que eso se refleje en la nómina. El que atienda mejor o tenga más pacientes cobrará más. Expusimos nuestras dudas de que este sistema se pueda llevar a cabo. Le señalamos que el problema real ahora es que en un mismo centro hay profesionales con condiciones laborales muy diferentes y que eso crea malestar y que antes que introducir cambios en los incentivos deberían arreglar esto.

Conciertos: aunque el tema de la concertación de servicios y la gestión privada no fue un tema que abordáramos directamente sí que se trató al hablar de lo que va a suceder con el C.S.M. de Moncloa y con lo que viene pasando en Valdemoro. Evidentemente para el Director la concertación o la gestión privada no son un problema y tienen ventajas. Respecto a Moncloa dijo que el personal que se quede contará con sus derechos y que lo que pasa es que el edificio donde estaba el CSM está en obras. No dijo tajantemente que continuará el C.S.M., sino que la empresa Capio tendrá que dar las prestaciones que figuren en la cartera de servicios. Mientras la den puede hacerla como quiera. Dejó claro que cualquier prestación que el Plan de Salud Mental decida que hay que dar y no exista actualmente se podrá concertar. Esto puede incluir desde camas de rehabilitación hasta servicios psicoterapéuticos por ejemplo.

Ya en la puerta, le preguntamos por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Se encogió de hombros: "aún no está decidido; pero si hay una Oficina estará aquí, en este edificio, como ya están otras Oficinas, incluso se está mirando a ver donde se ubica".

Al final de la reunión entregamos el documento que explica los motivos de la AMSM para retirarnos del Consejo Asesor del Plan. La Subdirectora General, que estuvo con Burgueño en la reunión, nos pidió que reconsiderásemos nuestra postura.

CLAROSCUROS EN LA REFORMA PSIQUIATRICA

Itzhak Levav

Asesor OMS. Asesor Ministerio de Salud de Israel

La siguiente conferencia formó parte de la jornada titulada "Modelos y Estrategias en Salud Mental", Organizada conjuntamente por la AEN, FEARP y la Plataforma por la Defensa de la Salud Mental Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 30 de setiembre de 2008

La mayoría de las personas, si se les diera la opción, preferirían vivir en una sociedad justa y humana. Hacerlo refuerza su propia humanidad y crea confianza en el entorno. Es verdad que la Reforma Psiquiátrica (R.P.) reconoce la necesidad de desarrollar una acción técnica-científica de probada efectividad. Pero también es cierto que esa dimensión sola sería insuficiente para promoverla como modelo más apropiado de atención; para sostenerla, no obstante los obstáculos; y para imprimirle el entusiasmo que una difícil tarea demanda a diario.

Es por eso que cabe reconocer otro componente, no menos esencial. Éste se refiere al afán de eliminar la distinción entre "ser como uno" y "ser el otro" en cuanto a la condición humana. Quien sufre no se convierte en "otro" por su sufrimiento. Es así que la R.P. postula el reconocimiento de los inalienables derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y con los principios de la democracia —sistema que reconoce la total igualdad entre las personas. Probablemente son estos aspectos del discurso y praxis de la RP la que ofusca más a aquellos en los cuales esos principios tambalean, sea el tambaleo de manera abierta sea de manera disimulada.

Juzguen Uds. En América Latina, con el colapso de los regímenes militares y la recuperación de la democracia, surgen en algunos países o renacen en otros, los movimientos de reforma. Naturalmente, el cambio operado en América Latina no es aún completo ni aceptado universalmente. Las demoras se explican, en parte, por la insuficiencia científica-técnica pero, seguramente y en igual medida, por oposiciones ideológicas. No por nuevas evidencias científicas contrarias a las que dan bases racionales a la RP sino por oposiciones ideológicas. Estas se nutren en obstinadas convicciones de que el "otro" cesó de ser "como uno" en virtud de un trastorno psiquiátrico. De ahí, y a su exclusión social, sólo media apenas un paso. ¡Que absurdo!

Para distintos sectores, sin exceptuar los profesionales, las ideas y actitudes autoritarias no desaparecieron con el final formal de los regímenes autoritarios; ambas permanecen en la mente y la conducta y se infiltran en las gestiones de los partidos políticos y sus plataformas. Los que sostienen la R.P. deben estar permanentemente alerta frente a esta oposición. No cabe otra alternativa que concebir e impulsar las estrategias apropiadas para hacerlas frente.

Es la promoción de los derechos humanos el primer claro de los claroscuros de la R.P. Particularmente en cuanto la R.P. es sinónimo de atención en la comunidad.

«es la promoción de los derechos humanos
el primer claro de los claroscuros de la R.P.
Particularmente en cuanto la R.P. es sinónimo
de atención en la comunidad»

Probablemente Uds. conocen la Declaración de Caracas adoptada en 1990 en la capital de Venezuela. En este manifiesto, 11 países latinoamericanos proclamaron su decisión de reestructurar sus servicios de salud mental tal como lo postula la R.P. Con el tiempo todos los países se plegaron de manera oficial por medio de dos resoluciones adoptadas en el seno del Consejo Directivo de OPS. Quiero citar aquí a Javier Vasquez, abogado de la OPS. Él dice que “si bien la Declaración de Caracas no se refirió explícitamente a “vivir en la comunidad” como un derecho *per se*, la salvaguarda de ese derecho la garantizan las orientaciones que proclama destinados a permitir que las personas con discapacidad mental vivan y sean atendidas en la comunidad. En efecto, la organización de servicios comunitarios hace posible que las personas afectadas por trastornos psiquiátricos puedan disfrutar de la libertad personal y, por consiguiente, puedan llegar a ejercer los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales que les corresponde. Igualmente, la Declaración explícitamente propuso desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de estas personas, de acuerdo con las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales en la materia.

Sigue diciendo Javier Vásquez, que “los instrumentos de derechos humanos (tratados y recomendaciones regionales e internacionales), consagran los estándares mínimos que salvaguardan los derechos de las personas con discapacidades mentales, en cuanto constituyen un grupo que requiere protección debido a su condición de vulnerabilidad. El derecho internacional ha instituido, en relación con los derechos humanos, la protección de todas las personas sin distinción de su pertenencia étnica, color, edad, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por los instrumentos generales adoptados internacionalmente para la defensa de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros. Corresponde mencionar una vez más que, tal como lo recomendara la Declaración de Caracas, el derecho a vivir en la comunidad sólo puede ejercerse cuando los países establecen servicios comunitarios de salud mental donde las personas con discapacidad mental pueden gozar de todos los derechos civiles.

Prosigamos con otro *claro* muy próximo al anterior. La R.P. sostiene el valor de la

democracia. Habiendo sido definida la acción terapéutica y las intervenciones a nivel comunitario como acciones conjuntas y complementarias entre dos partes con igualdad de derechos y con obligaciones recíprocas; nada más natural que ambas partes la compartan en un diálogo continuo que nace en la determinación de las prioridades de la investigación, continúa con la programación de las acciones y concluye con la evaluación de las mismas. Este diálogo –no idéntico, pero si complementario- se hace más patente en la atención comunitaria de la salud mental y menos, o ninguno, en la hospitalocéntrica o manicomial. En el hospital psiquiátrico, que la Reforma Psiquiátrica busca superar, la atención tiene características restrictivas. El profesional no sólo posee autoridad sino que sólo él detenta el poder, y en más de una ocasión lo instrumenta autoritariamente. Es decir, hay una relación asimétrica no democrática, no igualitaria, entre los proveedores de atención y los que la necesitan, incluidas las familias.

«el profesional no sólo posee
autoridad sino que sólo
él detenta el poder,
y en más de una ocasión
lo instrumenta autoritariamente»

El valor de las relaciones democráticas en el interior del sistema de salud mental constituye una de las recomendaciones de las diez que la OMS hiciera en el año 2001, año conocido como “año de la salud mental”. La OMS, a fin de impulsar el progreso en la atención psi-

quiátrica, recomienda involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios. Según la OMS, todas estas partes deben participar en la formulación y la adopción de las políticas, los programas y los servicios. El resultado esperado es desarrollar servicios más acordes con las necesidades tratadas y no tratadas de la población, y facilitar su mejor utilización. Dicho con otras palabras, las intervenciones, comunitarias y clínicas, están de esa manera en mejores condiciones de responder a las necesidades que determinan la edad, el género, la cultura, las condiciones sociales, y la situación económica de la población por la cual los profesionales asumen responsabilidad.

Nuevamente, sin involucrar a todas las partes, la Reforma Psiquiátrica carece de bases democráticas. Ese involucramiento se extiende, amén de los aspectos antes aludidos, al proceso de capacitación. De esta manera se asegura que la capacitación cumple con su *raison d'être*, el sentido para la cual la capacitación existe. La Universidad debe reconocer este principio.

El respeto a los derechos humanos, vivir en comunidad, y la participación comunitaria, son condiciones de la RP. Sin ellos es difícil hablar de RP, a menos que se la entienda tan solo como el mero traslado de la atención del manicomio a la comunidad. Lo que, me atrevería a decir, se trataría un simple traslado del manicomio de adentro afuera.

Algo más. La atención comunitaria tiene más posibilidades de permitir el acceso a los servicios. Para la abogada Sara Rosenbaum, en el simposio sobre cobertura para todos los norteamericanos (publicado en el *New England Journal of Medicine* del pasado mes de agosto), el acceso a la atención es el tema ético más esencial. Este componente ético, sólo es posible si los servicios se encuentran donde las poblaciones moran.

Habiendo visto tres *claros* es tiempo de mirarnos al espejo y reconocer los oscuros. Probablemente hay dos *oscuros* que me abruman por su omisión. El primero es la casi ausencia de toda consideración de la R.P. en la atención de la salud mental a niños; por ejemplo en Brasil, donde la R.P. esta en marcha ascendente y donde la pirámide de la población es muy ancha en su base. Quizás la preocupación, admisible, claro está, por las personas adultas tratadas o depositadas en los manicomios, es la que, a mi juicio, ha creado este severo escotoma. Ignorar la psicopatología de los niños es ignorar que las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos llegan al 13% en un periodo de 3 meses, según un estudio muy bien hecho por Costello y colaboradores en los EE UU. Nada más errado que suponer que toda esa carga remite espontáneamente o que carece de impacto funcional. Este impacto puede afectar el desarrollo intelectual y, por consiguiente, el potencial social del niño. Pero no sólo son los trastornos psiquiátricos per se a los que importa dar solución sino a las situaciones traumáticas que viven los niños en comunidad y que tienen impacto a corto e incluso a largo plazo. Asumo que nada nuevo les digo, pero el abuso físico o sexual al niño, amén de truncar un desarrollo armónico pone en movimiento un mecanismo psicobiológico que le imprime al niño vulnerabilidad, de tal manera que incluso en la adultez son detectables trastornos psicopatológicos severos como ansiedad, trastornos del sueño y conducta antisocial.

Veán Uds. algunos parámetros que se pueden usar para juzgar esa omisión. En un estudio realizado en Europa, apenas unos años atrás, encontramos que la oferta de recursos humanos en psiquiatría infantil era preocupante. (Para la población de hasta 15 años, la tasa de psiquiatras de niños era de 14.0 en Italia y de 14.7 en España por 100.000, obviamente insuficiente). Este estudio informa también que en 15 países de alta renta, solo en 3 la cobertura de los servicios para niños era comparable con los de los adultos mientras. En cuanto los servicios para el déficit intelectual, solo en 4 países eran suficientes; en 10 eran, insuficientes y en 1, simplemente, no los había. En cuanto a los trastornos de la conducta, solo en 1 de los países los servicios eran suficientes. Datos inadmisibles que ponen en evidencia una discriminación en la atención infantil que la R.P. no puede tolerar.

Y, hete aquí, que ninguna otra forma de asistencia está mejor posicionada que la R.P., para hacer frente en la comunidad a los problemas de la salud mental de los niños, en virtud de su proximidad a los servicios pediátricos, jardines de infantes y escuelas, y a las familias.

Veamos otros oscuros en este mosaico de claroscuros de la R.P. La R.P. hubo de reestructurar la atención curativa, frecuentemente iatrogénica, manicomial, en una amplia oferta de prestaciones que dieran respuesta a la variedad de estados psicopatológicos, a cambiantes a lo largo de la vida. Pero el predominio de la atención curativa ha desplazado la atención preventiva, a pesar de ser un elemento fundamental de la atención comunitaria.

«el predominio de la atención curativa ha desplazado a la atención preventiva, a pesar de ser un elemento fundamental de la atención comunitaria»

La OMS ha publicado un libro con evidencias de acciones probadas científicamente. Sólo identificaré una, a guisa de ejemplo. Olds mostró en EE.UU., hace años, que gracias las visitas de enfermeras durante el embarazo y post-parto (particularmente a las mujeres en condiciones de riesgo por razones psicosociales, tal como depravación económica, hábitos de salud

malsanos, deficiente prácticas de manejo familiares); el niño era menos golpeado, la lactancia materna se producía por mayor tiempo, y que disminuían los riesgos psicopatológicos, como la conducta antisocial. En síntesis, una verdadera vacuna ¡psicológica! Pasma observar que una acción de tal tipo, con enfermeras o con madres graduadas en un programa de capacitación, no es parte de las acciones de rutina de los servicios comunitarios orientados por la RP.

«la ausencia de matrimonio entre la universidad y los servicios de la R.P., empobrece a ambos»

Sigamos mirándonos en el espejo. El divorcio o mejor, la ausencia de matrimonio entre la universidad y los servicios de la R.P., empobrece a ambos. Divorcio que para la universidad, que vive en esta realidad de torre de marfil, se traduce en una capacitación ajena o, como mínimo, distante de las necesidades de las poblaciones y en una investigación que no está encaminada a solucionar los problemas que los afecta. Nada más patente que la formación de médicos en cuanto a las materias pertinentes a la salud mental. En América Latina, por ejemplo, el médico general fracasa en la atención en salud mental. Un estudio que se realizó en seis países de Centro y Sudamérica, destinado a capacitar al médico general en la atención a la depresión, se mostró que la modificación de actitudes y conocimientos no desembocaban en una práctica diferente a la de la pre-capacitación. A nuestro juicio, el mal aprendizaje en la facultad de medicina parece ser prácticamente irreversible. Y esta es una experiencia que registra abundante literatura. El problema añadido es que los servicios, siempre escasos en recursos, deben invertir enormes esfuerzos en mejorar en algo la situación en desmedro de otras actividades necesarias que nunca cuentan, como resultado, con los recursos necesarios. Y sin el involucramiento competente del médico general, la atención comunitaria –según la promueve la R.P.- es parcial o totalmente imposible de llevarse a cabo. El dedo apostrofador no puede replegarse, la universidad es o debe ser un organismo permeable a las necesidades de los servicios.

El empobrecimiento de los servicios por esa situación es evidente. La investigación que debe nutrir las decisiones es más escasa de la que los servicios requieren. Un estudio recientemente realizado por el Global Forum for Health Research y la O.M.S. en los países en desarrollo mostró claramente que la investigación y la atención marchan por derroteros independientes y se unen solo en algunas oportunidades. Benedetto Saraceno y su equipo lanzaron la iniciativa *Investigación para el Cambio*, persuadidos que con investigación el desarrollo de los servicios se acelerará. Estos requieren del apoyo de la Universidad, como dijera, y la Universidad requiere de los servicios para cumplir su función social. El matrimonio entrambas debe producirse sin más demora.

Veamos un obvio *claro*. Las necesidades psicopatológicas cambian a lo largo del tiempo. Hay remisiones. Hay recaídas. Hay modificaciones en virtud de la comorbilidad que puede desarrollarse. En un estudio que realizamos en Israel en el marco del *World Mental Health Survey* encontramos que el 30% de los episodios depresivos estaban acompañados de otro desorden psiquiátrico, entre ellos, 29%, con alguna categoría diagnóstica de ansiedad. Pareciera que no encontrar comorbilidad es reflejo de un examen clínico superficial y que no se mantiene a lo largo del tiempo. Sin olvidar que la comorbilidad no sólo es con otros trastornos psiquiátricos sino también con los físicos. Problemas cardiovasculares, úlcera, reumatismo, lumbalgias, dolores crónicos, cefaleas, fueron encontrados asociados con trastornos depresivos, los resultados de las asociaciones fueron estadísticamente significativos.

Entonces, ¿cómo es posible argüir que una opción de atención monovalente puede dar respuesta adecuada a estas necesidades? Lo que me impresionó de una visita difícil de olvidar al Servicio de Leganés fue observar cómo estaba organizada la atención de manera de poder dar la respuesta adecuada en el momento necesario. Están errados los que se oponen a la RP y a la atención en comunidad; la atención hospitalocéntrica y biologicista en sus diferentes variantes no responde a las necesidades cambiantes y múltiples de los miembros de la comunidad que requieren atención curativa.

La mera desinstitucionalización no es equivalente a R.P. Sin ella, la R.P. no es completa. Pero frente a estudios que solo cuentan camas como su éxito o fracaso yo me permito apoyar a Matt Muijen, Asesor en Salud Mental de la OMS/EURO que arguye que son las condiciones reinantes de las instituciones, su ubicación y la extensión del internamiento lo que cuenta. Es difícil que alguien se atreviera hoy a criticar las camas en medicina interna en un hospital general. Tampoco entonces cabe asumir que las internaciones psiquiátricas en un hospital general implican un fracaso de la desinstitucionalización. Obviamente, cabe a la R.P. ofrecer una solución a las internaciones en las cárceles, internaciones que parecen aumentar debido a la comorbilidad con drogas. Estas críticas desde adentro son útiles, muestran las dudas que acompañan a la R.P., tal como deben existir en todo movimiento que se caracteri-

«la mera desinstitucionalización
no es equivalente a R.P.»

za por ser científico. Los directivos están atentos a los costos de las acciones de salud mental. Advertan: esos costos son inversiones. Inversiones en la salud mental de la gente, como se dice en Chile. Menos atentos están a los costos (costos, sí) de todos los que necesitan atención y no la tienen. En el estudio W.M.H.S. que España participa, es decir, que epidemiólogos españoles participan en el ESEMeD, se encontró que 1 entre 4 personas tenían necesidades de atención no satisfechas. Es verdad, que no toda persona que sufre un trastorno psiquiátrico necesita atención, pero el problema es que aun las personas con un trastorno severo no consultan. La ausencia de consulta obedece a factores objetivos, por ejemplo, la accesibilidad de los servicios –accesibilidad en sentido amplio no solo geográfico sino de horarios y de compatibilidad cultural. Los factores subjetivos, igualmente juegan un papel, al igual que el estigma. La RP al promover la asistencia en la comunidad está en condiciones estratégicas mejores para disminuir el sufrimiento y la discapacidad que lo acompaña. Ciertamente, la atención tradicional no puede enfrentar ni los factores objetivos, su accesibilidad es limitada, ni los subjetivos. El estigma que rodea a las

instituciones manicomiales ha sido sobradamente documentado.

En síntesis: Los claroscuros de la RP muestran que la tarea no esta acabada. Los claros requieren refuerzos y sostenibilidad. Los oscuros demandan inmediata solución.

Permítanme concluir con un mensaje personal. En este acto se celebra la trayectoria de Manuel Desviat y sus colegas. Pero, Manuel Desviat no solo desarrolló la R.P. en Leganés. La llevo a Brasil, donde la reforzó, y a México, donde la RP diera sus pasos iniciales titubeantes, en misiones sucesivas de OPS, en el marco del movimiento de reestructuración de la atención psiquiátrica de América Latina. Su tarea fue descollante, los testimonios son de los profesionales locales y la evidencia, de los resultados concretos.

Querido Manuel, con pena, asombro e ira me enteré que fuiste removido de Leganés. Las razones son sinrazones, a mi juicio. La solidaridad y el apoyo de los usuarios, familias, comunidad, discípulos, pares y amigos son el mejor reconocimiento de los éxitos de tu tarea. Pero, aunque todo esto nutre, en todo momento y en época de crisis, más sin duda, que no sólo eso te sirva de nutriente. Que sean las acciones venideras las que te nutran porque la tarea no esta terminada y la misión no ha concluido. Todos, sin excepción, todos, esperamos que continúes tu tarea y que prosigas con tu misión.

A todos Uds. les agradezco el honor que me han hecho al invitarme a compartir la plataforma con líderes de la R.P. en este país.

«los claroscuros de la RP
muestran que la tarea
no está acabada.
Los claros requieren
refuerzos y sostenibilidad.
Los oscuros demandan
inmediata solución.»

EL «SÍ-MISMO» (SELF) COMO EMERGENTE DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS CON PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

**Antonio Escudero Nafs.
Psiquiatra. C.S.M. Majadahonda**

En el siguiente artículo se intenta abordar cómo los programas de continuidad de cuidados pueden convertirse en una matriz de vínculos entre sujetos, donde será tan importante la relación paciente - profesional como la que establezcan los profesionales entre sí.

Un emergente de dicha conjunción es una reconstitución (pues no ha de ser la misma) del sí-mismo de los pacientes. Un instrumento necesario para los profesionales, es disponer al menos de un modelo válido sobre el sujeto humano que entienda a éste «como *más* que la suma» de sus funciones. Existen buenos modelos, algunos son modificaciones de otros anteriores sin que los previos hayan perdido su capacidad explicativa. Aquí se hacen referencia a algunos de ellos. Opera por tanto sobre su exposición una elección personal.

1 EL CONSEJO.

- 1) Revista *Anthropos*, Carlos Castilla del Pino, La construcción de una psiquiatría científica, *El Método de Análisis Hermenéutico del Lenguaje*, N° 121, Barcelona, Editorial *Anthropos*, 1991.
- 2) Dicha ponencia está editada como: Eva M^a Muñiz Giner, "Enrolamiento clínico, desenrolamiento social", *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Otoño 2007, pp. 10-16. Y es accesible en la dirección WEB: <http://www.sie.es/amsm/pdf/otono2007.pdf> [consulta: 30 de junio de 2008].

Tras asistir como alumno interno en los dos últimos cursos que impartió Carlos Castilla del Pino en la Facultad de Medicina de Córdoba (1985-1987), impulsado por el ansia de conocer más espacios, decidí continuar mi formación en Madrid. Valls Blanco, íntimo colaborador de Castilla, me dio entonces un consejo cuyo sentido más profundo sólo supe desentrañar tiempo después; una rememoración muy aproximada sería: "*allá donde vayas a formarte asegúrate que tengan una teoría de sujeto*". Lo intrigante para mí de aquello, era esa apuesta por el sujeto (y su teorización) antes que por un entorno clínico concreto. Cuando comencé en Madrid el año 1989 mi formación MIR, ya estaba imbuido por la «teoría del *self*» que se impartía en Córdoba¹.

«allá donde vayas a formarte asegúrate
que tengan una teoría de sujeto»

Casi veinte años más tarde de aquel consejo, en las recientes Jornadas conjuntas de la Asociación Madrileña de Salud Mental -XVI- y de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial

-VI, celebradas los días 25 y 26 de octubre de 2007, Eva Muñiz, desarrolló su ponencia: «*Enrolamiento clínico, desenrolamiento social*»², durante la que conecté con aquella anécdota biográfica.

Eva Muñiz expone en su trabajo ideas claves sobre la necesidad de desarrollar la rehabilitación de la identidad en el paciente, así como del riesgo paradójico del propio proceso terapéutico de comprometer esta oportunidad: «*Hay un espacio entre el enrolamiento clínico y el desenrolamiento social en el que la persona, una vez ha salido del episodio de crisis, lucha por seguir siendo quien era a pesar de la opinión de las instituciones*».

2 LOS RIESGOS DE LA (SOBRE) IDENTIFICACIÓN.

En rehabilitación y reinserción, hablamos de recuperación de habilidades sociales, de adquisición de capacitaciones laborales y destrezas sociales, de refuerzos de la motivación..., pero es menos frecuente hacerlo sobre la rehabilitación o reconstitución del *sí-mismo* del paciente. Son muchas las dificultades, y no es la menor de ellas definir *a priori* qué entendemos por *sí-mismo*. En estas líneas, entenderemos *identidad* como homólogo al sí-mismo, pero en el sentido de *identidad apropiada (propia)* o adjudicada *por uno/a a sí-mismo/a*. La resistencia a utilizar aquí el término de «identidad», deriva por un lado de su mayor ambigüedad frente al concepto de «sí-mismo» o *self*, y por otro, de la imposibilidad de establecer un límite con el exceso de la *(sobre)identificación*.

El sí-mismo, o *self*, sólo puede ser reflexivo, y por ello sentido como propio. Su construcción gramatical da cuenta de dicha propiedad recursiva. La «identidad» y el «rol» pueden ser adjudicados por otros. Es más, la identidad no sugiere necesariamente lo propio, pues también significa la búsqueda de la similitud, pero al precio de eliminar lo diferente; y en la exclusión de lo diferente puede ir también lo más particular de cada cual. Los procesos de identificación están al servicio de la objetivación y cosificación de lo sometido a examen, constituyendo así una síntesis, por fuerza reduccionista, que prescinde de lo irreductible a ella. Normalmente la identificación está institucionalizada en el sentido de que se considera más potestad de unos que de otros. Según señala Espinosa, para Adorno, uno de los filósofos que más exploraron el campo de las identidades: «*la actitud humana característica de este*

tiempo es la 'voluntad de identificación'. Esto lo entiende Adorno principalmente como un 'dominar'. Lo que se busca dominar es 'lo otro'; lo otro, por definición, es lo (aún) no identificado, lo desconocido y extraño. Y eso extraño es 'peligroso', 'amenazante'»³. Podríamos decir por tanto, que la sobreidentificación resta identidad al sujeto.

Para Muñiz, el reclamo por el enrolamiento clínico de un lenguaje común, conlleva tradicionalmente a reinterpretar todas las conductas en términos de salud y enfermedad; y esto tiene un efecto sobre el sujeto, pues: «*la traducción sistemática a términos de enfermedad va modificando progresivamente la identidad del individuo*».

En *psico(pato)logía*⁴, como lenguaje técnico, se realiza un proceso de codificación de las conductas -verbales y no- y de los procesos mentales que se infieren de ellas. Para ser operativa, se exige a toda codificación una reducción que queda representada en cada código o etiqueta. Es habitual en la premura que acompaña al quehacer diario que asignemos de una forma *inmediata* códigos (síntomas), pero esta economía de tiempo se hace muchas veces a costa de prescindir de la experiencia del sujeto. Paradójicamente, muchos de los términos que extraemos del *corpus* que llamamos psicopatología, surgieron de una *fenomenología* que buscaba la propia experiencia del sujeto enfermo. Así, recurriendo a un solipsismo económico, codificamos (o *traducimos* en el sentido que señala Muñiz) adjudicando síntomas, que ensamblamos (*traduciendo*) en diagnósticos de trastornos, de capacidades, o de déficit, que, sintetizados, remitimos a otros profesionales en protocolos de derivación; y así sucesivamente, sin olvidar que todo ello requerirá el proceso inverso de traducción por el re-

3) N.A. Espinosa, "Ute Guzzoni, Sieben Stücke zu Adorno (Siete escritos sobre A.). Verlag Karl Alber, Freiburg/München, 2003", Edición para Internet N° 22 2004 de Filosofía. Reseñas de Libros. Instituto de Filosofía Práctica. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Mendoza. Mendoza (Argentina). Accesible en http://www.um.edu.ar/um/resenia/rese22/Ute_Guzzoni.html [consulta: 20 de julio de 2008]

4) Utilizo una expresión de Castilla del Pino, aproximada y distante a la vez del concepto de fisiopatología. Castilla del Pino C, Introducción a la psiquiatría. 1. Problemas generales. Psico(pato)logía, 2ª ed., Madrid, Alianza editorial, 1982.

ceptor. Finalmente, la identidad resultante (operativizada y tecnificada) puede llegar a ser muy distinta de la que el sujeto identificado siente como propia. (Pero la discrepancia, también se puede codificar como síntoma).

«es habitual en la premura que acompaña al quehacer diario que asignemos de una forma *inmediata* códigos (síntomas), pero esta economía de tiempo se hace muchas veces a costa de prescindir de la experiencia del sujeto»

El resultado de ello puede ser que el proceso de rehabilitación devenga finalmente en un sometimiento sutil, dulce y bienintencionado, dirigido a que el paciente acepte su nueva identidad, como *buen cumplidor* con la terapia. Frente a esto, Eva Muñoz habla de «*humanizar*» nuestro lenguaje con el paciente.

En parte entiendo este humanizar el lenguaje, y con ello nuestra forma de hacer, como un mantener de forma constante la perspectiva de que los que nos humaniza es lo *relacional* (baste recordar los trabajos de René Spitz⁵), y que el “hacer” —sea una terapia, orientar sobre una prestación, o ayudar en una acción determinada— es un hacer *con* el otro. Pero para ello necesitamos de disponer de una buena teoría del sujeto. Aquí me permito aludir,

sin pretender hacer con ello una revisión, a algunas que considero especialmente útiles, y que se englobarían como teorías en torno al sí-mismo o *self*.

3

«NO HAY NADA TAN PRÁCTICO COMO UNA BUENA TEORÍA⁶»
(KURT LEWIN)

Sin modelos sobre el sujeto humano holistas, corremos el riesgo de escindir aún más a personas ya escindidas por la enfermedad. De esta forma, cuando la persona se presente ante nosotros *sólo* como paciente, sus respuestas (sobre sí misma/a) se *ajustarán* al repertorio de aquellas cuestiones formuladas por “cada” profesional que *sólo* competan a su campo de intervención. Tendremos así “fragmentos” de información unilaterales del *enfermo*, sobre sus percepciones sensoriales y económicas, emociones, cogniciones, pruebas *neuroimaginarias*, etc. En su extrema escisión, algunos profesionales sólo trabajarán con los pacientes *positivos* (pacientes encamados con sujeción mecánica y/o química), mientras otros sólo lo harán con los *negativos* (pacientes auto-encamados)⁷, incluso cuando el paciente *positivo* y el *negativo* sean la misma persona.

Ahora bien, ¿qué podemos entender por una buena teoría del sujeto? Si seguimos a Castilla del Pino: «*Una buena teoría es aquella que permite, en cualquier instante, la situación del acontecimiento en sus coordenadas históricas. Por tanto, una buena teoría ha de ser forzosamente una teoría de las relaciones entre los diversos elementos de la realidad. La consideración ante todo de las relaciones implica la conciencia de la movilidad de todo hecho, su permanente mutabilidad. La teoría de las relaciones ha de ser ante todo teoría del cambio de las relaciones mismas. (...) La teoría de las relaciones, si*

«el resultado (...) puede ser que el proceso de rehabilitación devenga finalmente en un sometimiento sutil, dulce y bienintencionado, dirigido a que el paciente acepte su nueva identidad, como *buen cumplidor* con la terapia»

5) Spitz, RA., *El primer año de la vida del niño*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

6) Thetford WN, Walsh R. “Theories of personality and psychopathology: schools derived from psychology and philosophy”, *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*, 4ª Ed, Baltimore, Williams & Wilkins, Kaplan HI, Sadock BJ (eds), 1985, p. 469.

7) En referencia a la distinción entre subtipos de pacientes esquizofrénicos. Tandon R, Jibson, MD, Taylor SF, DeQuardo JR, “Modelos conceptuales de la relación entre los síntomas positivos y negativos”, *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Shriqui ChL, Nasrallah HA (eds). Madrid, Editores Médicos, 1996, pp. 117-133.

ha de ser de las relaciones de la realidad no puede ofrecer fisuras entre los distintos sectores de la misma. Cultura, historia, psicología, patología, etc., pueden -si interesa en un determinado momento- mostrarse en su interrelación»⁸. Para Valls Blanco una buena teoría será aquella que ofrezca «un modelo de sujeto (...) que ha de ser holístico y, al mismo tiempo, heterogéneo: (que) debe explicar cualquier conducta y reconocer diferentes niveles, determinantes todos ellos de cada acto conductual»⁹.

4

LAS TEORÍAS SOBRE EL SELF O EL SÍ-MISMO.

Uno de los modelos que mejor puede cumplir este papel holístico y heterogéneo, son las teorías entorno al concepto del *self*. Estas teorías han quedado más acotadas al trabajo, uno a uno, con pacientes sin psicosis. Esto es en cierta forma llamativo, tanto más cuanto mucha de la psicopatología que manejamos con estos pacientes tiene que ver con distintas formas de disolverse las “fronteras del yo” (difusión e inserción del pensamiento, alucinaciones, despersonalizaciones...). Por ello la alusión directa a la *identidad*¹⁰ en la ponencia de Eva Muñiz como objetivo del proceso de rehabilitación me pareció especialmente necesaria. Todavía más cuando en el horizonte de toda rehabilitación está lo relacional.

Según Castilla, «nadie tiene una idea de sí-mismo si no es a expensas de la que los demás le ofrecen en la interacción. La reflexividad sobre sí mismo surge en la interacción. (...) El sí-mismo, la identidad de uno, quién es el que uno es, es decir, cómo se valora y cómo le valoran a uno, constituye un complejo de circunstancias surgidas en las infinitas interacciones habidas en el curso de cada existencia». Y como inmediatamente señala este autor: «para mayor complejidad, hay que contar con que el sujeto adquiere diferentes relaciones interpersonales dependientes del rol que en cada una de ellas ha de jugar y, por tanto, su identidad no debe ser nunca considerada a modo de un absoluto, ni siquiera como una identidad que se mantiene idéntica a sí misma frente a toda o cualquier relación, sino como 'funcional' de la que deriva un juicio de valor sobre sí mismo»¹¹.

4

1

La fragmentación del self en la psicosis.

Cuando la psicosis irrumpe en el sujeto, describe Castilla, precipitando situaciones que hasta entonces habían permanecido relativamente compensadas, «el *self* del paciente ya no lo siente preservado; antes al contrario, parece estar a merced de todos los demás, se hace público, poderes extraños ejercen su imperio sobre las áreas más íntimas del *self*, sobre su pensamiento incluso, que puede ser interceptado, robado, influido, impuesto. El estado de ánimo es de pánico intenso»¹². Según este autor, el autismo del paciente con psicosis de larga evolución es una forma de repliegue del *self*. Un repliegue sobre los *objetos internos* en un intento de protección ante la vulnerabilidad de un *self* en alguna medida consciente de su desintegración. Habrá una relación, pero será con los *otros* escindidos que *habitan* su mundo delirante.

En un sentido similar, Kohut –principal exponente de lo que se ha llamado *psicología del self*- expresa: «Cuando padecemos de una enfermedad física, cuando un fo-

«en el horizonte de toda
rehabilitación está lo relacional»

8) Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. 2ª Ed., Barcelona, Ediciones Península, 1969, pp. 54-55.

9) Valls JM, Jiménez Casado C, Villagrán JM, Sánchez Vázquez V, Gay E, Díez A, Guijarro T, Luque R, "Aproximación a un modelo lingüístico de sujeto", Rev.Asoc.Esp.Neuropsiquiatría, IX (28), 1989, pp. 5-13.

10) Lo entiendo en el sentido de identidad apropiada o adjudicada por uno a sí-mismo/a.

11) Castilla del Pino C, ob. cit. (nota 4), pp. 142-143.

12) Castilla del Pino C, Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica. 2ª ed., Madrid, Alianza Editorial, 1982, p. 241.

rúnculo duele antes de abrirse y supurar, todavía tenemos un sentimiento del “yo”, aun cuando nuestra mente se encuentre concentrada en el forúnculo. El esquizofrénico, en su regresión a esa fragmentación de un sí-mismo que fue cohesivo, intenta interpretar los ya fragmentados aspectos de su experiencia como si allí hubiera una enfermedad física, como si allí estuviera ocurriendo algo extraño, y tal como si el sí-mismo aún conservara su solidez. Lo único que puede intentar consiste en tender un manto de teoría alrededor de ese fenómeno...»¹³.

4

2

Diversidades en las definiciones del self.

Para Gabbard¹⁴, la psiquiatría y psicología dinámicas contemporáneas integran al menos cuatro grandes marcos teóricos de orientación psicoanalítica: la psicología del yo, derivada de la teoría psicoanalítica clásica freudiana; la teoría de las relaciones objetales con origen en el trabajo de Melanie Klein y de los miembros de la llamada “escuela británica”; la psicología del *self*, creada por Heinz Kohut; y la teoría del apego, asociada en sus inicios con los trabajos de John Bowlby. De una u otra forma, todos estos marcos teóricos aluden al concepto del sí-mismo. Quizás una de las cuestiones más complejas es la distinción entre los conceptos del “Yo” freudiano y del “Self”. Según Kernberg¹⁵, Freud preservó el *Ich* alemán a lo largo de sus escritos «para el “yo” como una estructura mental y una instancia psíquica, y también para el “self” más personal, subjetivo y experiencial». Sería decisión de Strachey, la traducción del “*Ich*” por el “*I*” inglés¹⁶. Traducido como “yo”, el término adquiriría una cualidad más impersonal, más apropiada para la teoría estructural de Freud que precisaba una delimitación precisa frente al “*ello*” y el “*superyo*”, pero menos para el “*self*”, con su cualidad subjetiva y personal. Probablemente, el propio sentido que le atribuimos al yo como representación identitaria de la persona *frente* a todo lo otro, contribuye a percibirlo más como una autoafirmación aislacionista que como algo que nos contextualice *junto a lo demás*.

Bastantes de las discrepancias entre distintas teorías tienen que ver con el énfasis sobre *con qué* se relaciona el “yo”. Siguiendo a Gabbard¹⁷, la visión de la psicología del “yo” establece que las pulsiones (como la sexualidad y la agresividad) son primarias, mientras que las relaciones objetales (entendiendo básicamente al “otro” como objeto frente al sujeto) son secundarias. La teoría de las relaciones objetales, apoya por otra parte que los impulsos emergen en el contexto de una relación (por ejemplo, la díada madre-hijo) siendo siempre inseparables el sujeto y el objeto. Una de las principales controversias trataría sobre si el *self* es una representación intrapsíquica del individuo o una fuente de acción e intencionalidad por derecho propio. Kernberg integra ambas posibilidades en su propuesta de «reservar el concepto del “self” para la suma total de representaciones del “self” en íntima conexión con la suma total de representaciones de los objetos. En otras palabras, propongo definirlo como una estructura intrapsíquica que se origina en el yo y está claramente incrustada en él»¹⁸. Esto está acorde con la anterior afirmación de Castilla de que todo sujeto tiene que jugar distintos roles que le devuelven variadas imágenes de sí-mismo.

13) Kohut H, Los seminarios de Heinz Kohut sobre psicología del sí-mismo y psicoterapia con adolescentes y adultos jóvenes, Compiladora Miriam Elson, Buenos Aires, Paidós, 1990, pp. 54-55.

14) Gabbard GO, Psychodynamic psychiatry in clinical practice, 4ª ed., Arlington, American Psychiatric Publishing, 2005, pp. 31-68.

15) Kernberg OF, Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas, México, Manual Moderno, 1987, pp. 206-216.

16) Algo similar ocurrió respecto al castellano con la traducción por Luis López-Ballesteros y de Torres.

17) Gabbard GO. ob. cit. (nota 14).

18) Kernberg OF. ob. cit. (nota 15), p. 209.

«una de las principales controversias trataría sobre si el self es una representación intrapsíquica del individuo o una fuente de acción e intencionalidad por derecho propio»

Pero de lo anterior, sobre un sí-mismo cambiante en función de con qué (quién) sea contrastado, surge la pregunta sobre qué es lo que finalmente mantiene una necesaria sensación de cohesión temporal. Frente al énfasis de la teoría de las relaciones objetales sobre las relaciones *internalizadas* entre las representaciones del *self* y del objeto, la psicología del *self* de Kohut, se centra en cómo las relaciones externas ayudan a mantener la estima y la cohesión del *self*. A partir de su trabajo con personas con graves trastornos narcisistas, Kohut interpretó que había una actitud un tanto peyorativa hacia el concepto de narcisismo que tendía a contemplarlo como equivalente a un estado de inmadurez de la personalidad, y frente al que como contrapartida *madura* se erigía el «amor objetal». Pero para este autor: «el narcisismo no excluye las relaciones objetales. Las relaciones de objeto no son lo mismo que el amor objetal. Existen muchas relaciones con otras personas que nada tienen que ver con el amor a otros sino que están al servicio de fines narcisistas»¹⁹. El narcisismo para Kohut deja de ser una función inmadura o primitiva y será traducida como «el amor del sí-mismo, la investidura del sí-mismo de todas las cosas de las cuales uno inviste algo que ama»²⁰. Como uno de los innumerables ejemplos para poder ver de otra forma al narcisismo, dirá Kohut: «resulta perfectamente claro, por ejemplo, que cuando uno está enfermo tiene que ser narcisista para curarse»²¹.

«sobre un sí-mismo cambiante en función de con
qué (quién) sea contrastado, surge la pregunta
sobre qué es lo que finalmente mantiene una
necesaria sensación de cohesión temporal»

Para Kohut la separación entre el *self* y el objeto era un artificio, y congruente con ello, desarrolló el concepto irreductible del «objeto/sí-mismo» (*selfobject*). Según Gabbard, «los “objeto/sí-mismo” vienen a representar el papel que otras personas realizan para el *self* en relación a las necesidades de “espejamiento”, de idealización, y de la experiencia gemelar». No vamos a describir cada necesidad pues excedería nuestro propósito, salvo una pequeña alusión a la *experiencia del espejo*. Podríamos entenderla como la necesidad «para ser confirmado por la aceptación de lo que el observador adulto sabe que es otro ser humano. Uno necesita experimentar, acerca de sí mismo, que uno tiene algún efecto, recibe una respuesta, tiene importancia. (...) Lo que se llama transferencia de espejo es desde luego algo bastante claro. ¿Por qué los esquizofrénicos miran fijamente el espejo? ¿Qué tratan de hacer? La respuesta es obvia. Sienten que están desmoronándose y desapareciendo. Mirando tratan de ver lo siguiente: “No, todavía estoy allí. Puedo verme a mí mismo”. Pero un espejo es frío: sólo para la vista es un espejo. La madre no es esa clase de espejo. Es un espejo respondiente, lo cual significa una clase muy distinta de espejo»²².

Este fragmento de Kohut es de especial interés. En unas líneas nos vincula la experiencia de fragmentación del *self* en el paciente psicótico con la construcción del *self* en el proceso de apego y vinculación en la infancia. Lo que gravita fundamentalmente sobre esto, es que según Kohut, funciones que han sido precisas para que el niño adquiera un *self*, siguen siendo necesarias, en mayor o menor grado, pero siempre, para mantener esa cohesión y temporalidad del sí-mismo cuando somos adultos. Ello nos da pie para abordar la cuarta corriente dinámica que menciona Gabbard, la teoría del apego.

En contraste con la teoría objetal, según esta otra formulación, el niño inicialmente no busca un objeto, sino un estado físico de bienestar que alcanza en la *proximidad* del objeto-madre. Conforme avanza el desarrollo, el objetivo físico se va convirtiendo en uno de orden más psicológico, preponderando el sentimiento de proximidad a la madre o figura cuidadora en dicho rol. Para Gabbard, «el apego seguro influye fuertemente en el desarrollo de modelos de trabajo interno que son almacenadas como esquemas mentales y conducen las experiencias con respecto a las expectativas del comportamiento de otros hacia el *self*». De forma parecida a como remarcará Kernberg con respecto al narcisismo, podríamos señalar que el apego no es una función exclusivamente de la infancia. Es la matriz del vínculo, tanto infantil como adulto. Probablemente, los esquemas mentales a los que alude Gabbard requieran reactivación

19) Kohut H. ob. cit. (nota 13), p. 24-27.

20) *Ibid.* p. 27.

21) *Ibid.* p. 25.

22) *Ibid.* p. 91

«ante la ruptura e inflexión
de tantas historias humanas,
no es de extrañar que
el concepto de sí-mismo
o *self* trabaje desde
el presente»

nes para mantener la cohesión del sujeto. Sabemos cómo situaciones de victimización en la etapa adulta por otras personas a través del vínculo pueden generar serias despersonalizaciones.

Otra definición del *Self*, originada también desde el psicoanálisis clásico pero inmerso ya en otro paradigma teórico diferente, la terapia Gestalt, merece una breve aproximación. El tercer apartado tomaba su título de una conocida frase de Kurt Lewin. A este filósofo (1890-1947) se le debe el concepto tan conocido de «dinámica de grupo», y el quizás menos difundido, salvo en la terapia *gestáltica*, de «teoría de campo» o ambiente. Según Marguerita Spagnuolo, el *self* «es concebido en Terapia de la Gestalt como la capacidad del organismo de hacer contacto con su ambiente de manera espontánea, deliberada y creativa. La función del *Self* es contactar con el ambiente (...) La teoría de la terapia Gestalt estudia al *Self* como función del campo organismo/ambiente en contacto y no como una estructura física. (...) Lo que ayuda a los pacientes a recuperar su espontaneidad no es sólo saber lo que no es bueno sino también tener la experiencia de nuevas posibilidades de contacto, de reencontrar su espontaneidad funcional con un nuevo ajuste creativo, una nueva organización de la experiencia del campo organismo/ambiente»²³.

Un aspecto, sumamente práctico de la terapia de la Gestalt, es su énfasis en el aquí y ahora. Tras la irrupción de los fascismos, la Guerra Mundial y el *Holocausto* en los años 30 del pasado siglo, se produjo la mayor crisis y pérdida sobre la confianza en la “ingenuidad” del ser humano; la terapia de la Gestalt, así como la psicología humanista, surgieron en parte como intentos de otorgar un *sentido* al ser humano²⁴. Ante la ruptura

e inflexión de tantas historias humanas, no es de extrañar que el concepto de sí-mismo o *self* trabaje desde el presente. Esto es de especial interés para personas a las que no ya un evento traumático exterior, sino la propia enfermedad, pueden haber roto el sentido de continuidad del *self*.

Eva Muñiz incide en la interfase organismo/ambiente, si bien hace hincapié en las operaciones internas cerebrales que permiten al *self* materializarse y responder en ese entorno: «El *self* es el mecanismo regulador que permite mantener esta percepción de continuidad en el sí mismo. Los cambios en las experiencias producen activaciones emocionales que avisan de que algo está alterando la consistencia interna del yo y permiten poner en marcha mecanismos de revisión y reorganización del pasado en relación con la experiencia inmediata, modulando las tonalidades emotivas, actualizando las representaciones internas y modificando la proyección en el futuro. Las representaciones son integradas y procesadas en el córtex, que es “la superficie de contacto entre el *self* y el otro” (Crittenden, 2007), por tanto, las alteraciones de las funciones cerebrales influirán este proceso»²⁵.

La apuesta de Muñiz por una definición del *self* se aproximaría a la Teoría de la Memoria Material²⁶ derivada de la concepción de la identidad por John Locke (1632-1704), filósofo que hizo mayor hincapié en la persistencia como cualidad principal del *self*. Con frecuencia se identifica la *capacidad* para mantener los autoconceptos del *self*, con la memoria autobiográfica (a veces llamada memoria de la experiencia). Según definen Fulford, Thornton y Graham²⁷: «Una parte del cuerpo –fundamentalmente, lo activo neurobiológicamente o cerebro funcionante- es de crucial im-

23) Spagnuolo M, “Teoría clásica de la terapia gestalt”, Terapia gestalt. Historia, teoría y práctica, Woldt AL, Toman SM (eds), México, Manual Moderno, 2007, pp. 21-38.

24) Bowman Ch E, “Historia y desarrollo de la terapia gestalt”, Terapia gestalt. Historia, teoría y práctica, Woldt AL, Toman SM (eds), México, Manual Moderno, 2007, pp. 3-19.

25) Eva M^a Muñiz Giner, ob. cit. (nota 2).

26) La mejor traducción que creo puede representar el concepto Embodied Memory Theory (EMT), siendo una segunda alternativa la TM Corporal, pues TM Incorporada, es excesivamente vaga, TM Encarnada, resuena demasiado metafórico, y TM Personificada, de igual forma confusa.

27) Fulford KWM, Thornton T, Graham G, “Personal identity and schizophrenia” (cap. 28), en Oxford Textbook of philosophy and psychiatry, Fulford KWM, Thornton T, Graham G (eds), Oxford, Oxford University Press, 2006, pp. 758-777.

portancia para desarrollar o dar consistencia material (emboided en el original) a las capacidades de memoria autobiográfica de las personas. El cerebro viviente o funcionante controla e implementa, no meramente los actos individuales de la memoria de las personas, sino las formas en la cual la gente recuerda y la manera en la cuál la memoria afecta cómo una persona actúa, habla o piensa. Estas bases físicas de la memoria es lo que es lo que últimamente importa para la identidad personal. Sólo en la medida en que las bases materiales funcionan para soportar la capacidad para dar continuidad al self y su persistencia, así, también, lo hace la persona»²⁸.

Por último, hacemos una somera alusión a la diferencia entre la reidentificación y la «caracterización de la identidad», aunque sea por no caer en la apreciación de Jennifer Radden²⁹: «Aunque sólo podemos especular por qué esto debería ser así, las categorías filosóficas y cuestiones sobre la identidad parecen estar reflejadas en la obsesión patológica»³⁰. Entenderíamos la reidentificación como el proceso constante de mantenimiento, o persistencia del self. Se trataría del énfasis tradicional puesto sobre la continuidad en el tiempo como esencia del sí-mismo. La «caracterización de la identidad» aboga por un papel más activo de la caracterización; algo que podría ser llamado apropiación de las distintas imágenes o caracterizaciones del sí-mismo. Según Radden, «más que apoyarse en un modelo pasivo de la persona como sujeto de su caracterización de la identidad, recientes teorizaciones enfatizan su activa y creativa construcción por el “autor” de la “narrativa” del self. La caracterización de la identidad por tanto incluye la auto-caracterización, más bien que la caracterización por otros. Hay que decir, sin embargo, que estas narrativas no son únicamente obras de un autor, ni son meras fabricaciones; las identidades personales son constituidas por una compleja interacción entre perspectivas en primera, segunda y tercera persona»³¹.

Si entendemos las teorías sobre el sujeto como holistas, tal como explicitábamos al inicio, y una teorización sobre el self lo debería ser por definición, veremos desde unas corrientes u otras, que el sí-mismo no se corresponde con un concluyente y definitivo “yo soy esto”, sino más bien con una *función*; entendiendo por tal en su máxima concreción, como una *operación*, o una «mutua dependencia de elementos» en la concepción clásica de Cassirer³². En este sentido, el sí-mismo, contrariamente a lo que puede sugerir semánticamente, es inseparable de su interconexión con el entorno y los otros que en él habitan.

Es en este punto donde creo que puede empezar a cobrar sentido el título de estas líneas.

«si entendemos las teorías sobre el sujeto como holistas (...), y una teorización sobre el self lo debería ser por definición, veremos desde unas corrientes u otras, que el sí-mismo no se corresponde con un concluyente y definitivo “yo soy esto”, sino más bien con una *función*»

28) Íbid. p. 769.

29) Radden J, “Identity: personal identity, characterization identity, and mental disorder” (cap. 9), en The philosophy of psychiatry, Radden J (comp.), Oxford, Oxford University Press, 2004, pp. 133-146.

30) Íbid. p. 143.

31) Íbid. p. 142

32) Para un mayor detalle sobre el concepto recomendamos recurrir al artículo de Ferrater Mora sobre el funcionalismo en: Ferrater J, Diccionario de filosofía, Madrid, RBA, pp. 1410-1412.

5

EL «SÍ-MISMO» (SELF) COMO EMERGENTE DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

5

1

Los emergentes como efecto de la sinergia en los sistemas complejos.

Siguiendo a Ferrater³³ podemos entender *emergente*, (también *propiedad emergente* o *fenómeno emergente*) en contraste con lo *resultante*. Lo *resultante* es producto de una suma, mientras que lo emergente constituye una «cualidad» nueva. Los emergentes son propios de los «*sistemas complejos adaptativos*». Precisando más, «*son 'complejos' en que son diversos y resultado de múltiples elementos interconectados y 'adaptativos' en que tienen la capacidad de cambiar y aprender de la experiencia*»^{34,35}. Esto ya estaba reflejado desde la Psicología Gestalt a través de la conocida expresión: «*El todo es mayor que la suma de sus partes*», pero será la *Teoría General de Sistemas*³⁶ la que en gran medida extendió el análisis de los sistemas complejos a prácticamente todos los campos del conocimiento. La *sinergia* es lo que permitirá esa *irreductibilidad* de los emergentes a un simple sumatorio de elementos.

Para Yersu Kim, profesor de filosofía de la Universidad Nacional de Seúl y Director de la División de Filosofía y Ética de la UNESCO: «*El trabajo 'co-operativo' – el 'synergón' – entre personas o sectores tiene que ir más allá de su mera dimensión cuantitativa, y la a menudo disonante 'poli-fonía' de muchas voces distintas tiene que ser reconocida para alcanzar un mayor nivel de armonía. Tiene que ser 'transformada' en una 'sin-fonía'*»³⁷.

En la confianza que da la sensación de constituirse en equipo, Kim asegura: «*En el esfuerzo por esta sinergia, uno no debería confiar en procedimientos ya confeccionados, fórmulas estereotipadas, y respuestas estandarizadas. Uno no debería estar asustado de dejar atrás el terreno conocido, ni ser temeroso de admitir ignorancia frente a lo desconocido. Uno debería aprender a sentirse comfortable con la incertidumbre, y estar preparado para sentir confianza. En otras palabras, estar preparado para transformarse, en orden para ver las cosas ser transformadas*»³⁸. Para entender adecuadamente este fragmento, no se debe perder de vista que alude a lo nuevo que emerge. Muchos de los procedimientos estandarizados funcionan más como especie de tratados de colaboración o como manuales de supervivencia para profesionales aislados. Con todo, la advertencia no va dirigida tanto a los procedimientos, como a una aplicación indiscriminada que ajusta a los demás a una identificación otorgada de partida.

5

2

La Salud Mental como paradigma de lo complejo.

En el 23 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Bilbao, 2006), una de las tres ponencias que se desarrollaron tuvo como título «*La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*»³⁹. La misma contó con una gran cantidad de profesionales en un intento de representar el mayor número de campos

33) Íbid. pp.991-992.

34) Wikipedia contributors, 'Systems theory', Wikipedia, The Free Encyclopedia, 13 July 2008, 02:53 UTC, <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Systems_theory&oldid=225326251> [acceso el 14 de Julio de 2008]

35) Un ejemplo sencillo lo constituyen la temperatura y la presión como propiedades emergentes de los sistemas gaseosos, compuestos de moléculas que no tienen temperatura ni presión.

36) von Bertalanffy L. Teoría general de sistemas. Fondo de Cultura Económica. México, 1976. p. 70.

37) del griego, syn, 'juntos'.

38) Yersu Kim, Transdisciplinarity: Stimulating Synergies, Integrating Knowledge, UNESCO, Division of Philosophy and Ethics, 1998. Prefacio, IV. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001146/114694Eo.pdf> [acceso el 14 de Julio de 2008]

39) *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*, Leal P, Escudero A (coord), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.

dentro de la salud mental o en contacto directo con ella. Previamente hubo que marcar una definición de la SM que sirviese como hilo conductor al concepto de continuidad de cuidados. El punto de partida era entender que «esos nuevos conocimientos pasan por la consideración de la salud mental como un campo transversal y transdisciplinar»⁴⁰.

5

3

La continuidad de cuidados como sistema complejo adaptativo.

Estrechamente relacionada con este ensayo se encuentra una de las hipótesis fundamentales que se sostuvo en la ponencia: La continuidad de cuidados, como *función*, es en sí terapéutica, e incide básicamente en favorecer la (re)emergencia del sí-mismo fragmentado o truncado:

«la continuidad de cuidados, como función, es en sí terapéutica, e incide básicamente en favorecer la (re)emergencia del sí-mismo fragmentado o truncado»

«La continuidad de cuidados en salud mental estará guiada (aprendidos los efectos de la “institución total” descritos en niños por René Spitz o en pacientes crónicos psiquiátricos por Barton) por la puesta en marcha desde las instituciones de una reconstrucción del vínculo social, frecuentemente roto en los avatares de la enfermedad mental. Por ello, la continuidad de cuidados, si bien precisa como condición necesaria la coordinación de profesionales y servicios, es mucho más que la suma de estos. En tanto experiencia vincular (de profesionales vinculados a su vez), es de por sí una experiencia terapéutica»⁴¹.

Existe una cierta discrepancia de la anterior afirmación con la contemplación de los programas fundamentalmente como continentes, espacios formales que permiten la función terapéutica pero que son ajenos a la misma: «Es importante recordar que estos programas son una manera de organizar el acce-

so a los tratamientos y no el tratamiento en sí mismo (...)»⁴². Sin embargo como se sostenía en dicha ponencia el formato (la forma en definitiva), es inseparable de su contenido. En la medida en que efectivamente, el mismo programa de CC se materializa a través del contacto con otros sujetos, en la medida en que la información circula y se reajustan así las hipótesis parciales de estos profesionales sobre el paciente, y en la medida en que se considera a éste como el validador final de dichas hipótesis, se le está devolviendo a dicho paciente un reconocimiento como sujeto pleno.

5

4

Elementos nucleares de la continuidad de cuidados.

Para no crear confusión con respecto a otros aspectos nucleares y básicos que aluden a la organización, no hablamos en este epígrafe del programa de CC, sino de la continuidad de cuidados como una *función* reconstructiva.

5

4

1

La vulnerabilidad del sujeto humano: el cuidado, la dependencia y el vínculo.

En la ponencia referida, se intentaba plasmar que el “cuidado”, muy lejos de una asignación que la equipara demasiadas veces a dependencia o “asistencialismo”, es ante todo una condición inherente al ser humano. Siendo infantes, adquirimos nuestra humanidad dentro de una matriz de vínculos afectivos. Aprendemos generalmente con fortuna, y a veces pese a la interferencia de ciertas enfermedades, traumas, o distorsiones perversas de otros..., a vincularnos, y por tanto, a cuidarnos y aceptar cuidados.

40) Leal P, Escudero A, “Presentación, la continuidad de cuidados en salud mental”, La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental, Leal P, Escudero A (coord), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006, pp. 17-24.

41) *Ibid.*

42) Alonso M, Bravo MF, Fernández Liria A, “Alcance de los programas de continuidad de cuidados en la Comunidad de Madrid”, Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, Otoño 2007, pp. 36-45. Accesible en la dirección WEB: <http://www.sie.es/amsm/pdf/otono2007.pdf> [consulta: 30 de junio de 2008].

Según Leal: «Lo que caracteriza al desarrollo humano no es el paso de una dependencia absoluta hasta la autonomía absoluta sino hacia la dependencia relativa. Ello lleva a considerar como estructural en toda relación algún nivel de ayuda y la consideración de la entrega o petición de la misma como un hecho que se inscribe en la permanente necesidad –relativa- del otro sin que dicha formulación tenga que ser vivida como un acto vergonzante o reprochable, sino, al contrario, como un indicador de conciencia de sí y del otro como complementarios (...) A todo este proceso que configura lo humano, la relación, el vínculo y que es singular en y para cada sujeto podemos llamarle el aprendizaje del cuidar, del cuidarse y del trato. Esos cuidados formarán ya parte del aprendizaje de la vida en común, serán continuados en el tiempo y de una intensidad oscilante en función de la necesidad existente»⁴³.

43) Leal P, "La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental", La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental, Leal P, Escudero A (coord), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006, pp. 27-57. Cit, p. 30.

44) Hago referencia especialmente al Programa puesto en marcha en la Comunidad de Madrid a partir del Plan de Atención Psiquiátrica y Salud mental 2003-2008 (Consejería de Sanidad) y que imbrica, fundamentalmente, a los servicios de salud mental comunitarios con los nuevos recursos que desarrolla el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (Consejería de Familia y Asuntos Sociales). Para un análisis de este programa recomiendo la lectura del artículo: Alonso M, Bravo MF, Fernández Liria A, ob.cit. (nota 43)

45) Theodor W. Adorno, *Negative Dialectics*, trans. E. B. Ashton (London: Routledge, 1990) 146

46) Espinosa NA. Ute Guzzoni, *Sieben Stücke zu Adorno* (Siete escritos sobre A.). Ob cit

Los programas de «continuidad de cuidados»⁴⁴, convocan en torno a cada plan de atención individualizado, a un conjunto de sujetos capacitados para transformar en acción distintos saberes. Uno de estos sujetos convocados (de ineludible presencia), es quien tiene la experiencia sobre su propia enfermedad. Es este sujeto el poseedor de las potencialidades (desconocidas por definición) que pueden definir-construir para sí, un nuevo proyecto biográfico. Todo esto, se aleja de intervenciones estandarizadas, y por ello *institucionalizantes* que, concebidas por otros, asumen ya a los pacientes con patología mental severa, como *excluidos* de la sociedad y de sus *convocatorias* participativas.

5
4
2
La continuidad de cuidados, una experiencia diferente para los pacientes.

La continuidad de cuidados, institucionalizada en tanto que reconocida, más no institucionalizante, otorga un ambiente o campo para que el sujeto pueda "experimentar" y experimentar. Citábamos antes a Adorno para quien: «Sin conceptos, (la) experiencia carecería de continuidad. (...) El individuo se hace un sujeto en la medida en que su conocimiento individual lo objetiva, en la unidad del sí-mismo así como en la unidad de sus experiencias; a los animales, presumiblemente, ambas unidades son negadas»⁴⁵. Podemos decir por tanto que este sí-mismo marcha al unísono de su experimentar sobre sí y con el mundo, dando ambas funciones continuidad e integración al sujeto. Guzzoni, parafraseada por Espinosa⁴⁶, nos otorga(n) lo que puede ser una magnífica forma de comprender qué significa "experimentar": «en la experiencia me muevo hacia la cosa, me entrego a ella, camino con ella, la dejo hablar, con lo que la cosa se transforma a medida que hago experiencia con ella, y yo también cambio. La experiencia precisa "tiempo", mejor dicho: es tiempo o historia». Existe así una diferencia muy sutil con la expresión "sumar experiencias", donde la figura del sujeto está más desvaída, y que puede aludir incluso a un "tener" experiencias sin sentimiento de propiedad (o de elección propia) sino como materialización de la decisión de (cualquier) "otro".

«los programas de «continuidad de cuidados», convocan en torno a cada plan de atención individualizado, a un conjunto de sujetos capacitados para transformar en acción distintos saberes»

A este "experimentar", podemos sumar el verbo *experimentar*, pero con un sentido muy alejado de la idea de "sujeto (pasivo) de experimentación" que nos suele evocar. Los programas de continuidad de cuidados son para el paciente

una especie de laboratorio de experiencias; si bien, más como un laboratorio no ubicable en un lugar físico definido sino dentro de una red de vínculos constituyentes. Laboratorio vincular donde experimentar -en tanto que se pueden repetir, aprender, rediseñar... y evaluar- tanto nuevas habilidades, como “encuentros” con esos otros sujetos que son los propios profesionales, sin miedo a fragmentarse o a dañar de forma ilusoria al otro.

5
4
3

La continuidad de cuidados, una experiencia diferente para los profesionales.

Pero será condición inexcusable, para que todo lo hasta aquí escrito tenga sentido, que haya un *reconocimiento* del (otro) como sujeto “total”. Y este reconocimiento sólo puede hacerse de sujeto a sujeto. Sin duda esto último requiere que los profesionales estén dispuestos a mostrarse a sí-mismos como sujetos *más acá* de su rol. Como ejemplo, esto abre la posibilidad de poder comprender junto al otro, que la “dificultad” o “actitud” ante determinada actividad puede tener más relación con un desencuentro, que con un déficit: *«Las transferencias, o dicho de otro modo, los vínculos tienen que ver con expectativas recíprocas que van a ser más o menos satisfechas e influyen en el modo de percibir las situaciones nuevas, de interpretarlas y de actuar sobre ellas. La modalidad del vínculo que se establece en una relación de cuidados condiciona el éxito mayor o menor de la intervención»*⁴⁷.

A un nivel muy simplificado del juego de identificaciones, podríamos referir tres posiciones del profesional ante el paciente (y no menos importante, ante el resto de profesionales). La primera

posición sería la identificación plena con el rol, de tal forma que, sujeto y papel profesional (la imagen que del mismo tiene la persona) son idénticos. En este caso el *self* queda supeditado al reconocimiento de esta identidad, y oculto, o subsumido por ésta. La segunda posición es la del sujeto que sostiene el *quehacer* necesario para el ejercicio de su profesión. Puede que el proceso de identificación sea adjudicado más por los otros que por sí-mismo. En todo caso el rol no deja velado al sujeto sobre el que se sostiene. La tercera posición lógica es la de aquel sujeto desvestido en todo momento del rol profesional. Evidentemente, en el segundo caso es ideal que el sujeto pueda transitar entre la posición descrita y la tercera, siempre y cuando sólo se desvista de la función profesional fuera del ámbito laboral. Son los sujetos en la segunda posición los que pueden intervenir efectivamente en la continuidad de cuidados. En un contexto multiprofesional/paciente (y a ser posible transdisciplinar), el profesional en esta doble posición de técnico y sujeto, permite al paciente participar de los conocimientos técnicos junto al sujeto que es.

Lo que media entre todos/as los intervinientes, es una relación que no por técnica ha de estar, en el sentido que se comentó al inicio, deshumanizada. En la medida en que la continuidad de cuidados se introduce como mediador de la relación se está evocando una comunidad terapéutica sin espacio delimitado.

Todo ello entraña sin duda un conjunto de retos para los profesionales, pues implica en cierta forma un exponerse *fuera* del parapeto del rol profesional, al tiempo que se es consciente de ello. Paradójicamente, pocos sujetos responderán mejor, y serán más cuidadosos a esta exposición del otro, que quienes se

han sentido tantas veces *expuestos* a la difusión o la lectura de su pensamiento. Según describe Leal: *«Para el dador de la ayuda o cuidado es necesario tener conciencia de vulnerabilidad, para evitar la omnipotencia narcisista, y para crear un marco de condiciones en la relación que esté presidida por el reconocimiento y la aceptación del otro como aquel que posibilita, aceptando el cuidado, la realización profesional, que es también personal»*. (...) *«Lo que genera más incomodidad al profesional no es la necesidad que le expresa el usuario sino la posición que éste adopta ante la misma. La necesidad quizá sea objetivable, parcializable; el sujeto necesitado, el que expresa "yo necesito", "me hace falta", "tengo que...", apela a la subjetividad y apunta a lo subjetivo del que escucha»*⁴⁸.

«paradójicamente, pocos sujetos responderán mejor, y serán más cuidadosos a esta exposición del otro, que quienes se han sentido tantas veces *expuestos* a la difusión o la lectura de su pensamiento.»

47) Leal P, ob.cit. (nota 44), p. 38.

48) *Ibid*, pp. 35 y 37

Muñiz, advierte sobre un *exceso* de enro-
lamiento clínico que, paradójicamente, si
bien no como lo hace la enfermedad
descontrolada (aislamiento, ideas biza-
rras...), conduce también a otro tipo de
desenrolamiento social: «*La red social o
familiar se sustituye por el apoyo profe-
sional, porque toda la experiencia perso-
nal entra dentro del campo de la patolo-
gía. La familia ha sido incapacitada, las
dinámicas relacionales etiquetadas, han
perdido los puntos de referencia, sus an-
tiguos mapas no sirven y esperan la pau-
ta del profesional para actuar*».

Admitiendo este riesgo, la continuidad
de cuidados, aun siendo una red vincu-
lar, y social por tanto, busca precisamen-
te no suplantar la red social externa; en
todo caso se ofrece como un campo pa-
ra las experiencias relacionales. Lo fun-
damental es que la red que constituye la
continuidad de cuidados no tenga un
efecto anulador del sujeto, de ahí la ne-
cesidad de matizaciones y aclaraciones
sobre el verdadero significado de cuidar
y cuidarse.

«lo fundamental es que la red que constituye
la continuidad de cuidados no tenga un efecto
anulador del sujeto, de ahí la necesidad
de matizaciones y aclaraciones sobre el verdadero
significado de cuidar y cuidarse»

49) Barton R. La neurosis institucional. Madrid, Editorial
Paz Montalvo, 1974. (La 1ª edición de la obra original
está fechada en 1959)

6 A MODO DE CONCLUSIÓN.

En definitiva, hablamos de facilitar a
través de la continuidad de cuidados un
proyecto de vida propio en cada pacien-
te, cuya primera meta y condición pasa
por la recuperación de integridad del
sentido de sí-mismo. Proyectos de vida
que no están prediseñados, sino que se
abren conforme a las elecciones de los
sujetos. De nuevo, una apertura muy
distinta al encorsetamiento institucio-
nal (siempre dispuesto por otra parte
para su reedición), que clausura toda
posibilidad de elegir en el paciente, y
que Barton —y otros autores con otros
términos- definió como «neurosis insti-
tucional»⁴⁹.

El sí-mismo del paciente precisa para re-
construirse, de igual forma que la prime-
ra vez, una matriz vincular, pues es en la
mirada de los otros, mirada esta vez, ni
perseguidora ni ilusoria, donde nos ve-
mos sostenidos. Pacientes, familiares, y
profesionales son convocados en la con-
tinuidad de cuidados a una tarea, llamé-
mosla en su forma más amplia rehabili-
tación, que inevitablemente (y *afortuna-
damente*), se sea consciente o no, provo-
ca el encuentro *entre* sujetos. Siendo así
de inevitable, sería por ello desafortuna-
do intentar eludir esta capacidad consti-
tuyente *extra*.

Para comprender el proceso por el que
el encuentro entre sujetos otorga (o qui-
ta) el sentido de sí-mismo, disponemos
de buenas teorías; pero lo que tenga que
hacerse no estará estandarizado por
ellas, sino que vendrá dado por una sa-
bia lectura conjunta del paciente y los
profesionales, de cada momento, en ca-
da mutua relación.

inform de actividades

NOVIEMBRE 2008 A FEBRERO 2009

El 23 de octubre se celebraron las elecciones en las que la nueva Junta de Gobierno de la AMSM fue elegida, en un momento en el que el papel de la Asociación se hace más necesario que nunca. Las medidas que la administración ha ido adoptando durante el 2008 (privatizaciones, selección jefes de área, cierre SSM), así como el Proyecto de Elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011, han creado una grave preocupación entre los socios por el riesgo de quiebra de la red de recursos existente, sobre el que a pesar de sus déficits hay acuerdo en que es un gran avance en la atención a las necesidades de la población desde un modelo comunitario.

OBJETIVOS

Las principales actividades de la Junta durante estos primeros 4 meses de legislatura han estado dirigidas a organizar acciones que permitan avanzar en los objetivos acordados con los socios en la Asamblea Ordinaria del 23 de octubre:

- Acciones contra la privatización. Mantener la línea de cooperación seguida hasta el momento con otras asociaciones de profesionales sanitarios, vecinales, etc. que están trabajando contra la privatización, buscando que la salud mental tenga un espacio en las distintas acciones. Elaborar un mensaje claro que pueda llegar a la población y facilitar la movilización.
- Seguimiento de la elaboración del Plan 09-11 y posicionamiento institucional en función de la evolución.
- Dinamizar espacios de encuentro entre los socios tanto a través de Internet como convocando Asambleas con periodicidad más frecuente a la habitual.
- Potenciar actividades formativas y espacios de encuentro con un carácter clínico y científico.

ACTIVIDADES

Coordinación con la administración/posicionamiento de la asociación en diversos asuntos

Nov 08. Divulgación entre los miembros de los grupos de trabajo convocados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental para trabajar en el Plan de la "Posición de la AMSM (AEN) ante el Proyecto de Elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011" (documento en la Web). Difusión entre socios y otros profesionales.

Dic 08. Difusión (administración, medios de comunicación, socios, profesionales) del "Comunicado de la AMSM sobre el Desarrollo del Proyecto de Elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011" (documento en la Web).

Dic 08. Solicitud de entrevista con la Viceconsejera de Sanidad (junto con la AMRP). Finalmente se ha concedido entrevista con el Director General de Hospitales, Antonio Burgueño.

Ene 09. Comparecencia en la Asamblea de Madrid ante Comisión de Estudios del Funcionamiento de los Diferentes Sistemas de Gestión de los Servicios Sanitarios Públicos.

Ene 09. Elaboración de documentos para divulgar en prensa y entre los profesionales la decisión de la AMSM de retirarse del Proyecto de Elaboración del Plan. Difusión. Recogida de firmas.

Feb 09. Entrevista con el director general de hospitales Antonio Burgueño. Divulgación en la web de las conclusiones.

Vida asociativa

SOCIOS. Desde el 23 de octubre se ha convocado a los socios a 3 reuniones (5 de noviembre, 9 de diciembre, 20 de enero de 2009), la última, como Asamblea Extraordinaria, en la que se votó unánimemente a favor de la retirada institucional de la AMSM de la elaboración del Plan.

BOLETÍN. Publicación del presente Boletín de Invierno 2009.

WEB. Se ha creado una nueva página web que es administrada directamente por el vocal de Web y que ha supuesto un avance claro en la agilidad con la que podemos difundir las noticias y documentos que elabora la Junta. Cuando hay actualizaciones de sus contenidos enviamos un e-mail a los socios de cuyo correo electrónico disponemos (escribe a aen.amsm@gmail.com para ser incluido en la lista de distribución).

Actividades formativas, jornadas, congresos, debates

Nov 08. I Jornada de Debate del Foro de Profesionales de la Sanidad Pública. Organización Médica Colegial.

XVII JORNADAS DE LA AMSM. Las estamos preparando para octubre de 2009.

Coordinación inter-asociativa

FEMASAM. Han acudido a las reuniones extraordinarias abiertas que la AMSM ha convocado. Se ha mantenido reunión enero.

AMRP. Han acudido a las reuniones extraordinarias abiertas que la AMSM ha convocado. Se ha solicitado entrevista a Viceconsejera conjuntamente.

CAS (Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública de Madrid). Se colaborado en divulgar sus acciones. Hemos asistido a las Asambleas que han convocado. Miembros de la Junta han colaborado en el documento “El Desmantelamiento de la Sanidad Pública Madrileña: la Ruptura del Modelo de Organización en Salud Mental”, publicado en su Web.

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid y la Asociación de Planificación Familiar de Madrid. Se han organizado Jornadas ya mencionadas conjuntamente.

panóptico

“OPERACIÓN GALENO”: EL NUEVO CONCURSO DEL SERMAS PARA LA ELECCIÓN DE MÉDICO.

Arrancará en Junio y convertirá la Sanidad en un inmenso plató de Reality Show.

Un concursante se dirige a escuchar las votaciones de la gala.

John Bush. Redacción del Panóptico. Sollube El SERMAS en colaboración con la productora Endemol, ha encontrado ya la fórmula para cumplir su compromiso electoral de la libre elección de médico. Se trata de reconvertir la polémica sanidad madrileña en un gigantesco plató de Reality Show en el que a lo largo de varios meses, los pacientes votarán a sus médicos más populares y decidirán si éstos podrán continuar en la “Academia”. El concurso, que se llamará “Operación Galeno” no será distinto al clásico programa en el cual se basa, es decir: habrá nominaciones, galas, y seguimiento diario de los quehaceres de los médicos.

Por ejemplo, El Panóptico ha podido averiguar que en el Hospital Clínico hay un grupo de médicos liderados por un biológicoista simpaticón y carismático, muy con los pies en la tierra, pero que está enfrentado por una cuestión de celos con el entorno de un camaleónico doctor del ambulatorio, el cual tiene un aspecto muy amenazador por las cicatrices que tiene en la cara de cuando fue torturado por sus compañeros de sociedad, pero que sin embargo ahora se ha revelado como un artista de primera que canta muy en la onda de David Civera y sabe moverse por el escenario como pocos. La jugosa dialéctica entre estos dos grupos de médicos “dará mucho que hablar”, según aseguró el portavoz de Endemol en la presentación de ‘Operación Galeno’ que organizó el Director General de Hospitales en el Edificio Sollube.

La AMSM se manifestó en contra de esta iniciativa y en un comunicado dijo que se trata de “una idea metodológicamente inaplicable que en vez de solucionar el problema, lo empeora.” y exigió que se repusiera en toda la sanidad madrileña el clásico concurso “la ruleta de la fortuna”. Como contestación, la productora Endemol, que no sólo creó el formato de Operación Triunfo sino también otros éxitos internacionales como Gran Hermano, ha pedido a la AMSM que no dramatice: “la gente quiere una sanidad sin barreras y nada más, y nosotros estamos en el negocio de la demolición.”

“Operación Galeno” se podrá seguir desde las televisiones de plasma de los nuevos hospitales y ambulatorios de CAPIO, y al igual que en OT, disfrutaremos del día a día los médicos del SERMAS: sus conversaciones nocturnas en las guardias, sus cafés mañaneros, sus exploraciones, sus cigarrillos a escondidas, su destreza con las recetas, las visitas sorpresas de los delegados de la industria, etc. También ensayarán durante la semana sus actuaciones clínicas y entrevistas de anamnesis, y en la gala del Domingo demostrarán sus dotes o su ineptitud clínica.

Su expulsión o continuidad en el SERMAS será decidida mediante el envío de S.M.S. por parte del público, aunque también habrá un jurado de la Academia que criticará

sarcásticamente a los médicos que les quede la bata grotesca, y que estará compuesto por la presidenta de la Asociación de Defensa del Paciente, un abogado especialista en negligencias médicas, el cuñado del Consejero, Carlos Fabra, Florentino Pérez como representante de las constructoras, el director del programa Saber Vivir, el siempre televisivo y mordaz José Cabrera, Akua Kuenyehia, del Tribunal Penal de La Haya, y Sonner Longersen, un antiguo participante de la versión sueca de OT.

EL ÁREA SANITARIA EN MADRID: “UNA, GRANDE Y LIBRE”.

El tamaño sí importa, asegura Güemes, ante una multitud en-fervorizada.

Mary Lonesome. Plaza de Oriente. 1 de Abril. “Cautivas y desarmadas las áreas sanitarias las corporaciones de la Consejería de Sanidad han alcanzado sus últimos objetivos territoriales: las áreas se han terminado. A partir de mañana los madrileños podrán decir orgullosos que su Área Sanitaria es UNA, GRANDE y LIBRE”. Así lo anunciaba la lideresa de la Comunidad de Madrid, D^a Esperanza Aguirre, ante una entregada multitud que abarrotaba la Plaza de Oriente. Flanqueada por el Consejero de Sanidad D. Juan José Güemes, la guardia constructora mora y por Muammar El Gadafi, amigo personal de Aznar, la Presidenta dijo que en Sanidad se iban a acabar los separatismos y se mostró orgullosa de que Madrid tuviera el Área Sanitaria más grande de España. “De descomunal tamaño” la calificó su Consejero, que aseguró que en estos casos está demostrado que “el tamaño sí importa”. Una vez liberada la Sanidad Madrileña del poder de los soviets sanitarios territoriales, Esperanza Aguirre, augura un futuro de libertad en el que contratistas sanitarios, constructores, consultoras y empresas informáticas se moverán por un nuevo espacio de libertad económico-sanitario al que denominó “Unidad de Destino en lo Gerencial”. Prometió que “el dinero seguirá a los pacientes” y “que el médico con más pacientes cobrará más”. Para ello distribuirá entre los ciudadanos un modelo novedoso de G.P.S. sanitario que detecta atascos de lista de espera o servicios en mal estado y entre los profesionales se impartirán cursos obligatorios de radiestesia en los que un conocido zahorí de Capiro enseñará a encontrar yacimientos de pacientes ocultos mediante una vara de avellano.

UN GRUPO DE PACIENTES DENUNCIAN QUE EL DINERO LES SIGUE.

La Consejería lo atribuye a partidas presupuestarias descontroladas.

Square Littleroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Un grupo de pacientes ha denunciado en la Comisaría de Manoteras a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid por acoso y hostigamiento reiterado ya que afirman que desde que se anunció que en la sanidad madrileña “el dinero seguirá al paciente” no pueden salir de su casa. Francisca Jiménez, que padece de colesterol y de vesícula, se dirigía el pasado 20 de Febrero a su ambulatorio a por unas recetas cuando empezó a notar que algo le seguía. Al darse la vuelta se percató de como un grupo de alrededor de 200 billetes y 500 monedas observaban sus movimientos. “No se qué pretendían, pero su actitud no era nada amistosa”, comentó Francisca. Desde entonces este inusual hecho se viene repitiendo todos los días y Francisca se ha cogido la baja por depresión, ya no sale de casa y está a base de orfidales. En el Barrio se han detectado más casos. La familia Terrados vive permanentemente hostigada por una panda de euros que les siguen a todas partes. El cabeza de familia dicen que ellos están sanos, que sólo acuden a las revisiones de los niños a su ambulatorio (cuando hay pediatra), pero parece que eso no les importa. “Cuando bajo al parking, ahí están, cuando voy a por los niños al colegio también, en el Caprabo, en el Polideportivo... ¡están en todas partes!”, nos confesaba desesperado éste padre de familia. “Les hemos dicho que estamos sanos, que no necesitamos que nos sigan, pero ellos insisten”. Les dicen que son órdenes de la Consejería. Ante estos hechos se han organizado en el barrio patrullas vecinales por las noches para quemar los billetes, pero parece que se reproducen. La Consejería de Sanidad ha emitido una nota de prensa en la que se lamenta de que “la eliminación de las barreras sanitarias esté produciendo algunos desajustes técnicos” pero declinan la responsabilidad atribuyéndola a grupos descontrolados de partidas presupuestarias que se están extralimitando en sus funciones de seguimiento.

PROPONEN CAMPEONATO DE SUMO PARA REGULAR COMPETENCIA INTERNA ENTRE CENTROS SANITARIOS.

El Centro ganador tendrá mayor asignación de recursos y podrán participar los liberados sindicales.

Adolf Mussolini. Redacción del Panóptico. Madrid. La sanidad madrileña atraviesa un momento de cambio profundo en su organización. Ante la incertidumbre que se ha desatado entre los profesionales en relación al procedimiento de regulación de la competencia interna entre centros sanitarios para la asignación de recursos, la Consejería de Sanidad ha propuesto un original "Campeonato de Sumo" en el que podrán participar los profesionales más competentes, incluidos los liberados sindicales. Por otro lado el Director General de Hospitales ha rechazado las propuestas de los sindicatos de organizar un campeonato de bolos cántabros por tratarse de un deporte extremo y violento. Otras ideas que cuentan con mayor tradición entre los profesionales como el ping-pong de pacientes o las propuestas de los sindicatos de enfermería de un campeonato de abanicos tipo Locomía han sido igualmente desestimadas. La propuesta definitiva será llevada a la próxima Mesa Intersectorial donde se espera una inmensa bronca.

EL PLAN DE SALUD MENTAL SE EDITARÁ EN FORMATO MINÚSCULO.

Greenpeace aplaude la medida.

Joseph Mulberrytrees. Redacción del Panóptico. La Consejería de Sanidad ha anunciado que el próximo Plan de Salud Mental 2009-2011 se editará en versión minúscula ya que como sólo cubrirá dos años y se va a realizar en unos meses no tendrá muchos contenidos. Aun así el Coordinador del Plan, el Doctor Petersen, ha pedido a los grupos de trabajo que hagan un esfuerzo en sintetizar las propuestas. Greenpeace ha aplaudido la medida, porque la edición de planes absurdos por todas las administraciones está deforestando la sierra madrileña. En la foto, el Doctor Burgueño sostiene unas maquetas del nuevo Plan.

SOSPECHAN INFILTRADOS "PROGRES" EN GRUPOS DEL PLAN.

Fumaban canutos, hablaban del amor libre y no abonaban el parking.

Felicia Crespiny. Redacción del Panóptico. Fuentes solventes cercanas al Comité Técnico del Plan de Salud Mental 2009-2011 de la Consejería de Sanidad de Madrid han declarado al Panóptico que sospechan que hay infiltrados "progres" en los grupos de trabajo organizados para su elaboración. En su opinión existen indicios suficientes para que se abra una investigación. En el Hospital Infanta Sofía se han encontrado restos de caspa, un libro del Subcomandante Marcos y un casete de versiones de Quilapayún interpretadas por Ana Belén. Piensan que durante las reuniones se han consumido canutos y se ha hablado del amor libre. Uno de los informantes, que prefiere quedar en el anonimato, asegura que le han sustraído un libro sobre amaestramiento de perros. "Quieren hacer una revolución psicodélica de la Salud Mental, crear un instrumento que permita liberarse de la opresión económica y política para

volver a encontrar una dimensión espiritual y lanzarse hacia lo absoluto comunitario”, comenta consternado mientras ojea la revista Psychologies en su despacho. Además al parecer exigieron que se les abonara la tarifa del Parking. Otras fuentes afirman que se trata de miembros conocidos de la organización asamblearia A.M.S.M. y que cuentan con financiación del Ministerio socialista y de la embajada cubana.

DESARTICULADA RED MAFIOSA DE LISTAS DE ESPERA DE SALUD MENTAL. Se repartían las plazas de media y larga estancia mediante un pacto criminal.

Mike Donald. Redacción del Panóptico. La Consejería de Sanidad de Madrid ha desarticulado una peligrosa red mafiosa que se hacía llamar Comisión Regional de Rehabilitación de la Comunidad de Madrid (CRR) dedicada al control de las listas de espera para las camas de media y larga estancia de enfermos mentales de la región. Según declaraciones de altos cargos de la Consejería era una reunión de “cuatro personas donde hacían y deshacían las listas de espera a su antojo”. La organización mafiosa centralizaba sus actividades en un edificio en la calle Conde de Peñalver, pero contaba con una red de organizaciones locales por todos los distritos sanitarios excepto las zonas norte y sur de la comunidad donde al parecer existen otras organizaciones similares que trabajaba autónomamente. Funcionaban gracias a un pacto criminal por el que se repartían las plazas según territorios. Se teme que esta desarticulación genere una guerra de listas de esperas, pero los responsables de la Consejería han prometido mano de hierro y que aplicarán las listas de espera a su manera.

NOTICIAS BREVES.

Por Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid.

Los CSM perdidos estaban en un bingo. Tres CSM perdidos el año pasado, que atienden a las siglas V., C. y M., han sido encontrados en un bingo. Sus padres han pedido a la Comunidad de Madrid que se hagan cargo de ellos pues son incapaces de controlarlos.

Proponen la beatificación de Francisco Ferre. La Asociación de Mártires de la Salud Mental ha elevado a la Santa Sede una propuesta de beatificación de Francisco Ferre que sufrió martirio por parte de las hordas comunitarias durante su mandato en la Obra del Plan de Salud Mental 2003-2008.

Publican caso de trabajador feliz de la Oficina. La prestigiosa revista New England Journal of Medicine ha publicado en su último número el extraño caso de un empleado de la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental que acudía sin angustia y feliz a su puesto de trabajo. Aseguraba que el ambiente era magnífico. Asombrosamente el empleado tenía sus facultades mentales intactas.

Descubren Gerente de hospital que conocía lo que era un CRPS. Un gerente hospitalario, cuya identidad aún no ha sido desvelada, aseguraba conocer lo que era un CRPS. El caso ha sido puesto en manos de la Autoridades Sanitarias y se ha decretado su inmediato aislamiento, aunque afirman que la afección no parece muy contagiosa.

EL PANÓPTICO DESVELA MANUAL SECRETO PARA LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA.

La estrategia lleva aplicándose más de diez años.

JM Miror. Redacción del Panóptico. Madrid. El Panóptico ha tenido acceso a un inédito documento elaborado por la FAES y la Asociación de Corporaciones Médico-Empresariales (ACME) denominado Manual ACME para la Privatización. El manual describe paso a paso una estrategia gradual para poner en manos privadas los sistemas sanitarios públicos sin que se produzcan convulsiones sociales. El manual se inspiran los documentos de la Organización Mundial del comercio sobre la liberalización de bienes y servicios en los que se denuncian a los sistemas sanitarios europeos como excesivamente proteccionistas y con tácticas de monopolio. Las líneas estratégicas y pasos sucesivos que se reflejan en el manual son las siguientes:

- Paso 1: ley 15/97 que permite nuevas formas de gestión. 1997
- Paso 2: creación de la Fundación Alcorcón: primer hospital de la CAM con una nueva forma de gestión. Año 2000.
- Paso 3: LOSCAM: que crea la RED UNICA de ASISTENCIA SANITARIA que separa las funciones de financiación y provisión de servicios que permite la entrada de proveedores privados en la asistencia sanitaria. Año 2002.
- Paso 4: TAMAYAZO: comprar dos diputados socialistas para cambiar el resultado de las urnas. Año 2004.
- Paso 5: foto en el palco del Bernabeu con Florentino Pérez. Año 2004.
- Paso 6. Esperanza Aguirre pone en marcha su plan lista de espera quirúrgica: la clínicas privadas entran en el negocio de la sanidad. Año 2005.
- Paso 7: Creación del Hospital de Fuenlabrada bajo la fórmula de Empresa Pública. : nuevo ensayo de nuevo modelo de gestión. Año 2005.
- Paso 8: callar a los sindicatos con suculentas subvenciones.(estrategia anual permanente).
- Paso 9: activar en el inconsciente colectivo el arquetipo de gestión pública/burocracia ineficaz y el arquetipo de gestión privada/libertad/eficiencia. (estrategia anual permanente).
- Paso 10: rescatar con dinero público la ruinosa Fundación Jiménez Díaz y revenderla a CAPIO.
- Paso 11: destitución del gerente de la Fundación Alcorcón y rescate de sus deudas.
- Paso 12: Crear 6 nuevos hospitales con formulas de PFI para contentar a los del palco del Bernabeu: se privatiza la parte no asistencial. Año 2008.
- Paso 13. Se lanzan globos sondas sobre el copago. (estrategia permanente)
- Paso 14: creación del primer hospital mediante concesión administrativa a la empresa CAPIO, el Hospital de Valdemoro. Pasa a manos privadas la gestión de la atención de una área sanitaria excepto la Atención Primaria.
- Paso 15: conceder a la empresa CAPIO la atención especializada del área sanitaria de influencia de la FJD. 500 000 madrileños son atendidos por CAPIO. Año 2008.

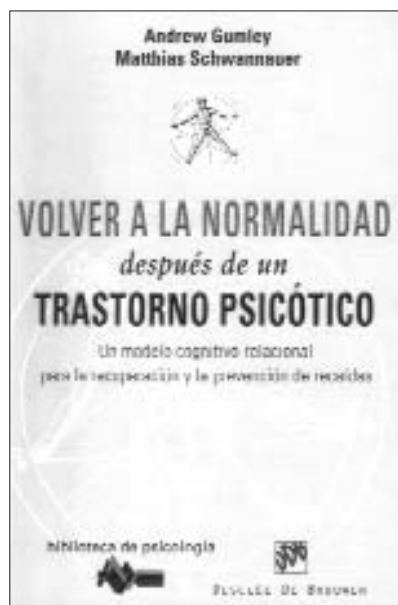
- Paso 16: Proyectar la construcción de 4 nuevos hospitales mediante concesión administrativa: se privatizará la gestión de la atención de Mostoles, Torrejón, Collado-Villalba y Carabanchel. Pliego de condiciones elaborado en 2009.
- Paso 17: se importa el controvertido modelo de Empresas de Base Asociativas (EBAS) de Cataluña para gestionar 3 nuevos centros de Atención Primaria. Se inicia la privatización de la gestión de Atención Primaria. Año 2009
- Paso 18: dimite la Junta del Real Madrid por corrupta. Año 2009.
- Paso 19: Proyecto de libre elección de médico y centro sanitario y de Área Única Sanitaria. Se crea un mercado interno, una competencia entre servicios y centros y un pago capítativo por pacientes atendidos. Desaparece la planificación por Áreas y se introduce en el sistema sanitario público la lógica del mercado. Cambian las reglas del juego. Años 2009- 2012.
- Paso 20: se hacen los planes funcionales de los hospitales antiguos. Se externalizan los servicios no sanitarios. Año 2009.
- Paso 21: Vuelve Florentino Pérez a presidir el Real Madrid. Año 2009.
- Paso 22: toda la atención primaria se transforma en EBAS.
- Paso23: Cada hospital proveedor y servicio compiten por los pacientes más rentables.
- Paso 24: Los proveedores privados exigen ser un proveedor más del sistema público.
- Paso 25: : todos los hospitales y centros se gestionan privadamente.
- Paso 26. todos los madrileños desayunan salmón.
- Paso 27: se crea una superestructura burocrática para controlar los flujos de dinero y de pacientes. Las empresa consultoras e informáticas hacen su Agosto. Incrementan alarmantemente los gastos administrativos.
- Paso 28: el sistema es un caos. Los profesionales se incineran, excepto algunos que se compran nuevos palos de golf.
- Paso 29: el sistema es insostenible económicamente: se introduce el copago para algunas prestaciones. Los fumadores y obesos pagan por sus angioplastias.
- Paso 30. Florentino Pérez deja de fumar.
- Paso 31: los ideólogos dicen que el sistema sigue siendo burocrático. Proponen romper el aseguramiento único y dejar la LIBERTAD al ciudadano de elegir su sistema sanitario.
- Paso 32. Florentino Pérez es nombrado Consejero de Sanidad e Infraestructuras. Se reúne en el Hotel Wellington con los empresarios sanitarios. Se pide un cambio de la LGS para permitir la libre elección de Seguro Médico.
- Paso 33. La UE establece una directiva por la Libertad y el Sostenimiento de la Protección Sanitaria en Europa llamada "Compromiso con los Pacientes" que obliga a los Estados a la Libertad en la elección del Aseguramiento Sanitario.
- Paso 34: se cambia la LGS y se establece un nuevo sistema de seguros médicos privados. Se crea un seguro benéfico para los que no puedan acceder a un seguro privado.
- Paso 35. Florentino Pérez se criogeniza.

hemos leído

VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO.

Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas.

Autores: Andrew Gumley y Matthias Schwannauer
DDB, Bilbao. 2008



Contaba Guillem Feixas (Universidad de Barcelona) que tras escuchar una clase a la que había invitado como profesora a Philippa Garety se acercó a ella y le dijo: “probablemente no lo sabe todavía, pero usted es constructivista...” Algo parecido les decía yo, en el diálogo imaginado entre lector y autor, a los autores al comienzo del libro.

La lectura de esta obra me ha hecho pasar por diferentes momentos. Una fase de euforia inicial al comprobar que se publica un libro donde la subjetividad del paciente es considerada crucial; una segunda fase donde el escepticismo gana terreno, cuando los autores afirman proponer un modelo (llamado “cognitivo-relacional” pero incluido por los autores dentro de lo cognitivo-conductual) y una tercera fase de desasosiego y resquemor donde no hacía más que repetirme “es que no es justo”...

Se puede destacar del libro la recopilación de estudios que “siembran” muchas de sus páginas. Y puede uno enterarse de que más importante que la emoción expresada son las percepciones de controlabilidad e internalidad de los familiares, de estudios que muestran que el número de recaídas a veinticuatro meses es similar para sujetos con dosis altas o bajas de antipsicóticos o cómo la reacción de los profesionales ante el relato delirante influye en la vivencia que hacen de él los sujetos.

Se puede disfrutar con una propuesta de intervención más o menos estructurada. Pero lo que no se pueden disfrutar son las ausencias. No existe ninguna alusión al grupo de Antonio Semerari (puntero en investigación sobre procesos metarrepresentacionales) aun cuando refiere la importancia del fomento de la capacidad autorreflexiva. No existe ninguna alusión a Guidano, Lotti, Arciero... a pesar de abogar por la importancia de recuperar la teoría del apego para explicar las reacciones ante la psicosis. Y durante toda la obra se refiere a la integración narrativa y los significados personales (de forma poco metódica e intuitiva, tanto en la psicopatología como en la clínica) sin aludir a ningún autor del ámbito constructivista.

Pero no es óbice para dar la bienvenida a todo tipo de planteamientos que consideren a la persona diagnosticada de trastorno psicótico como protagonista real de las intervenciones psicológicas, primer paso hacia la generación de nuevos roles socio-sistenciales.

Alejandro Bello

ha pasado , está pasando

EN LA RED

Con fecha 1 de Enero de 2009 la empresa CAPIO se ha hecho cargo de toda la atención especializada de la población asignada a los Centros de Salud Mental de Moncloa, Centro y Arganzuela. Los ingresos hospitalarios de toda esta población se están haciendo en condiciones muy precarias en la Fundación Jiménez Díaz. La empresa Capiro ha asumido la atención ambulatoria en salud mental de la población que atendía el Centro de Salud Mental de Moncloa. El equipo del CSM de Moncloa ha sido desmantelado: 3 profesionales con contratos dependientes del Hospital Puerta de Hierro se han incorporado a este hospital, un profesional ha firmado un nuevo contrato con la empresa CAPIO y ocho profesionales siguen dependiendo administrativamente de la Comunidad; pero prestan sus servicios para CAPIO, según los criterios dictados desde la Fundación Jiménez Díaz, a los cuales se han unido un psiquiatra y una enfermera procedentes de la empresa CAPIO. Las actividades del Programa de Rehabilitación han estado suspendidas y se han reanudado recientemente pero dado que no se prevé una Comisión de Rehabilitación del área dependiente de CAPIO, seguirán integrados en la Comisión de Rehabilitación del Área 6. La atención a la población infantil de Moncloa se está viendo en las consultas externas de la Fundación Jiménez Díaz y la empresa CAPIO tiene en proyecto crear un equipo de atención infantil para todo su área de influencia (C.S.M. de Arganzuela, Centro y Moncloa) y ubicarla en el Centro de especialidades de Quintana.

Los centros de salud mental de Centro y Arganzuela están pendientes de que CAPIO tome una decisión. Para Centro, existe una propuesta por parte de los profesionales de que pasen a depender funcionalmente del Hospital Clínico, ingresando sus pacientes allí e incorporándose el C.S.M. al funcionamiento del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, a cambio la empresa CAPIO tendría que compensar al Hospital Clínico por la prestación que les da. Capiro, al igual que hizo en Valdemoro con los Hermanos de San Juan de Dios, subcontrataría la atención a la salud mental a la Consejería de Sanidad. Para ello la Gerencia del Hospital Clínico tiene que hacer esa oferta y la Empresa CAPIO aceptarlo. Están haciendo cuentas. Eso es lo único que cuenta. El CSM de Arganzuela está en la misma situación; pero en este caso debería ser la Gerencia del Hospital 12 de Octubre la que hiciese la oferta. A día de hoy no tenemos más noticias.

En Valdemoro, también dependiente de la empresa CAPIO, ya han pasado por distintos modelos. Primero subcontrataron a los Hermanos de San Juan de Dios y ahora quieren amortizar la inversión que han hecho en el Hospital de Valdemoro y han empezando a ingresar en el mismo y la atención ambulatoria la hacen en las Consultas Externas del mismo hospital. La zona dependiente de Ciempozuelos, que también es población de CAPIO, sigue dependiendo de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón hasta el 2012 y luego ya se verá.

Aún no se sabe cual será el papel que asigne a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental el nuevo Plan de salud mental. Y su persistencia ó no y sus funciones debería ser uno de los ejes vertebradores del nuevo plan. Si a los hechos nos remitimos la Oficina se desmantela. Con excesiva actividad interna y apenas actividad hacia el exterior, los profesionales que han trabajado en la misma van abando-

nando el barco: la responsable de los temas de Infantil se ha incorporado al Hospital Puerta de Hierro. Los responsables de Rehabilitación y Unidades de Media y Larga Estancia se incorporan al Taller de San Enrique y al CSM de Retiro respectivamente. Para encargarse de sus tareas no se ha nombrado a nadie hasta la actualidad.

EN EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Agustina Crespo

En el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de Enfermos Mentales Crónicos de la Consejería de Sanidad estamos asistiendo a “sinuosos” cambios en la organización y proceso asistencial.

Como recurso específico y rehabilitador de dicho programa están las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP), gestionadas por un responsable nombrado por la Oficina Regional y como órgano de evaluación de admisión-exclusión de casos existe, desde hace aproximadamente cuatro años, una Comisión de Evaluación formada por representantes de los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de las distintas Áreas Sanitarias, donde están representadas todos los grupos profesionales que forman los equipos multiprofesionales de los Centros de Salud Mental.

La herramienta fundamental de dicha Comisión para la evaluación de casos es un documento que se elabora en la Oficina Regional donde participaron diferentes profesionales de distintas áreas, donde se especifica el funcionamiento y requisitos para la adjudicación para ambos tipos de camas hospitalarias.

En los últimos años, se había conseguido una transparencia en la gestión de estas camas en cuanto a la equidad en los requisitos de acceso, evaluación exclusión-inclusión de casos, listas de espera, distribución de camas de UHTR por áreas y unos acuerdos de coordinación entre las áreas y las Unidades hospitalarias.

Desde hace algunos meses, es difícil precisarlo, en instancias superiores a la Comisión se han tomando decisiones de ad-

judicación de plazas que no han pasado por los sistemas de evaluación y adjudicación establecidos y consensuados rompiéndose, así, el principio de equidad que se había logrado en los últimos años.

Las camas adjudicadas a pacientes, fuera de los procedimientos actuales, son de zonas sanitarias donde se ha privatizado la gestión sanitaria y en donde los procedimientos de evaluación y seguimientos de casos han dejado de realizarse.

Esta circunstancia rompe el procedimiento de evaluación y adjudicación actual regresándose a antiguos procedimientos donde la evaluación de casos para estas plazas y la lista de espera eran elementos ocultos, parece que volvemos a una gestión vertical con los peligros de desigualdad que conlleva para este tipo de pacientes, unos que no son, en muchas ocasiones, capaces de demandar nada y otros para los que no sería adecuado el recursos para su proceso rehabilitador.

Otro cambio, ocurrido hace pocos días, es que la responsable del Programa Rehabilitación y Continuidad de Cuidados y el responsable de la gestión de la Comisión de Evaluación de casos y de la Coordinación de las camas de U.H.T.R. y U.C.P.P. han decidido volver a su labor asistencial y dejar la labor de gestión, tal vez por las irregularidades que se están llevando a cabo en los últimos meses. La respuesta de la responsable absoluta de la Oficina Regional a los representantes de las Áreas del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados ha sido que ya se decidirá la sucesión de las personas, que “no se prevén cambios fundamentales pero si cambios de criterios en el funcionamiento” y nos tanteó para que realizáramos propuestas. No expreso que tipo de criterios podría o no cambiar desear cambiar si comento el “impasse” en el que se encontraba esperando que se termine de elaborar el nuevo Plan de Salud Mental.

Ante esto todos los responsables nos quedamos un poco sorprendidos y/o perplejos, nos dijo que nos auto-convocamos para una próxima reunión.

Tendremos que seguir estando para ver que sigue pasando y como se van sucediendo los “cambios de criterios” en la gestión de estos recursos hospitalarios y rehabilitadores y observar si se cumplen los principios de universalidad y equidad para los pacientes que los necesitan.

hem()s estado...

EN LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO CHAMBERLIN

El 29 de enero asistimos a la presentación del Proyecto Chamberlin, que tiene como objetivo la sensibilización sobre las enfermedades mentales en la población general y especialmente con alumnos de segundo ciclo de la E.S.O. En la presentación, sus responsables (profesionales del C.R.L. Nueva Vida) y colaboradores (han sido múltiples y en el acto estuvieron representados por Carmen Carrascosa y Carmelo Vázquez) nos presentaron las herramientas de las que se va a servir el proyecto para lograr su objetivos: un cómic y una página Web con distintos niveles de información, muy cuidada, en función del grado en el que se quiera profundizar en distintos aspectos sobre la enfermedad mental. El Proyecto ha merecido nuestra atención por la calidad de sus materiales, lo pionero del mismo en castellano, y la adaptación a nuestro contexto. Os recomendamos que visitéis su página web [HYPERLINK "http://www.proyecto-chamberlin.org/"](http://www.proyecto-chamberlin.org/) www.proyecto-chamberlin.org y buceéis en sus contenidos.

Y EN LA ASAMBLEA DE MADRID

El día 21 de Enero a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista de la Asamblea de Madrid, el presidente de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) compareció en la Comisión de Estudios del Funcionamiento de los Diferentes Modelos de Gestión de Servicios Sanitarios Públicos de la Asamblea de Madrid. La comparecencia se llevó a cabo ante la Presidenta de la Comisión, Doña Beatriz Elorriaga, y en presencia de los representantes de los Grupos Parlamentarios del PP, PSOE e IU. El procedimiento establecía 15 minutos para el compareciente, 10 minutos de intervención para cada uno de los tres portavoces de los grupos parlamentarios de la Asamblea y 10 minutos finales para que el compareciente contestase a las portavoces. Unos días antes de la comparecencia, la Comisión había hecho llegar al compareciente un listado con las siguientes preguntas que le planteaban los grupos parlamentarios:

Preguntas de Javier Rodríguez Rodríguez (Portavoz del Grupo Popular en la Comisión de Estudio)

- 1) ¿Qué opinión le merece la aplicación de diferentes sistemas de gestión en la prestación de servicios públicos sanitarios?
- 2) ¿Cómo valora las diferentes formas de colaboración público-privada que se están aplicando en el Sistema Nacional de Salud?

Preguntas de Lucas Fernández Martín (Portavoz del Grupo Socialista en la Comisión de Estudio)

- 1) ¿Qué mejoras crees necesarias en Atención Primaria?
- 2) ¿Cómo cree que se encuentra en estos momentos la relación entre Atención Primaria-Atención Especializada y a su juicio como podría mejorarse?
- 3) ¿Cuál es su opinión sobre el nuevo modelo previsto por el Gobierno de la Comunidad de Madrid para la Atención Primaria, Entidades de Base Asociativa y centros con dependencia funcional y jerárquica de los hospitales?

- 4) ¿Cree que se está evaluando suficientemente la eficiencia de los servicios que se han externalizado en los centros sanitarios?
- 5) ¿Qué mejoras cree necesarias en la Atención Especializada Madrileña en su conjunto?
- 6) ¿Cree que los hospitales recientemente inaugurados con modelos mixtos-Empresas Públicas para la asistencia clínica y PFI para construcción, mantenimiento y personal no sanitario en su totalidad aportan mayor eficiencia, flexibilidad y mejora en la calidad asistencial?
- 7) ¿Qué ventajas e inconvenientes puede aportar el nuevo modelo que pretende implantar el Gobierno de la Comunidad de Madrid para los hospitales y centros de especialidades que van a ponerse en marcha en esta legislatura- Concesión Administrativa con pago capitativo para la Asistencia Sanitaria y PFI con canon para la construcción, mantenimiento y personal no sanitario? ¿Qué diferencias existen con la implantación en otros países? ¿Cómo cree que se puede mejorar el control de unos servicios que pagamos entre todos?
- 8) ¿Considera apropiado que el hospital y por ende la asistencia sanitaria de una o varias poblaciones de la comunidad, dependa exclusivamente de empresas privadas en las que razonablemente priman los intereses económicos?
- 9) ¿Qué controles cree que existen y deben existir para garantizar la privacidad sobre la información confidencial, de todo tipo, en manos de empresas concesionarias?
- 10) ¿Considera que se deben buscar mecanismos de cooperación entre centros o cree necesario introducir la competencia entre hospitales?
- 11) Ante las consecuencias que podrían derivarse por las posibles dificultades financieras en las empresas que forman las concesionarias, ¿Cómo cree que podrían abordarse? ¿Qué efectos emanarían en este caso para los pacientes?
- 12) ¿Cómo valora la introducción del copago como factor financiador complementario para la asistencia sanitaria especializada y primaria?
- 13) ¿Qué opinión le merece el proceso de reorganización de efectivos que se ha llevado a cabo para los nuevos hospitales?
- 14) ¿Considera que el plan de salud mental esta siendo tenido en cuenta en la planificación sanitaria de la Comunidad de Madrid? ¿Cómo afectan las nuevas fórmulas de gestión a los profesionales de salud mental?

La respuesta a las cuestiones fundamentales que aparecen en este listado de preguntas fueron respondidas, desde la óptica de la atención a la salud mental, agrupadas en cinco apartados: 1) la Red de Atención a la Salud Mental, 2) deficiencias y carencias detectadas, 3) repercusiones de la implantación de los nuevos modelos de gestión en la Red de Atención a la Salud Mental. 4) el Plan de Salud Mental 2009-2011 y 5) Conclusiones y propuestas. El Documento completo base de la comparecencia lo puedes encontrar en la página Web de nuestra asociación: <http://www.amsm.es>

nustra web

NUESTRA WEB

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca
Vocal de WEB y Comunicación

Tras incorporarme, en octubre de 2008, a la Junta Directiva de la AMSM como responsable de web y comunicación, de lo primero de que me percaté es del enorme esfuerzo que había realizado mi antecesor en el cargo, Javier Sanz, para dotar a la AMSM de mecanismos útiles y eficientes de comunicación y divulgación. Continuando con la excelente labor iniciada por Javier, y atendiendo a estos objetivos, propuse una serie de cambios en base a las dificultades encontradas.

La **antigua página web** de la asociación estaba diseñada, alojada y actualizada externamente por SIE. Esto generaba varios inconvenientes:

1. El **nombre** de nuestro dominio estaba ligado al de ellos (www.sie.es/amsm), lo que distorsionaba la imagen de la asociación y resultaba poco intuitivo. Lo mismo ocurría con la antigua dirección de correo electrónico (amsm@sie.es).
2. La **actualización** de la web dependía de terceros, lo que provocaba que este proceso se tornara lento y costoso, con la consiguiente pérdida de eficacia comunicativa y de atractivo para los visitantes.
3. La **estructura de la web**, que se había conformado a lo largo del tiempo en base a la información que se había ido colgando, era demasiado farragosa, dificultando la navegación y contribuyendo también a disminuir su atractivo.

Realizo los siguientes cambios, en colaboración con el resto de la Junta Directiva:

1. Registro un **nuevo dominio** (www.amsm.es) que resulta intuitivo e independiente de terceros. El registro se realiza a través de la empresa ARSYS una de las más conocidas en este ámbito. Tenemos contratados los siguientes servicios, con los correspondientes costes: “Plan Personal” más “Servicio de Antivirus-AntiSpam” con 200 Mb de espacio en el Servidor, 2 GB de transferencia de información mensual y 10 buzones de correo: precio, a 31 de noviembre de 2008, de 58,80 eur/año + 24,00 eur/año.
2. También registro una **nueva dirección de correo electrónico**: aen.amsm@gmail.com.
3. Diseño una **nueva web** que, aunque menos “vistosa”, resulta más sencilla e intuitiva de explorar. Esto permite que, aún no siendo especialista en el tema, como es el caso, pueda actualizar con relativa rapidez los contenidos de la web.
4. Por último, hemos actualizado el link que tenemos desde la web de la AEN (www.aen.es).

A fecha de 3 de febrero de 2009, la web ha recibido 1152 visitas, lo que constituye un éxito indiscutible. Además, tras haber realizado las gestiones oportunas y sin pagar ningún tipo de patrocinio, hemos conseguido que la web de la AMSM (www.amsm.es) sea el primer resultado que ofrece Google si hacemos la búsqueda con el criterio “amsm”, y el cuarto si introducimos el criterio “Asociación Madrileña de Salud Mental”.

Para terminar, deciros que disponemos de un **“Listado (no exhaustivo) de e-mail” de socios y simpatizantes**. También mantenemos la **“Lista de Correo”**, creada por mi antecesor en el cargo. La dirección de la lista es aen_amsm@googlegroups.com. Cuando alguien envía un mail a esta dirección lo reciben todos los socios que estén dados de alta en la “Lista de Correo”. Puedes solicitar que te demos de alta en el “Listado de e-mail” y/o en la “Lista de Correo” enviándonos un correo electrónico a aen.amsm@gmail.es.

A modo de síntesis, los **recursos** actuales que tenemos a **nivel de comunicación y difusión**, a parte del boletín y del correo ordinario, son:

Dirección de correo electrónico de la AMSM:
aen.amsm@gmail.com

Web de la AMSM:
www.amsm.es

“Lista de Correo” de la AMSM
aen_amsm@googlegroups.com

“Listado (no exhaustivo) de e-mail” de socios y simpatizantes.

ANEXO EXPLICATIVO DE LA ESTRUCTURA DE LA WEB DE LA AMSM

A modo de ejemplo, paso a explicar el funcionamiento de la página principal de la web.

La página tiene un **índice principal de contenidos** (1). Cada contenido, tiene asociado un **subíndice de contenidos** (2). En nuestro ejemplo, el contenido "INICIO" de (1) tiene sólo (hasta la fecha) un contenido "Plan de Salud Mental 09-11" de (2). Por otro lado, en (3) podemos ver el número de visitas que ha tenido la web. Así mismo, (4) nos muestra la fecha de la última actualización de esta página. Podemos observar, a la derecha, que aparece un listado de últimas noticias. Este listado se puede explorar mediante el movimiento de la barra de desplazamiento (5). Algunas de los titulares (6), aunque no todos, están vinculados (link) a un texto que se puede abrir pinchando en el titular en cuestión. Se abrirá una nueva ventana con el texto asociado a la noticia.

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL
Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental
Miembro de la World Psychiatry Association y de la Federación Mundial de la Salud Mental

b i e n v e n i d o

Últimas Noticias

Inicio

Acerca de la AMSM

Actividades

Boletín

Documentos

Enlaces

Contactar con AMSM

Lista de correo

Hazte socio

Plan Salud Mental 09-11

Fecha publicación web	NOTICIA
3/02/09	COMUNICADO DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AEM) SOBRE SU RETIRADA DEL COMITÉ ASESOR PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2009-2011
3/02/09	INFORME FINAL del GRUPO de REHABILITACIÓN y CONTINUIDAD de CUIDADOS
3/02/09	Burguño confirma que los nuevos centros hospitalarios de Madrid serán gestionados mediante empresas concesionarias o PFI
26/01/09	LA AMSM SE RETIRA DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE S... En Asamblea extraordinaria llevada a cabo el día 20 de Enero de 2009 la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEM) ha decidido su retirada de la elaboración del Plan de Salud Mental 2009-2011 y no participará en el Comité Asesor de dicho Plan.
26/01/09	El Presidente de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEM) compareció el día 21 de Enero de 2009 en la " COMISION DE ESTUDIOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES

1

2

3

4

5

6

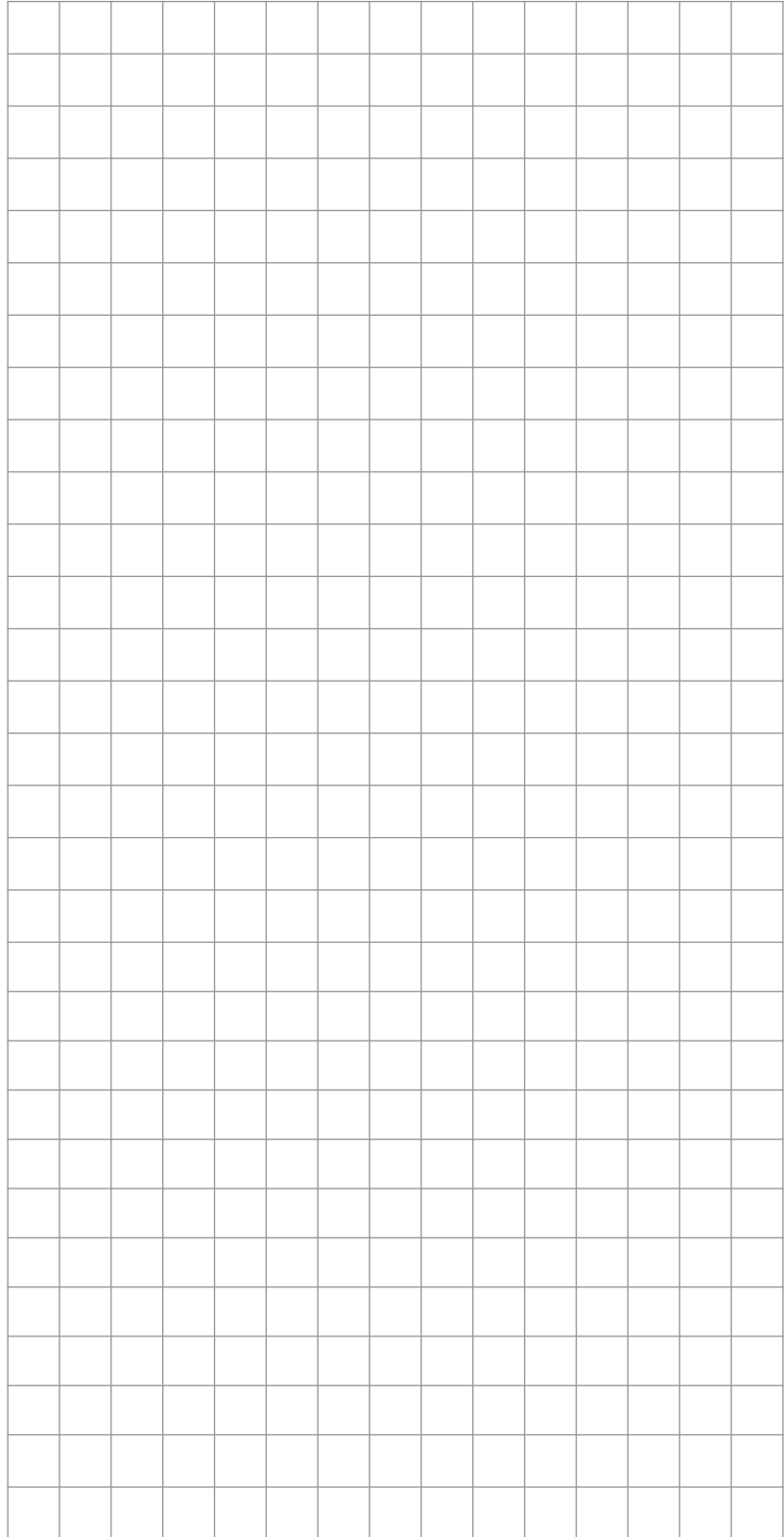
LINK

ACTUALIZACIÓN

DESCRIPCIÓN

dirección: jurbilla@pspp.com.es/pspp/pspp

n()tas



www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es