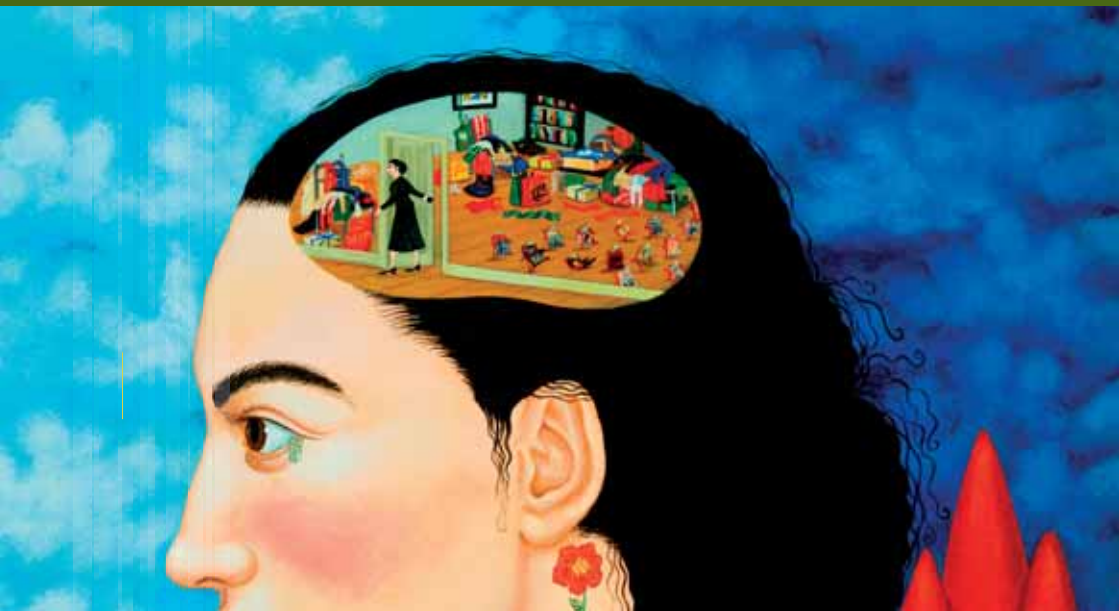


"GIZA
ESKUBIDEEI
BURUZKO
JARDUNALDIAK"
BILDUMA

COLECCIÓN
"JORNADAS
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS"

OSASUN MENTAL ETA PERTSONEN ESKUBIDEAK

SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS



ararteko

Herriaren Defendatzaillea
Defensoría del Pueblo

20
urte años

Zuretzat lanean
Trabajando para ti

**OSASUN MENTALA ETA
PERTSONEN ESKUBIDEAK**

**SALUD MENTAL Y DERECHOS
DE LAS PERSONAS**

**“XXVII. Uda Ikastaroak Donostian /
XXVII Cursos de Verano en San Sebastián**

**XX. Europar Ikastaroak - UPV/EHU 2008 /
XX Cursos Europeos - UPV/EHU 2008**

**“Giza eskubideei buruzko jardunaldiak” bilduma 12. zka. /
Colección “Jornadas sobre derechos humanos” nº 12**

© ARARTEKO

Fotokonposaketa eta inprimaketa / Fotocomposición e impresión:

Gráficas Santamaría, S.A. • www.grficassantamaria.com

Paper ekologikoa / Papel ecológico

ISBN: 978-84-89776-35-7

L.G. / D.L.: VI 522-2009

ararteko

AURKIBIDEA / ÍNDICE



AURKEZPENNA / PRESENTACIÓN	9
(Iñigo Lamarca – <i>Ararteko</i>)	
SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	15
(Iñaki Markez – <i>Centro de Salud Mental. Basauri</i>)	
SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (I)	41
(Rosa Braceras – <i>Egunabar, Asociación Vizcaína de Usuarios de Psiquiatría. Bilbao</i>)	
SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (II)	53
(Margarita Tarazaga – <i>FEDEAFES, Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos. Llodio-Llodio. Álava</i>)	
SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (III)	61
(Itziar Cabieces – <i>Psicóloga clínica. Leioa</i>)	

ararteko

AURKEZPENA / PRESENTACIÓN



Lau pertsonatik batek bizitzan zehar buruko gaixotasunen bat izaten duela uste da, larritasuna eta kroniko bihurtzea alde batera utzita. Era berean, uste da buruko gaixotasunak areagotu daitezkeela gertatzen diren aldaketa sozialak direla eta, esaterako zahartzea, indibidualizazioa edo loturazko euskarriak galtzea. Buru osasunarekin erlazioetatutako nahasteak eta gaixotasunak giza eskubideei eta osasunaren eta gizarte zerbitzuen sistemei dagozkien hainbat mailatan daude. Argitalpen honek 2008ko uztailaren 11n Donostian egin zen *Buruko osasuna eta pertsonen eskubideak* udako ikastaroan aurkeztu diren txostenak biltzen ditu. Ikastaroan maila desberdinen arteko desberdintasunak aztertu ziren eta antzemandako gabeziak adierazi ziren.

Alde horretatik, interesgarria da buruko osasunari dagozkion minak dituzten pertsonen zuzendutako gizarte eta osasun politika publikoak baloratzea. Horretarako haien eskubideak eta eurak babesteko mekanismoak kontuan hartuta, bereziki nahi gabeko tratamenduei eta baliabide komunitarioen eskasia egoteko aukerari dagokionez. Helburua da buruko gaixotasuna duten pertsonen oinarrizko eskubideak eta osasunaren babesa hobetzen saiatzea, eta baita eremu horretan parte hartzen duten politika publikoak hobetzea ere. Premisa horren barruan, argitalpen honen osotasunean, hiru multzo nabarmendu ditzakegu.

Se estima que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, independientemente de su gravedad y cronificación. También se estima que las enfermedades mentales pueden aumentar ante los cambios sociales que se producen relativos al envejecimiento y la individualización o pérdida de lazos de apoyo. Los trastornos y enfermedades relacionados con la salud mental tienen presencia en diferentes planos relativos a los derechos humanos y a los sistemas de salud y de servicios sociales. Esta publicación recoge las ponencias presentadas en el curso de verano sobre *Salud mental y derechos de las personas*, celebrado en Donostia-San Sebastián, el 11 de julio de 2008. En el curso se analizaron las relaciones entre los diferentes planos apuntados y se pusieron de manifiesto las deficiencias observadas.

En este sentido, resulta interesante evaluar las políticas públicas sanitarias y sociales dirigidas a las personas aquejadas por afecciones en su salud mental, todo ello en relación con sus derechos y los mecanismos que los protegen, especialmente ante los tratamientos involuntarios y la posible falta de recursos comunitarios. El objetivo reside en procurar la mejora de la protección de la salud y los derechos fundamentales de las personas con una enfermedad mental, así como de las políticas públicas que intervienen en este campo. Bajo dicha premisa, dentro del conjunto de esta publicación, podemos destacar tres bloques.

Lehenik eta behin, Basauriko Buru Osasuneko Zentroko Iñaki Markezek, profesional konprometitua den aldetik, gonbidatzen gaitu komunitate-psikiatriari buruz gizarteratzeko eta parte hartzeko modelo gisa berriz hausnartzera, kopuruzko datu eta azterketen bidez.

Bigarrenik, buruko gaixotasunen eta pertsonen eskubideen inguruan ikastaroan hitz egin zuten hiru pertsonak esan zutena biltzen da. Hauek hitz egin zuten: Rosa Bracerasek, *Egunabarreko* kideak –Asociación Vizcaína de Usuarios de Psiquiatría–, Margarita Tarazagak, FEDEAFESeko kideak –Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos– eta Itziar Cabiecesek, Leioako Ikea Barri Osasun Zentroko kideak. Hiru emakume izatea ez da uste-kabea izan.

Rosa Bracerasek gaixotasunaren eragina zuzenean izan dutenen ikuspuntua adierazi digu, ez soilik bizirik irten denaren gisa, baizik eta bere eskubidea delako aukera guztiak berreskuratu nahi dituen norbaiten moduan; gaixoek behar dutena zer den esanez eta gizartean eta osasunean dauden gabeziak adieraziz. Harrigarria izan arren, hark buruko gaixotasunari buruz duen ikuspuntua originala eta interesgarria da, agerian jartzen baititu profesionalak eta senitartekoek agian aintzat hartu ez dituzten ertz batzuk. Nolanahi ere, tartean diren eragile guztien artean akordioa beharrezkoa dela nabarmendu du.

Bestalde, Margarita Tarazagak buruko gaixotasunak dituzten Euskadiko pertsonen senitarteen elkarteek egindako bidea argertu digu. Gogora ekarri digu oso ga-

En primer lugar, Iñaki Markez, desde el Centro de Salud Mental de Basauri, nos invita como profesional comprometido, a través de una serie de datos cuantitativos y análisis, a repensar la Psiquiatría comunitaria como modelo de inclusión social y participación.

En segundo lugar, se recogen las tres intervenciones pertenecientes a la mesa redonda que tuvo lugar durante el curso bajo el tema de la salud mental y los derechos de las personas. Intervino Rosa Braceras, miembro de *Egunabar* –Asociación Vizcaína de Usuarios de Psiquiatría–; Margarita Tarazaga, miembro de FEDEAFES –Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos–; e Itziar Cabieces, perteneciente al Centro de Salud Ikea Barri de Leioa. No resulta casual que sean tres mujeres.

Rosa Braceras ofrece la perspectiva de los propios afectados directamente, no como mera superviviente, sino como persona que quiere recuperar todas las oportunidades a las que tiene derecho, señalando lo que necesitan los propios enfermos, así como las carencias sociales y sanitarias. Curiosamente su visión de la enfermedad mental resulta original e interesante porque apunta importantes aristas que pueden pasar por alto profesionales y familiares. En todo caso, señala la necesidad de entendimiento de todos los agentes implicados.

Por su parte, Margarita Tarazaga nos ilustra sobre el camino recorrido en Euskadi por el movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental

rrantzitsua dela estigmatizazioa sakonago egiten duten terminoak ez erabiltzea mundua izendatzerakoan.

Azkenik, Itziar Cabiecesek azpimarratu du nahitaezkoa dela diziplina arteko koordinazioa: osasuna, hezkuntza eta ikerkuntza, gizarte zerbitzuak, epaitegiak... Horren bidez eragindakoek berek eta beren senitartekoek parte hartzea ahalbidetuko da.

Buruko gaixotasunak gizarte zientzietan aztertzeko gehien erabiltzen den kontzeptuetako bat Erving Goffmanen *estigma* da, gainera medikuntzan eta gizarte osoarengan izan du eragina¹. 1963. urtean bere lana argitaratu zenetik², aurretik parte-hartzedun azterketa metodologia arrakastatsua erabali³, buruko gaixotasunen egoerak hobera egin du. Hala ere, halakoak pairatzen dituztenak, kasu askotan, baztertu gisa sailkatzen ditu gizarteak, eta are arriskutsuago, bigarren mailako hiritar gisa.

y nos recuerda la relevancia de nombrar el mundo con términos que no ahonden la estigmatización.

Finalmente, Itziar Cabieces resalta la imprescindible coordinación interdisciplinar en los planos sanitario, educativo y de investigación, de servicios sociales, judicial..., posibilitando, asimismo, la participación efectiva de los propios afectados y sus familias.

Uno de los conceptos más conocidos acuñados para analizar la enfermedad mental dentro de las ciencias sociales, con el mérito de haber repercutido en la medicina y en el conjunto de la sociedad¹, ha sido el de *estigma* de Erving Goffman. Si bien desde que se publicó su trabajo en 1963², utilizando previamente una celebrada metodología de observación participante³, las condiciones sobre la enfermedad mental han mejorado, lo cierto es que las personas que la padecen siguen estando, en muchos casos, catalogadas por la sociedad como excluidas y, de forma más peli-grosa, como ciudadanos de segunda.

1 Arachu Castro. 2006. Ciencias sociales, medicina y salud pública: un encuentro en torno al SIDA, *Temas* 47: 15-21 (http://www.temas.cult.cu/revistas/47/02_Arachu.pdf).

2 Erving Goffman. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva York: Anchor Books.

3 Erving Goffman. 1961. *Asylums: Assays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books. Lan hau zein 2. oharrean aipatutakoa gaztelaraz irakur daitezke, Buenos Aireseko Amorrortu argitaletxeak kaleratu baitzuten.

1 Arachu Castro. 2006. Ciencias sociales, medicina y salud pública: un encuentro en torno al SIDA, *Temas* 47: 15-21 (http://www.temas.cult.cu/revistas/47/02_Arachu.pdf).

2 Erving Goffman. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva York: Anchor Books.

3 Erving Goffman. 1961. *Asylums: Assays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Nueva York: Anchor Books. Tanto esta obra como la anterior citada en la nota 2 pueden leerse en castellano, publicadas por la editorial bonaerense Amorrortu.

Ikastaroaren aurkezpena bukatzeko, komenigarria da gogoraraztea kontzeptu hori metafora gisa interpretatzea, eta ondorioz, sekula finko ez dagoen gisa. Horretan guztiok dugu ezberdin egiten gaituen zerbait, baina ez ditugu horregatik eskubide eta betebeharrak ezberdinak. Betebeharrak publikoen artean senitartekoak aintzatesatea eta laguntzea dago –famiariako bizitza, bizitza pribatua eta lana bateratzeko zailtasunaren adibide bizidunak–, baina *normaltasun* dei ohi den muga aldakorrean dauden pertsonak egunero laguntzen dituzten profesionalak ere. Muga horretan herritar guztiak gaude, eta hori gaintitzeak ez du bazterkeria edo eskubideen erauzketa ekarri behar. Aitzitik, erakunde publikoek benetako gizartratzearen alde egin beharko dute, eta horrek baliabide egokiak eskuragarri jartzea eta egitura, prozeduratan eta jarreran aldaketak egiteko prest egotea dakar. Albert Einsteinek bere garaian esan zuen gaitzagoa zela suntsitzen aurreiritzia atomoa baino. Zailtasun horren jabe gara eta ez diogu beldurrik izan behar giza eskubideetan berritasun iraunkorrak dakartzkigun gizarterari, hor topatuko baititugu, nahitaez, buruko gaixotasunak dituztenen eskubideak ere.

Vitoria-Gasteiz,
julio de 2008

Conviene terminar esta presentación del curso recordando dicho concepto como metáfora de un proceso social, por ende nunca estático, en el que todos tenemos alguna condición que nos hace diferentes pero no por ello desiguales en derechos y en deberes. Entre los deberes públicos ha de reconocerse y respaldar activamente a los familiares –ejemplos vivientes de la dificultad de conciliar vida familiar, privada y laboral– y a los diversos profesionales que apoyan cotidianamente a las personas que están en la variable frontera de lo que se llama comúnmente *normalidad*. En esta frontera nos reflejamos todos los ciudadanos y su paso no puede suponer el abandono a su suerte ni el despojo de derechos, sino que las instituciones públicas habrán de velar por su inclusión real, lo cual implica la dotación adecuada de recursos y la apertura a cambios estructurales, procedimentales y actitudinales. Albert Einstein ya señaló que es más difícil desintegrar un prejuicio que un átomo. Siendo conscientes de esta dificultad, no habremos de temer una sociedad también innovadoramente sostenible en derechos humanos, donde se encuentran necesariamente los de las personas con enfermedades mentales.

Vitoria-Gasteiz,
2008ko uztaila

Iñigo Lamarca Iturbe

Arartekoa

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

IÑAKI MARKEZ

Médico psiquiatra

Centro de Salud Mental. Basauri

Miembro de OME-AEN

Multiplicidad de trastornos atendidos

Las personas con trastornos bipolares, esquizofrenias, abusos de alcohol y de otras drogas, depresiones mayores, experiencias disociativas, trastornos de personalidad, y otras alteraciones, pueden experimentar síntomas en forma crítica, siendo normalmente enviadas a un dispositivo de atención urgente de algún hospital o centro ambulatorio. También podrán ser atendidas las, cada vez más frecuentes, descompensaciones tras la vivencia de sucesos vitales traumáticos (rupturas afectivas, pérdidas de personas queridas, frustraciones, accidentes, catástrofes, etc.); tras reacciones frente a situaciones estresantes (despidos laborales, amenazas, ritmos laborales excesivos, carencia de recursos económicos...); o debidas a la fragilidad en los mecanismos de adaptación por carecer de apoyos en el entorno socio-familiar o poseer escasos recursos propios, lo que se ha denominado como "débil personalidad".

Atención de no-enfermedades

Hoy se atienden muchos "otros problemas" que hace una o dos décadas no se atendían y no se consultaban. Así, se consulta y atiende por cuestiones asociadas a la andropausia, la menopausia, la timidez, problemas estéticos, de soledad, conflictos laborales o en el ámbito familiar, agresiones, consumos excesivos de alcohol u otras sustancias, o acontecimientos estresantes. Hoy tenemos síndrome del quemado, síndrome postvacacional, síndrome de Ulises en población inmigrante, síndrome premenopáusico en mujeres, síndrome de estar enfermo..., por no entrar en la multitud sindrómica en la infancia y adolescencia. El listado de nuevos trastornos, anteriormente no considerados, puede alargarse considerablemente. Sin duda, muchos producen desajustes en nuestro funcionar del día a día, con cuadros desadaptativos que tienen notoria repercusión en quienes lo padecen.

Numerosos de estos pacientes tienen problemas *leves* y hacen valer sus derechos, al contrario de lo que ocurría hace unas décadas con los "locos" tradi-

cionales. Esto en sí mismo hace que, en la asistencia psiquiátrica, aparezcan muchos pequeños conflictos anteriormente inexistentes. Y de ahí a la práctica defensiva o inapropiada existe poco trecho.

Hablaré en torno al contexto público donde los profesionales gestionan actuaciones y recursos sanitarios para que la población mejore su salud mental. En el contexto privado la opinión del “paciente” es clave en la indicación de tratamiento, que está condicionado por aspectos mercantiles, donde el paciente puede llegar a solicitar psicoterapia y/o medicación para su mejoría. Se identifica la demanda de tratamiento con su indicación (Ortiz Lobo, 2008), quedando el terapeuta como expendedor de escucha o prescriptor legal de sustancias.

La atención a la salud mental desde concepciones comunitarias ha ido cambiando mucho en las últimas décadas, tanto en la asistencia como en los ideales asistenciales a cubrir. Si tradicionalmente la salud mental ha estado alejada del interés del sanitario y del administrador, condenada a una zona de temor y aislamiento, con la Psiquiatría comunitaria apareció como un concepto amplio e interactivo, solo entendible en el contexto de toda la globalidad de los cuidados posibles.

En los años ochenta, ayer mismo, los servicios psiquiátricos se hallaban en situación de organización paralela al resto de los servicios y, de modo especial, al primer nivel asistencial, la asistencia primaria. Esta situación de discontinuidad, impedía atender al enfermo en la globalidad de la persona y su sufrimiento e impedía que muchos pacientes psíquicos fueran atendidos correctamente, sencillamente porque no tenían entrada ni cabida en el circuito asistencial psiquiátrico.

Ya en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) se expresaba el principio de continuidad terapéutica y también propuestas y recomendaciones para “la protección de la salud mental en la atención primaria”. El equipo de atención primaria debería estar capacitado para identificar los trastornos psicoemocionales y componentes emocionales de los trastornos generales; discriminar y llevar a cabo seguimientos de casos con o sin apoyo especializado; derivar correctamente; cooperar en el seguimiento y la rehabilitación; y participar en la evolución de programas de salud mental.

A pesar de las recomendaciones de la Comisión Ministerial, el problema fundamental quizá resida en su lento y escaso desarrollo. Además el modelo heredado dificulta la tarea en su origen, al ser definida la salud mental como un modelo de apoyo al nivel primario. Así es entendible que cerca del 50% de los servicios de salud mental en 1990 aún no tuvieran vinculación alguna con la atención primaria. Por tanto, se confirma algo ya constatado en otros países y es que el nuevo desarrollo de centros de salud mental comunitarios no garantizaba la coordinación e integración de los equipos de salud mental con la atención primaria. Como decía M. Shepherd (1966) *"el desarrollo de la atención al enfermo mental no pasa en estos momentos por la proliferación de servicios psiquiátricos, sino más bien por el reforzamiento del papel que el médico general debe asumir en la atención a dicha patología"*. Desde nuestro punto de vista, al médico general deben añadirse otros profesionales. Afortunadamente en esta Comunidad Autónoma el desarrollo de dispositivos y los procesos de integración y coordinación de niveles asistenciales a lo largo de la década de los años noventa fue notorio.

Por otro lado, es importante y necesario **conocer la demanda** asistencial, así como la detección de nuevos casos, para estudiar quiénes de ellos son susceptibles (y necesitados) realmente de atención médica.

En los diferentes niveles de atención sanitaria son muchos los casos de pacientes con síntomas manifiestos o encubiertos asociables a una enfermedad mental. Los especialistas estarían imposibilitados para una correcta intervención si la demanda asistencial fuera similar a los casos con sintomatología psíquica diversa e inespecífica. No cabe duda, ya estaba probado ampliamente en nuestro medio y también en el área occidental, que la demanda y consulta por patología psíquica se realiza principalmente en la medicina general, frente a porcentajes reducidos que consultan directamente al psiquiatra o el equipo de salud mental. Los equipos de salud del nivel primario son la puerta principal para todos los problemas de salud, los de salud mental incluidos, y por ello, desde el primer momento el abordaje puede ser integral.

Afortunadamente el médico no psiquiatra y los equipos de atención primaria de salud atienden a la mayor parte de estos pacientes que demandan asistencia, siendo el 90% o más quienes reciben cobertura en los dispositivos extrahospitalarios y solo un 10% o menos los atendidos por psiquiatras u hospitales psiquiátricos (Kielholz, 1985).

Los estudios comunitarios de **morbilidad psiquiátrica** desarrollados ya desde los años ochenta apuntaban a cifras del 10-25% de trastorno psíquico definido en la población general y aproximadamente del 50% al 60% con algún síntoma psíquico menor como insomnio, ansiedad, etc. Estas elevadas cifras reflejan en sí mismas una necesidad de intervención. Dicha intervención es realizable desde diferentes estamentos profesionales, diferentes niveles de atención sanitaria o diferentes instituciones.

Cuadro 1.- Prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos mentales

	Prev. año			Prev. vida		
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total
Depre. mayor	2,15	5,6	3,96	6,3	14,5	10,5
Distimia	0,52	2,4	1,5	1,85	5,3	3,65
Cualquier trast. ánimo	2,33	6,25	4,4	6,7	15,8	11,5
Ansiedad gen.	0,44	1,2	0,8	1,15	2,6	1,9
Fobia social	0,6	0,6	0,6	1,06	1,3	1,2
Tr. estrés postraumat.	0,25	0,94	0,6	1,06	2,8	1,9
Agorafobia	0,15	0,6	0,4	0,5	0,8	0,6
Angustia	0,4	0,98	0,7	0,95	2,4	1,7
Cualquier tr. ansiedad	2,5	7,6	5,2	5,7	12,8	9,4
Abuso OH	1,4	0,05	0,7	6,4	0,95	3,6
Cualquier tras. mental	5,25	11,44	8,5	15,7	22,9	19,5

Podemos decir que los trastornos mentales son frecuentes hoy día. Aproximadamente un 20% de la población padecerá un trastorno mental ansioso o depresivo en algún momento de su vida, y sobre un 10% lo ha padecido en el último año (cuadro1).

Sobre los trastornos mentales graves no es fácil localizar datos fiables. Se acepta que el diagnóstico psiquiátrico no está asociado a la gravedad clínica. Se atribuye mayor gravedad a trastornos bipolares y esquizofrénicos pero hay otros muchos trastornos (depresivos, de ansiedad, de personalidad...) que reúnen criterios de gravedad por la intensidad de síntomas o por las consecuencias asociadas. De todos modos existe consenso para decir que los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-4% de la población adulta.

Algunos datos

Al observar las consultas en últimos años comprobamos un crecimiento, año tras año, salvo en 2006, en el conjunto de Bizkaia, para el número de consultas programadas, las urgentes o las ausencias a consulta (tabla 1). Quienes acuden a consulta urgente, vienen a representar en torno al 2% en la provincia y las consultas programadas realizadas son casi el 90%.

Tabla 1.- Consultas en SMEBizkaia, según tipo de cita

	Programada	No acude	Urgente	Total
2002	303.637 (90,3%)	26.122 (7,8%)	6.673 (2,0%)	336.432
2003	319.516 (89,8%)	28.371 (8,3%)	6.865 (1,9%)	355.752
2004	318.704 (89,4%)	30.710 (8,6%)	7.062 (2,0%)	356.476
2005	324.327 (89,5%)	31.136 (8,6%)	6.884 (1,9%)	362.347
2006	316.620 (89,0%)	31.552 (8,9%)	7.608 (2,1%)	355.789

Son muchas las actuaciones urgentes y, sin duda, son la puerta entreabierta a la intervención psicoterapéutica posterior en el nivel primario o en el especializado. Incluso son muchos los casos en los que la atención urgente es un momento repetido para el tratamiento de algunos enfermos crónicos.

**Tabla 2.-Pacientes en Servicio Extrahospitalario de Bizkaia
Atendidos en Consultas de Urgencias. 2006**

	<18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64	TOTAL	Varón	Mujer
Ps. orgánica	1	1	2	5	1	4	48	62	18	44
Ps. afectiva	2	11	57	77	92	68	121	428 (22%)	145	283
Otras psicosis	20	30	151	207	157	84	111	760	392	368
Alcoholismo	0	5	34	129	159	84	49	460 (8,2%)	345	115
Otras toxic.	5	44	212	298	91	8	6	664 (11,8%)	513	151
Neurosis	91	101	318	486	417	296	459	2.168 (38,7%)	711	1.457
Tr. personalidad	10	24	50	53	34	11	16	198 (3,5%)	110	88
Otros diagn.	69	21	39	37	19	17	10	212 (3,8%)	131	81
No consta	58	50	117	127	116	59	129	656 (11,7%)	293	363
TOTAL	256	287	980	1.419	1.086	631	949	5.608	2.658	2.950

El diagnóstico de la urgencia ambulatoria, siguiendo criterios CIE-9 y CIE-10, alcanza unas elevadas cifras (tabla 2). En el año 2006, fueron atendidos “de urgencia” 24 pacientes por día en los diferentes centros de Bizkaia.

Han sido escasos los estudios realizados sobre epidemiología psiquiátrica y los realizados lo han sido sobre áreas geográficas muy pequeñas. En los años noventa desarrollamos algunos trabajos sobre ello (Markez, Retolaza y Balles-teros, 1992, 1995). Más recientemente, en esta década ha habido trabajos sobre la depresión en Cantabria, en personas sin hogar en Madrid, en Zaragoza en demencia y depresión, en la comunidad gallega... Siempre se han realizado con poblaciones pequeñas y no representativas de la población del conjunto del estado.

Existe un estudio, el ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), realizado en seis estados europeos, Alemania, Bélgica, España,

Francia, Holanda e Italia, cuyos resultados se han publicado recientemente (Haro y cols 2006).

Psiquiatría comunitaria como opción

El modelo de Psiquiatría Comunitaria es una opción política y técnica, que en aras de un mejoramiento del nivel de bienestar social del ciudadano/a y partiendo de un concepto integral y radical de salud pública, aprovecha hallazgos y aportaciones de la praxis, y la investigación, permitiendo un mayor y armónico desarrollo de diversas formas de entender y abordar los problemas de la salud y la enfermedad psíquicas. La Psiquiatría comunitaria es un paradigma técnico, un servicio público integral en el campo de la salud mental que acerca las estructuras psiquiátricas al usuario, a la comunidad.

Desde un enfoque comunitario los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales así a la mejoría de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales (VV.AA., 2008).

Hace años que se lograron consensos sobre el modelo para la sanidad pública en sus grandes líneas. Las asociaciones para la defensa de la salud pública lo vienen defendiendo hace un cuarto de siglo, también en la salud mental o por los algunos colectivos profesionales defensores de la Psiquiatría comunitaria. El **Informe del Ararteko** al Parlamento Vasco del año 2000 lo hacía explícito: *Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable, aunque este consenso no siempre se traduce en definir prestaciones en base a las necesidades, planificación y financiación de servicios a ofertar y la obligada evaluación.* Aquél fue un documento que elaboramos basándonos en las opiniones de centenares de agentes sociales implicados en la salud mental: pacientes, familiares, profesionales y gestores*. Se trata de un amplio documento al alcance de las personas interesadas, aunque quizá escasamente conocido, incluso por el ámbito político, sector a quien fue dirigido por la institución del Ararteko.

* Ver I. Markez, M. Póo; J. Ariño y otros. *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2000.

Anotación de la Historia reciente

Tras la Segunda Guerra Mundial, desde los años cincuenta, se cuestiona ya el manicomio y la Psiquiatría tradicional. Los cambios sociales y políticos se notan (*menos dictadura y más democracia* era un lema de la época).

Hay mayor conciencia en los colectivos sociales, mayor actitud reivindicativa, un aumento de servicios asistenciales y también desaparecen algunas estructuras sociales.

En los años sesenta se pensaba que para superar el modelo psiquiátrico manicomial imperante y la crítica al modelo médico-psicológico era preciso transformar dicho modelo y la práctica psiquiátrica. Pero eran imprescindibles profundos cambios políticos. Y se entendían las luchas en el campo psiquiátrico como una parte de las luchas antifranquistas del momento. Esto da lugar a corrientes transformadoras en torno a las llamadas Psiquiatría Social y la Psiquiatría Comunitaria.

En los años ochenta parece que originariamente había confluencias entre la voluntad política por efectuar cambios en salud mental y los sectores sociales interesados. Existe ya un marco constitucional y jurídico más definido que puede posibilitar la transformación institucional en la Psiquiatría (la misma Constitución señalaba la igualdad de toda la ciudadanía y su derecho a la salud (art. 43). En 1982, algunas Administraciones Autónomas inician planes de reforma psiquiátrica (posteriormente frustrados desde la propia Administración). En 1985 se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que elaboró un proyecto favorable a una reforma real.

Sin embargo, la ley general de sanidad (LGS) de 1986 se olvidó de la ansiada reforma psiquiátrica. Como detalle conviene recordar que sólo en un artículo de la LGS se habla de salud mental y que ha de ser comunitaria. Se “pasó” de los hospitales con un silencio cómplice. Las autocensuras y pactos con sectores que no apoyaban una reforma sanitaria profunda y digna consiguieron su objetivo. En la práctica, la Administración –con numerosos dinamizadores de la reforma ya integrados– era la única artífice de los posibles cambios y no tuvo en cuenta a sectores profesionales críticos, ni favoreció el movimiento participativo.

Los movimientos alternativos necesariamente debieron enfrentarse a muchos mecanismos del sistema ideológico que otras teorías no cuestiona-

ban sino reforzaban. Me refiero a aspectos sobre la democratización interna de las instituciones, la conexión de las mismas con los movimientos liberadores que trabajaron por abolir contradicciones sociales, combatir mecanismos de segregación, actuar por la reinserción en los diferentes medios de la vida de las personas psiquiatrizadas, por intervención en y de la comunidad, etc.

Una mejor asistencia psiquiátrica pública que atendiera a los usuarios en su comunidad, con buen conocimiento de la realidad social, podría alcanzar un nivel de competitividad que resultaría irresistible para la psiquiatría privada. No obstante, no hay temor para los psiquiatras privados ya que nada apunta a que desde la Psiquiatría pública se vayan a dar pasos en ese sentido y menos aún desde la Administración.

Obviamente el avance neoliberal en algunos lugares está destrozando lo logrado tras tres décadas. Madrid es hoy un referente de preocupación en cuanto que otras comunidades sigan el ejemplo de concertaciones con el sector privado, ejemplo que ha demostrado no ser la solución.

¿Dónde estamos hoy? ¿Puede hablarse del fracaso del modelo médico?

En gran medida la Psiquiatría se constituye como ciencia sin romper con nada, adaptando un cuerpo teórico de otra ciencia: la medicina. De ese modo aparece como una rama de ésta. Es el modelo médico de enfermedad. Así el diagnóstico se realizará en función de conductas y rasgos conductuales de la persona. Desde los años cincuenta, los psicofármacos han penalizado la figura del psiquiatra-médico. Este es el lado débil, sobre todo desde los años noventa.

Nos encontramos con que el modelo sanitario está sufriendo grandes transformaciones por la tendencia internacional a mercantilizar la salud y la provisión de los servicios sanitarios. Donde antes hubo vocación de servicio público ahora son áreas de negocio (Retolaza, 2008).

No obstante, la Psiquiatría organicista o biologicista que sigue estrictamente el modelo médico tampoco sirve para "curar" la enfermedad mental. Hoy son muchas las corrientes y escuelas de pensamiento psiquiátrico, que han ido creando un importante cuerpo teórico "sin la honorabilidad médica", siendo el

más desarrollado el psicoanálisis. Con todo, la Psiquiatría positivista sigue en el poder de la asistencia pública psiquiátrica.

Por otra parte, la formación pre, post y continuada, así como la pérdida de autonomía y la asalarización de los profesionales sanitarios influyen en las condiciones de un trabajo idealmente terapéutico y rehabilitador. En este modelo, como dice Retolaza (2008), la eficiencia (según gerentes y administradores) y la satisfacción de los usuarios nunca son establecidas por los profesionales.

Tras veinticinco años

En estos momentos de aniversarios en la salud mental, y también de críticas desde diversos ángulos hacia los responsables de la sanidad pública en el País Vasco (también en otras Comunidades Autónomas aunque sea por motivos muy diferentes), es adecuado rescatar algunas valoraciones ya señaladas en el referido Informe del Ararteko al Parlamento Vasco del año 2000.

El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, predominancia farmacológica, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario desarrollado en décadas precedentes, con interrogantes sobre su causalidad: ¿convicción científica o ideológica, o por el contrario se trata de estrategias para la reducción de los costes?

En un modelo donde se critica la incomunicación entre sus protagonistas, con actuaciones emanadas de la iniciativa de los clínicos, gestores alejados de las demandas y necesidades, usuarios que conocen lo que desean y una industria farmacéutica con gran influencia en el desarrollo asistencial, es una necesidad imperiosa la corresponsabilidad de todos los estamentos: gestores, profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.

Es sabido que un elevado número de pacientes con trastornos mentales es atendido en el nivel primario de la atención a la salud, pero también es conocida la dificultad manifiesta del nivel primario para identificar, valorar, atender o derivar la demanda al nivel especializado.

El motor del cambio en la atención a la salud mental, en sus procesos de desinstitucionalización, en ningún caso ha de ser la reducción de los costes asistenciales porque por esa vía aumentan los riesgos de exclusión. La ló-

gica del coste/beneficio no da respuesta a las necesidades básicas de las poblaciones afectadas. Naturalmente costes e inversiones son cuestiones distintas. Basta recordar la actual situación de la Comunidad de Madrid (7 hospitales privados, con personal ajeno de la sanidad pública, mientras se inutilizan varios centros de salud mental) o los ceses en el hospital psiquiátrico de Leganés, modelo internacional de un proceso de reforma psiquiátrica. La Comunidad de Madrid ha hipotecado la salud de los madrileños durante los próximos treinta años. Mediante los conciertos de la Administración Pública con los gestores privados, los madrileños pagarán el alquiler de los hospitales privados, privados también de camas, de pruebas diagnósticas y otros equipamientos, y privados de personal propio.

Los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados. La relación es desde el derecho a la salud, no desde la benevolencia.

Son breves retazos de una realidad que se vuelven a constatar. La cuestión reside en mejorar ampliamente un **modelo de sanidad pública** mantenido por el voluntarismo de profesionales, muchos de ellos quemados, que es insostenible con los recursos actuales. Con un sistema de **contratación** de personal (OPE, listas) regulado por ley, que trata de ser justo y ofrecer igualdad de oportunidades, la realidad es que, en vez de consolidar, desestructura repetidamente los equipos y la atención misma, dejando rara vez satisfechos a profesionales y gestores.

Han sido abundantes los comentarios críticos sobre la organización, la valoración del euskera (en un sistema escasamente favorecedor de la euskaldunización de su personal), los contenidos de los exámenes, etc. Existe un malestar bastante extendido entre los colectivos de Psiquiatría, Psicología y Enfermería por las características de las pruebas teóricas a la que han de someterse demasiados profesionales con muchos años de trabajo a sus espaldas. Cabe discutir (y así lo han hecho, por ejemplo, algunos sindicatos) sobre la idoneidad de estas pruebas respecto a los puestos a cubrir. En definitiva resultan cuestionables en sí mismas este tipo de OPEs.

Al tiempo son precisas **inversiones**, crecimiento de plantillas y la optimización de los actuales recursos. Debemos también alejarnos de la "falsa eficiencia" en las políticas de personal que no han de quedar por encima del adecuado funcionamiento de los programas y los servicios. Debe evitarse especular con interi-

nidades y contratos en precario o inadecuados con las prestaciones que exigen. Las **plantillas** pueden y deben adecuarse a los objetivos y necesidades de los centros, servicios y programas asistenciales y/o integrales. Hay quienes seguimos defendiendo la sanidad pública reclamando mayores desarrollos. También comprobamos que hay quienes aspiran a beneficiarse de ella, sin más. Y mucho personal que, sencillamente, va dejando que corran los años, ¡qué lejos quedan aquellas corrientes de defensa activa de las iniciativas en atención primaria, de la salud comunitaria, de la participación e iniciativas sociales...!

Marco referencial

Hoy nos movemos en un modelo mixto, a caballo entre otros dos modelos a la hora de abordar la crisis. Entre el modelo médico *tradicional*, centrado en la atención individualizada y con el fármaco como protagonista, y el modelo comunitario, dirigido no solo a la persona sino también al entorno próximo. El modelo asistencial psiquiátrico, anteriormente centrado en los manicomios tradicionales, se ha orientado hacia la atención comunitaria, siendo los servicios de urgencias elementos esenciales de las redes de salud mental. Sus referentes son, o deberían ser, la Psiquiatría comunitaria y la integración en el sistema público de salud.

1.- Por **Psiquiatría Comunitaria** debe entenderse:

- La Comunidad o Colectividad como centro de atención.
- El C.S.M., los centros comunitarios, como eje del sistema de cuidados.
- Sectorización, con un territorio bien definido para la asistencia integral y con responsabilidades frente a una determinada población.
- Compromiso asistencial a corto, medio y largo plazo.
- Trabajo en equipo siendo el abordaje de carácter multidisciplinar.
- Vinculación permanente con otros servicios sanitarios, sociales y comunitarios.
- Participación de los miembros de la comunidad en la resolución de los problemas de salud mental.

2.- En el **Sistema Público de Salud** debe contarse con:

- Desarrollo planificado orientado por un plan de salud.
- Aseguramiento Público: universal, gratuito y equitativo.
- Financiación garantizada por poderes públicos.

- Prestaciones bien definidas. Provisores adecuados a las mismas.
- Jerarquía clara y explícita de prioridades asistenciales.
- Dispositivos y servicios integrados e integrales: ambulatorios, hospitalización (total y parcial), subespecialidades, etc.
- Continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso.

Oferta y demanda

En la atención de urgencia o normal en los CSMs, la demanda solicita intervención a la espera de que, en el momento, se aporten medidas que permitan resolver su malestar. Un indicador de actividad es el número de consultas y en el País Vasco se da el mayor número de consultas comparado con otras CC.AA., con buenos registros y atención de urgencias.

Sin embargo, el CSM, el servicio extrahospitalario de salud mental, tiene limitaciones:

- Demanda creciente con elevada presión asistencial desde atención primaria.
- La accesibilidad a los servicios sanitarios favorece una creciente demanda de atención difícil de contener.
- Acumulación de pacientes antiguos. Las dificultades organizativas generan consultas repetidas.
- Actuaciones terapéuticas determinadas por “el fármaco”.
- Gestiones burocráticas crecientes.
- No crecimiento de recursos.

En unas agendas sobrecargadas, sin crecimiento en los equipos, se dificulta la atención intensa y precisa para los casos urgentes. Consecuencia de todo ello es que, hoy en día, el Centro de Salud Mental no es el eje del sistema de cuidados. ¡Qué lejos están aquellas ideas de los años setenta y ochenta sobre servicios asistenciales de “puertas abiertas” para la comunidad!

Necesidades

Ante este panorama, las necesidades son variadas. Más recursos, tanto humanos como materiales. Los espacios (despachos de consulta, de administra-

ción, archivos, espacios para grupos, bibliotecas...) han de mejorarse mucho en numerosos centros comunitarios de atención a la salud mental. También es posible optimizar los actuales recursos.

Recursos de salud mental

Atendiendo a lo que plantean Thornicroft y Tansella (2005) podemos fijarnos en los diferentes tipos de recursos:

- *Recursos visibles*
 - **Presupuesto** (dinero absoluto para salud mental; asignación proporcional con el total de gastos sanitarios...).
 - **Personal** (número de profesionales a cada nivel incluyendo la atención primaria).
 - **Edificios y dispositivos.**
 - **Equipamiento y tecnología** (investigación, diagnóstico y tratamiento).

- *Recursos invisibles*
 - **Enlaces** (entre sistemas sanitarios y sociales; entre servicios especializados y atención primaria).
 - **Políticas y Normativas** (leyes; sistemas de organización y de calidad; protocolos y guías de actuación).

- *Formación.* Formación para:
 - Adaptarnos a nuevos modos de intervención con estrategias focalizadas frente a situaciones vitales: rupturas, duelos, enfermedades graves... o ante nuevas poblaciones como es el caso de personas inmigrantes y otros ámbitos de la exclusión social.
 - Intervenciones más estructuradas para evitar la cronificación y estancias prolongadas en el CSM y también para evitar abandonos precoces.
 - Mayor coordinación con atención primaria y hospitales.
 - Mejor conocimiento de la farmacopea, sus indicaciones, sus efectos y, también, sus costes.
 - Conocimiento de técnicas de intervención en crisis, habilidades de comunicación, etc.

No olvidemos que las actitudes de los profesionales condicionan la implementación de las iniciativas y de las nuevas tecnologías, en definitiva, de nuevos recursos para una mejor atención de la salud mental.

Recursos humanos

Las personas son el principal activo de un servicio de salud mental. Interesa su número, su motivación, su formación, su competencia y su posibilidad de participación. Lo cierto es que tenemos un déficit cuantitativo de profesionales en Osakidetza, sobre todo si se compara con los países del mismo nivel de desarrollo económico: las carencias son abismales en los casos de profesionales de enfermería y de trabajo social (tabla 3).

Tabla 3.- Tasas de Profesionales por 100.000 hab. 2005

	País Vasco	España OSM	Europa total	Países ricos	Mundo	AEN
Psiquiatras	10,8	6,34	9,8	10,5	1,2	15,25
Psicólogos	4,56	4,08	3,1	14,0	0,6	15,0
Enfermeras	17,81	7,85	24,8	32,95	2,0	27,25
Tr. Sociales	3,6	1,91	1,5	15,7	0,4	4,5

- **Europa total:** Región europea de OMS: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia, Bulgaria, Croacia, Chipre, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Israel, Italia, Kajastán, Kirkizia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Moldavia, Rumania, Rusia, San Marino, Serbia y Montenegro, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Tayikistán, Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Reino Unido y Uzbekistán.
- **España OSM:** Datos del Observatorio de Salud Mental, patrocinado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- **Países ricos:** UE de los 15.

No obstante, en el País Vasco estamos en mejor situación que otras comunidades. El ratio profesionales/población es superior; se han creado unidades de hospitalización en los hospitales generales; se van desarrollando recursos

intermedios (por iniciativas de asociaciones de usuarios y ONGs); existe una preocupación por una atención digna a la cronicidad; han sido creados nuevos dispositivos (Unidades de Trastornos de la Alimentación o la Unidad de Psicosis Refractarias); y la población parece estar razonablemente satisfecha del trato que se le dispensa. Sin embargo, a veces da la impresión de que las iniciativas que se toman no obedecen a una programación que contemple las necesidades globales y, menos aún, a una planificación estratégica a varios años vista. Los profesionales se quejan, con razón, de no conocer las políticas sanitarias, pero los gestores no están en mejor situación.

Las necesidades de los profesionales sanitarios en general, de la falta de especialistas y de enfermería están siendo debatidas en la actualidad, en ocasiones, con excesiva simplificación de la realidad. No bastan las tasas en función de la población. El número adecuado habrá que obtenerlo en función de las necesidades de salud de la población y de la práctica profesional que queremos y podemos desarrollar. Alcanzar cifras adecuadas de recursos profesionales no depende sólo de cambios notorios en el acceso y el desarrollo universitario. También habrá que desincentivar las migraciones de profesionales de los países en vías de desarrollo, o los desplazamientos a países o comunidades autónomas de mejor acogida, o medidas tendentes a desmedicalizar la vida cotidiana, o evitar la creación de falsas expectativas sobre este o aquel tratamiento, programa o centro asistencial.

Ciertamente lo que actualmente existe es mucho y los avances respecto a la situación de los años ochenta han sido enormes y también lo ha sido la ganancia en la calidad asistencial. Pero ante una demanda tan elevada y creciente, con escasas inversiones y crecimientos en la última década, sin duda, la situación actual es muy mejorable, máxime cuando comienzan a ser notorias las dificultades de intervención: no hay tiempo para una adecuada asistencia.

Nos encontramos en un territorio del bienestar donde carecemos de información, de datos, sobre si las intervenciones terapéuticas o farmacológicas mejoran el malestar y además son escasas las investigaciones epidemiológicas que hayan estudiado la mejora en el pronóstico (Charlton et al, 2004). Una buena parte de lo atendido no tiene solución psiquiátrica ni psicológica (Segura, 1999), sino más bien de tipo social.

Además tenemos que considerar que los recursos asistenciales son limitados y que los profesionales al gestionarlos hemos de considerar que unos pacientes

necesitan mucho, otros menos y algunos posiblemente nada. Para esta consideración hemos de atinar mejor en los diagnósticos y en los tratamientos.

¿En qué Sistema de atención estamos?

Los sistemas sanitarios no solo son responsables de la calidad sino también de generar riqueza, y nuestro sistema sanitario cronifica la atención sin llegar a curar, centrado básicamente en el hospital en vez de en la comunidad. Los hospitales psiquiátricos reúnen la mitad del presupuesto destinado a la salud mental de los últimos años, es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental, los servicios en los hospitales generales y los recursos intermedios juntos. No deben olvidarse las debilidades en el ámbito sociosanitario.

Disponemos de una red asistencial consolidada y bien aceptada por la ciudadanía, y tenemos profesionales competentes y experimentados, en lo que toca tanto a infraestructuras como a recursos humanos y programas sobre salud mental, pero no tenemos una adecuada articulación con la red actual. La falta de gasto público sanitario suficiente, la coexistencia de organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes hacen inviable, también en este ámbito, recibir un servicio integral con la calidad que necesitamos.

El vigente **Plan Estratégico** para la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la CAPV (2004-2008), en su Objetivo Genérico 1, titulado **La reorganización de la red**, dice textualmente: *“La Red estructurará por áreas/zonas sanitarias sus dispositivos intra y extrahospitalarios en una organización integral, flexible y coordinada articulándose mediante Unidades de Gestión Clínica con sus responsables y presupuestos correspondientes que garanticen la accesibilidad y la continuidad de cuidados”*. A continuación se añade que esta estructura organizativa se configurará sobre la base de sectores que contengan todos los dispositivos asistenciales necesarios, tanto hospitalarios como ambulatorios, que se establecerá una jefatura/dirección por sectores y –en el caso de Bizkaia– un responsable territorial, manteniéndose la figura de responsable en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Los sectores que se definen en el Plan son los siguientes:

- Sector de Araba (todo el territorio).
- Sector de Gipuzkoa (todo el territorio).

- 4 sectores en Bizkaia (Uribe, Ezkerraldea-Enkarterri, Bilbao e Interior).

El Plan Estratégico habla de potenciación de estructuras comunitarias, entendiendo por éstas servicios residenciales no hospitalarios y centros de día, como alternativa a la hospitalización de larga estancia. En el País Vasco ha aumentado notoriamente el número de dispositivos y la calidad asistencial (cartera de servicios y coordinación) de los centros comunitarios.

También se menciona el necesario impulso a los programas de rehabilitación desde una asistencia comunitaria mejor coordinada, donde todos los dispositivos –incluidos los de rehabilitación, dependientes de hospitales– funcionen en red. Todo depende de la buena voluntad y de las ganas de trabajar, ambas tan escasas como efímeras cuando se observa la realidad. Aquí es donde se espera que los contratos-programa, la metodología del trabajo por procesos y las Unidades de Gestión Clínica solucionen los problemas. La rehabilitación psicosocial es de tipo sanitario pero dependiendo con frecuencia de asociaciones de familiares de enfermos mentales y otros organismos no lucrativos, así como de las diputaciones y ayuntamientos. La integración laboral solo cuenta con incipientes dispositivos para esta prestación, gestionados por entidades no lucrativas con financiación pública.

Hoy sabemos que muchos problemas de salud solo se resolverán desde una perspectiva integradora y donde la oferta sociosanitaria de servicios quede patente. Esto es necesario para muchos problemas actuales vinculados al envejecimiento de la población, a los nuevos modelos familiares, la precariedad laboral que afecta particularmente a jóvenes e inmigrantes, la movilidad geográfica, etc. Y esto también está siendo atendido desde la Psiquiatría pública, lo que requiere habilidades, conocimientos, nuevas actitudes y disposición hacia nuevas formas de trabajo.

En lo tocante a la reordenación del medio hospitalario el Plan establece entre sus vías principales la reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas a la hospitalización. Se refiere a los hospitales psiquiátricos tradicionales. Parece lógico pensar que esta reconversión en estructuras alternativas, que no cabe concebir más que como comunitarias, debiera contar con una adecuada articulación con la actual red de SME en lo que toca tanto a infraestructuras como a recursos humanos y programas. Pero nadie ha sido capaz desde los inicios de la reforma psiquiátrica en Bizkaia o en la CAPV de

conseguir dar ese difícil paso. Entre otras cosas porque organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes parecen haber condicionado –hasta la fecha– la falta de una adecuada estructura asistencial en este sentido. En este punto es preciso recordar que los presupuestos de los hospitales psiquiátricos vienen suponiendo en los últimos años aproximadamente la mitad de todos los destinados a salud mental, es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental y las unidades de hospital general juntas.

Tenemos un presupuesto sanitario menor que la media europea. Aquí reside una causa principal de la situación de la sanidad pública vasca: sin recursos suficientes, no es posible hacer frente a las necesidades de la ciudadanía en este ámbito, sobretudo si la demanda asistencial va en ascenso y no se corresponde con un incremento ni de recursos humanos ni de infraestructuras coordinadas. En este sentido, el gasto público y el global destinado a salud es tan sólo el 5% del PIB. Sólo superamos a Grecia en todo el ámbito de la Unión Europea de los quince. La inversión en la sanidad pública vasca debería crecer al menos en dos puntos sobre la inversión actual.

La falta de un gasto sanitario suficiente, unido a un desarrollo discrecional de servicios y recursos y las dificultades de coordinación en el ámbito intra-sanitario y socio-sanitario, lleva a la desmotivación y al desgaste de los y las profesiones, que ven cómo sus agendas están cada vez más sobrecargadas y los equipos de profesionales no se incrementan. Esto se traduce en una atención asistencial más deficiente. Por otro lado, que exista financiación específica para salud mental es de gran interés, representando el 5,3% del total de la sanidad (2006).

Entonces: ¿Qué hacer?

Algunas “orientaciones” a modo de ideas que recuerdan a aquellas épocas de la reforma psiquiátrica, a aquellos años ochenta, serían las siguientes:

- Los profesionales de la salud habitualmente somos cómplices del sistema. En primer lugar, debe haber autocrítica. Otra consideración es que las propias personas marginadas son las que nos pueden ayudar mucho. Además los médicos, en concreto, tenemos un poder real, utilizable en un sentido u otro: para hacer salud o para mantener una posición de privilegio. Los servicios públicos, los cen-

- tros de salud, los médicos... son, somos, recursos válidos para los (inter)cambios sociales.
- Hay que repartir el poder. No debe quedar entre cuatro paredes o en la terapia aunque sea efectiva y “democrática”. Hay que dar más poder a quienes más están con el paciente, a quienes están incluso las veinticuatro horas: enfermería, cuidadoras... A veces habría que haber pensado menos en la destrucción de los muros del manicomio y más en la ruptura de nuestras “equilibradas” cabezas.
 - Si nuestras palabras y acciones tienen un peso social significativo, ello quizá exija en ocasiones medir lo que decimos y hacemos para evitar utilizaciones erróneas.
 - Tampoco hay que dejar que todo quede reducido a un problema técnico de competencia de la Administración. Los agentes tradicionales de las transformaciones están en retirada en los últimos tiempos. Los sindicatos han aportado poco; los partidos políticos algo similar, no mucho más allá de debates o discusiones parlamentarias; el tradicional movimiento asociativo ciudadano casi no existe... Solo cabe destacar algunos pequeños colectivos de usuarios, profesionales, etc., entre los cuales las asociaciones de FEDEFES son un ejemplo a seguir. Pero además de tesón y voluntad se han de aunar muchas más energías para ir recogiendo frutos. Es muy posible que una alternativa más “popular” a la Psiquiatría y a la Psicología requiera que en la comunidad haya organizaciones sociales con peso específico importante. Frente al proceso de individualización a que nos somete esta sociedad es indispensable el asociacionismo para, al menos, empezar por cuestionar el carácter individual de la locura y su relación con las contradicciones sociales.

Durante 2008 los primeros centros ambulatorios de la red de salud mental de Bizkaia cumplieron veinticinco años (caso de los Centros de Salud Mental de Uribe, de Santurtzi y de la Comunidad Terapéutica de Manu-Ene...). ¿Ha llegado ya a una fase de madurez la salud mental extrahospitalaria? Sí, si sabemos apuntalar las fortalezas y minimizar las debilidades, la más importante de las cuales se relaciona con la **dispersión** de la red, que condiciona no sólo la distancia física sino la excesiva variabilidad de las formas de trabajo. En la actualidad se está empezando a extender por los servicios la metodología de la **gestión** por procesos, avalada por las Q de calidad.

Los compromisos y la calidad en la **docencia** MIR, PIR y EIR, así como la de los médicos de familia, que resulta estratégica para el futuro, son crecientes. No obstante es escaso el número de plazas de formación MIR, PIR y EIR.

Falta –como en la mayor parte de organizaciones de servicios de Osakidetza– un suficiente desarrollo de la **investigación**. El País Vasco tiene Plan de Investigación propio en la red de Salud Mental pero se incentiva escasamente la investigación.

Es preciso también un auténtico impulso al **trabajo en equipo** y una gestión que prime de manera efectiva en su estrategia el **compromiso** con pacientes y usuarios. Como no podía ser de otra manera este último es uno de los objetivos centrales del Plan de Gestión, pero también es uno de los más fácilmente manipulables, tan presente en los discursos como obviado en la práctica.

Teniendo en cuenta lo anterior, algunas claves que podrían servir para asegurar una adecuada reestructuración de la red podrían ser las siguientes seis:

- 1) Creación de una **comisión** que informe con independencia sobre la situación actual de la red de salud mental, asesorando también sobre su desarrollo futuro.
- 2) Mantener dentro de estructuras específicas de gestión, con experiencia en salud mental, el **control presupuestario** y administrativo de la red.
- 3) Valorar la creación de **unidades de gestión** y administración para cada sector (con presupuestos propios, gestión de personal, contrataciones, edificios y locales), con poder sobre las estructuras existentes en el mismo, hospitales monográficos incluidos.
- 4) Crear una oficina o **agencia de coordinación y promoción** de la salud mental en cada territorio histórico o, al menos, para el conjunto de la CAPV.
- 5) Crear un **mapa** de recursos y servicios socio-sanitarios de salud mental en cada sector o, como mínimo, en cada territorio útil para la planificación de recursos.
- 6) Aplicar el principio de **discriminación positiva**, y no el de contención de costes, a la planificación y la asignación de recursos en salud mental.

Posiblemente el Consejo Interterritorial de Salud del Sistema Nacional de Salud puede tener mayor protagonismo con iniciativas y medidas para avanzar en las necesarias transformaciones. La saturación de algunos recursos, los problemas de coordinación y gestión, la limitación de recursos de rehabilitación y del ámbito sociosanitario, etc. repercuten en la oferta de calidad, lo cual hace que, en ocasiones, existan tendencias al uso de recursos de la psiquiatría privada. También es cierto que en Osakidetza es posible una atención a la salud mental de calidad, pero únicamente optimizando los recursos existentes y avanzando hacia la minimización de las carencias que familiares y afectados viven en el día a día.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellack, L. *Handbook of community psychiatry and community mental health*. Grune & Stratton. New York, 1964.
- Caplan, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- Charlton, B.G. y McKenzie, K. Teating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 194-195.
- CSM de Basauri (2005). *Procedimientos de actuación: Admisión y Acogida*. Mimeo, Basauri.
- Goldberg, D. y Huxley, P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications. London, 1980.
- Haro, J.M.; Palacín, C.; Vilagut, G.; Martínez, M.; Bernal, M.; Luque, I.; Codony, M.; Dolz, M.; Alonso, J. y grupo ESEMeD España: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-51.
- Kielholz, P. (Dir.). "Observaciones sobre la frecuencia de la depresión y sobre los cambios en la sintomatología" En *El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos*. Ed. Herder. Barcelona, 1985.
- Markez, I.; Póo, M.; Ariño, J. y otros. *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2000.
- Markez, I. y Retolaza, A. *Intervención en crisis: atención urgente desde los centros ambulatorios (CSMs)* En Guimón, J.; Dávila, R. y Andreoli, A. (Eds.) *Crisis y Contención. Del Estrés al Equilibrio psíquico*. Eneida Ed. Madrid, 2008.

- Martínez Azumendi, O. Asistencia psiquiátrica sectorizada en la tres últimas décadas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2004, CCIII, 92: 53-68.
- Munárriz, M. Situación de los recursos dedicados a salud mental en España. *Monografías de Psiquiatría* 2008, Vol. 20, nº 1: 30-40.
- Murphy, J.M.; Olivier, D.C.; Sobol, A.M.; Monson, R.R. y Leighton, A.H. Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. *Psychological Medicine*, 1986, 16: 117-126.
- Ortiz Lobo, A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 26-34.
- Padierna, J.M. La urgencia psiquiátrica en un área de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, XIII, 46:182-185.
- Retolaza, A. El territorio del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 13-25.
- Retolaza, A.; Markez, I. y Ballesteros, J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención primaria. *Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1995, Vol. XV, 55: 593-608.
- Segura, A. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13: 218-225.
- Seva, A. y otros. La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas. En *Urgencias en Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1991, pp. 1-9.
- Shepherd, M.; Cooper, B.; Brown, A.C. y Kalton, G. *Psychiatric illness in General Practice*. London. Oxford University Press, 1966.
- Thornicroft, G. y Tansella, M. *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de los servicios*. Edit. Triacastela. Madrid, 2005.
- VV.AA. (AEN) *Consenso sobre promoción de la salud mental y disminución del estigma*. Edita AEN, Madrid, 2008.

SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (I)

ROSA BRACERAS

*Egunabar, Asociación Vizcaína
de Usuarios de Psiquiatría.
Bilbao*



En primer lugar, queremos dar las gracias al Ararteko y a la UPV-EHU por la oportunidad que nos han dado para que se pueda oír la opinión de los más interesados en la salud mental, que somos los pacientes.

Esperamos que nuestra aportación, como sufridores de una enfermedad mental grave, sirva para que, en el futuro, se adopten medidas que subsanen o palien las graves deficiencias que hemos padecido y padecemos en todos los ámbitos.

Dividiremos nuestra intervención en cinco apartados:

- Consideraciones preliminares
- Sistemas de salud
- Sistemas sociales
- Derechos Humanos
- Conclusión

1. Consideraciones preliminares

Hablo en nombre propio como persona que tiene una enfermedad mental grave (psicosis maniaco-depresiva) y en nombre de EGUNÁBAR, Asociación Vizcaína de Usuarios de Psiquiatría, recogiendo así la voz de muchos que no pueden expresarse libremente dado el estigma social y/o por el deterioro o la situación de gravedad, de la que aún no han salido.

Nadie mejor que nosotros que hemos pasado por esa situación de extrema gravedad. Por la paranoia, el estado de confusión, no poder ducharnos siquiera, no poder andar o no poder estar quietos, no poder ni leer... Vivíamos y sentíamos como una persona de ochenta años sin salud, con el miedo a acabar debajo de un puente, sin saber dónde estás (si nos daba el brote en la calle, ya que nadie sabe qué hacer), o sintiéndonos perseguidos y a punto de ser encarcelados o asesinados. No podíamos parar de comer y vomitar, éstas

y tantas otras cosas... Nadie mejor que nosotros puede hablar en el lugar de los que ahora están en esa situación gravedad.

Ahora estamos restablecidos y podemos ver que si nosotros hemos llegado a llevar una vida fructífera, después de haber pasado por eso, con las ayudas necesarias los demás también pueden; podemos saber lo que es, lo que necesitamos, las carencias sociales y sanitarias y la forma de rehabilitarnos.

2. Sistemas de salud

No conocemos, como la mayoría de ciudadanos, las estrategias, planes, políticas y sistemas de sanidad. Pero sí sabemos las deficiencias que encontramos como pacientes. **Necesitamos que se hagan todos los esfuerzos necesarios para llegar a una calidad de vida aceptable, no de supervivencia.** En concreto:

- **Necesitamos especialización en Psiquiatría.** No sólo hay una enfermedad mental, sino muchas y bien diferenciadas. Basta pensar, por ejemplo, que la Odontología se subdivide en siete especialidades y la boca sólo es una parte del cuerpo como puede ser el cerebro. Además la mente es algo más complejo.
- **Necesitamos investigación.** Ante el desconocimiento de las causas y las diversas teorías, necesitamos investigación para encontrar fármacos curativos o, por lo menos, un tratamiento mejor para cada enfermedad, grado y paciente.
- **Necesitamos más psiquiatras para que dediquen el tiempo necesario y se asegure la regularidad de las visitas en función de las necesidades del paciente.** En cambios de tratamiento, y cuando surge una crisis, la atención rápida es vital. En principio, la periodicidad debe ser semanal y no mensual o bimensual como en la actualidad. La rapidez de intervención es fundamental para el éxito en el tratamiento ya que el enfermo y su entorno enseguida se dan cuenta si una medicación no le hace nada o le empeora. Entonces es cuando hay que cambiarla y no a los dos meses.

Tampoco se dedica el tiempo necesario para probar distintos tratamientos hasta encontrar el que le permita al paciente hacer una vida norma-

lizada. En cuanto un tratamiento frena los síntomas al enfermo, se da por bien medicado, aunque esto le suponga una vida infrahumana.

Es posible encontrar el tratamiento óptimo (por lo menos para las patologías no duales) y no basta con pensar que los efectos secundarios son inevitables. Muchas veces se achaca a la enfermedad cuestiones pertenecientes a los efectos secundarios, que son tan graves que hasta el paciente mal medicado achaca sus síntomas, su gran postración y sufrimiento a la enfermedad en sí, hasta que con un cambio de medicación, de la noche a la mañana, todo aquello desaparece.

- **Necesitamos que los psiquiatras no sobremediquen.** La sobre medicación sólo beneficia a las grandes multinacionales farmacológicas, dejando al enfermo en una situación improductiva para sí mismo y para sociedad. Cercena de una manera radical la calidad de vida de la persona enferma, que es a lo que podemos aspirar ya que, hoy por hoy, no existe curación. Por ejemplo, una tarea que antes con gran esfuerzo se lograba hacer en dos horas y otras dos para mentalizarse, una vez han suprimido un medicamento en un tratamiento ya bastante bueno, se puede hacer en quince minutos y sin esfuerzo. Esto no es teórico, es real. Además, la medicación excesiva propicia una espiral en la que, con cada crisis, se le sobre-medica aún más.
- **Por todo lo anterior necesitamos cambiar y poder consultar con cuantos psiquiatras sea necesario.** Debido a la gran cantidad de medicamentos que se comercializan, que hace difícil su seguimiento, y a que no hay un tratamiento único y específico, a veces es necesario pasar a lo largo del tiempo hasta por quince psiquiatras (como en mi caso), con el objeto de encontrar el tratamiento idóneo para cada uno. Así, en la esquizofrenia paranoide la desconfianza está en la raíz del problema, por lo que encontrar un psiquiatra que le inspire confianza al paciente es fundamental para que éste siga el tratamiento.
- **Necesitamos información sobre la enfermedad, sus síntomas, la prevención de crisis y el estilo de vida a adoptar.** Hablamos de hábitos preventivos, por ejemplo cuánto alcohol se puede beber, el tema de las drogas, y los síntomas a vigilar. La información

completa es necesaria para que el enfermo pueda hacerse cargo y tome conciencia de su enfermedad. No se trata de que los psiquiatras nos pregunten “¿qué tal estás?;” obteniendo una respuesta difusa. Debe irse a cosas concretas para saber cuál es el grado de eficacia y acierto en el tratamiento y la dosis adecuada; también para aumentar el grado de rehabilitación y encontrar la medicación óptima, para cada paciente. Casi siempre el paciente ha estado tan mal que, cuando está medianamente regular, piensa que no puede estar mejor, además nadie le dice lo contrario, y se queda en un estado vegetatorio, resignándose a no salir de ahí.

- **Necesitamos otras terapias que ayuden a la recuperación (psicólogos, relajación, tai-chi, terapias de grupo, masajes, etc.)** dado que la medicación no es totalmente eficaz y que está demostrado que estas terapias ayudan mucho a la recuperación de las personas con alguna enfermedad mental. Si se emplean en otras situaciones como la preparación al parto, situaciones de pérdida, etc., por qué no se emplean donde más falta hacen. No tenemos acceso a ninguna terapia que no sea farmacológica. Y todavía esto es más grave en los ingresos hospitalarios en los que carecemos de todo.

Controlar el estrés y mantener una vida relajada son fundamentales para no tener recaídas (la medicación solo las previene pero no las evita). Ya la vida se encarga de ponerte zancadillas, como para no poner los medios necesarios para evitar el estrés en todo lo posible.

El carácter y personalidad previos a la enfermedad, las habilidades y recursos, y las tendencias y disfunciones van a marcar en gran medida cómo nos enfrentamos a la enfermedad y qué hacemos para poder superarla.

La ayuda profesional para mejorar estas capacidades previas es fundamental sobre todo en aquellos pacientes a los que les sobreviene la enfermedad en edades tempranas, cuando su personalidad a veces está por desarrollar. Son precisamente los que tienen un peor pronóstico.

- **Las personas que, además de una enfermedad mental o precisamente por ello, presentan una adicción deben ser tratados de ambas cosas a la vez, ya que si no se convierten en irrecuperables.**

- **Finalmente, necesitamos que no se descuide nuestra salud física**, como es habitual, ya que los medicamentos infieren en el resto del cuerpo y se deben hacer chequeos de rutina para evitar enfermedades como el hipotiroidismo, casi siempre sin diagnosticar, por efecto del litio, etc. El enfermo tiende a achacar todos sus síntomas a su enfermedad mental por lo que los psiquiatras en algunos casos deberían derivar a los pacientes a los especialistas correspondientes.

3. Sistemas sociales

Necesitamos **campañas nacionales anti-estigma**. Se trata, sobre todo, de implicar a los medios de comunicación para que den una información veraz y no sensacionalista, como ocurre hoy con la esquizofrenia y el trastorno bipolar, dañando aún más a los enfermos. El tratamiento en caso de anorexia, alzheimer, depresión es algo diferente y no creemos que estos enfermos difieran en gravedad, personalidad y en derechos a los otros.

Necesitamos muy urgentemente campañas nacionales de **información y prevención de cada una de las enfermedades mentales**, sus síntomas, medidas a tomar, situaciones de riesgo, de vida mentalmente saludable... Esto es fundamental para la detección precoz, evitaría el miedo atávico en las personas, mejorando la respuesta social y la del propio enfermo que tendría mucho más fácil aceptar la enfermedad y acudir a tratamiento en las primeras fases haciendo así posible una recuperación mejor y más rápida.

La precaria situación económica y laboral

La prestación por minusvalía que perciben muchas personas con enfermedad mental es casi la mitad de la renta básica y el salario mínimo. Por tanto resulta muy insuficiente para que un enfermo joven pueda independizarse y hacerse cargo de su enfermedad con las ayudas necesarias. Se depende totalmente de la familia, que puede tener una situación conflictiva previa o desencadenada por la enfermedad, incapacitando y deteriorando aún más la situación del enfermo. Ello supone propiciar una postura pasiva del enfermo que, en vez de adoptar un estilo de vida preventivo, deposita en manos del facultativo y del familiar su salud y su vida.

Los que han tenido una vida laboral previa, de suficientes años para la prestación contributiva, tienen un pronóstico mejor, por la posibilidad de independencia y tranquilidad económica. También esto es cierto en personas con pensión de orfandad suficiente.

La insuficiencia de la familia como proveedora de necesidades básicas y afectos

En el mejor de los casos la familia juega un papel positivo pero que no siempre podrá desempeñar ya que el paciente se hace mayor y la familia desaparece. Se necesitan pisos tutelados. Además, no debe olvidarse que muchas personas con una enfermedad mental no tienen familia disponible, por ejemplo, porque la enfermedad sobreviene cuando (y cada vez en mayor número) ya vivían de forma independiente y/o son padres o madres. Para ellos se necesita articular sistemas de intervención domiciliaria, destacando el programa existente en Asturias.

No son las asociaciones de familiares las únicas que deben hablar por las personas con una enfermedad mental ya que no han estado nunca en su cuerpo, ni en su cabeza, ni algo similar. Las familias sólo pueden saber lo que ven y sus propios sentimientos y dificultades. La familia les conoce como personas en cuanto a su personalidad previa, que influye y mucho en cómo asumir la enfermedad y en su evolución, al igual que otras circunstancias. Pero no pueden saber lo que es tener trastornos mentales y lo que significa, cómo ayudarles más allá de los cuidados básicos.

Esta misma reflexión puede aplicarse incluso a los profesionales, quienes, a pesar de ver a miles de enfermos, no pueden sentir y pasar por lo que pasamos nosotros, a no ser que ellos mismos enfermen.

Asociaciones de usuarios

Las asociaciones de usuarios son el paso intermedio para la recuperación psicosocial, previa al retorno a una vida normalizada, aunque con los cuidados pertinentes. Sirven para la prevención y el acompañamiento en los ingresos, inciden en la conciencia de enfermedad, la necesidad de ingresos, la medicación y el estilo de vida saludable.

Sirven para rehabilitarse también por la asunción de toma de decisiones propias, tareas y conocimientos nuevos, etc. Sirven para sentirse comprendi-

dos en su impotencia, sufrimiento y desamparo, y para establecer de nuevo relaciones sociales de ocio previas a las relaciones normalizadas. Sirven de desahogo, cosa que dejarán de hacer con el psiquiatra que podrá dedicar el tiempo al tratamiento, para combatir la soledad y, en definitiva, para una mejor calidad de vida y restablecimiento.

Nuestra asociación **Egunabar** de usuarios de Psiquiatría no dispone, hoy por hoy, de medios económicos para extender esta ayuda, tan necesaria a todos los enfermos. Durante los once años desde su fundación apenas hemos contado con ayuda profesional, y sólo los últimos años la hemos tenido para la redacción de proyectos y memorias. Por tanto, no hemos podido dedicarnos como quisiéramos a la sensibilización social y a la ayuda a familiares y enfermos.

Aprovechamos para pedir, a quien corresponda, toda la ayuda posible para fortalecer el movimiento de usuarios en beneficio de la sociedad, ya que en cualquier momento a cualquier persona le puede sobrevenir una enfermedad mental.

Lo que las diferencia a las asociaciones de usuarios de las de “familiares y enfermos” es que, en éstas últimas, las personas con enfermedad mental no forman parte de las decisiones, asambleas, juntas directivas, ni pueden opinar sobre las actividades del centro de día al que van. Las personas que padecen una enfermedad mental son socios ya que sus familias así les inscriben pero no tienen los derechos como socios, que los familiares tienen. Las asociaciones de familiares y usuarios tienen distintos fines y características que no deben impedir un entendimiento en beneficio de la normalización de la enfermedad mental.

4. Derechos humanos

Entre las causas de rechazo o interrupción del tratamiento, pueden señalarse, de forma esquemática, los siguientes factores:

- Falta de conciencia de la enfermedad, dada la ausencia de información sobre los síntomas.
- Alcohol y drogas. Carácter previo conflictivo.
- Dificultad de asumir una enfermedad de la que no sabe nada y que tiene la peor prensa de todas. A veces existe un rechazo social mayor que a un persona delincuente.

- Medicación que en muchos casos le incapacita totalmente y/o le aumenta los síntomas. Y que también tiene muy mala prensa.
- Restablecimiento parcial y negación inconsciente de la enfermedad y de que no haya curación.
- Falta de entendimiento con su médico y su familia.

A continuación señalamos siete razones por las que nos oponemos a la proposición de ley de tratamiento ambulatorio involuntario⁴:

- 1. El miedo y la desconfianza están en la raíz de la enfermedad. La impotencia y el desamparo son sentimientos presentes muy fuertemente en los primeros estadios de la enfermedad, por eso aumentarlos con ingresos forzosos, sólo agrava el problema.** Se tiene que intentar por todos los medios ganar la confianza del paciente dedicando todo el tiempo necesario.
- 2. El ingreso o la medicación a la fuerza no contribuye a la concienciación de enfermedad, paso primero e imprescindible para la adherencia a un tratamiento y la rehabilitación,** que se supone que es lo que queremos todos. Solo debería aplicarse en casos de extrema gravedad en la que peligre la vida de las personas. Normalmente se trata de casos en que el paciente toma drogas o abusa del alcohol.
- 3. Dependiendo de su experiencia en el centro, el resultado de un ingreso o tratamiento ambulatorio forzoso, será de rechazo a la medicación y a los ingresos dando lugar a una cronificación en la gravedad.** Se debe valorar el trato recibido, la medicación desacertada, la sobre medicación, la medicación a la fuerza, la contención física sin necesidad (para que no de guerra), la falta de explicaciones, la falta de especialización del personal sanitario, la falta

⁴ Nota de la edición: Proyecto de Ley de jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil. Véase el boletín completo en: [texto íntegro PDF](#) Congreso de los Diputados, serie A, núm. 109-1, de 27/10/2006, concretamente, el capítulo IX. *De la autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos* (vid. las pp. 23 y 24, arts. 84-87). Sobre el posicionamiento en contra, en noviembre de 2006, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental, donde se explican los antecedentes de esta propuesta y la posición crítica del Defensor del Pueblo, vid. <http://www.portalsaludmental.com/Article326.html>.

de terapias psicológicas y ocupacionales, la falta de estrategias para la adquisición de conciencia de enfermedad, la interacción con otros enfermos, etc. En cuanto a tratos degradantes, en muchos casos, se ha vulnerado repetidamente y todavía se vulnera el artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

4. **Además ya existe una figura similar**, consistente en que, por dictamen de un psiquiatra, se ingrese a una persona contra su voluntad y dependerá del juez la duración de la estancia. En estos casos es imprescindible que los policías que vayan a casa vistan de paisano para no degradar más su situación personal en el entorno, ahondando así en el miedo y la negación del paciente a salir de casa.
5. **También creemos que además es discriminatorio frente a los demás ciudadanos y enfermos**, por ejemplo los que tienen enfermedades infecciosas, los de cáncer que deciden si radiarse o no y si someterse a la quimioterapia y hasta cuando. También un enfermo con cáncer trastoca la vida familiar. ¿Por qué no se plantea obligar a drogodependientes y alcohólicos a un tratamiento?, colectivos que conllevan una gran conflictividad familiar y además social. Ni siquiera tienen un artículo en el código civil que restrinja sus derechos incapacitándolos, como sí tenemos nosotros.
6. **En definitiva vulnera los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos siguientes:** art. 7 (todos son iguales ante la ley, protección ante la discriminación), art. 6 (reconocimiento de su personalidad jurídica), art. 2 (derechos y libertades sin distinción de cualquier otra índole), art. 3 (derecho a la libertad), art. 5 (nadie será sometidos a tratos degradantes) y art. 28 (que se establezca un orden social e internacional en que los derechos y libertades de esta Declaración se hagan plenamente efectivos).
7. **Creemos que el fin no justifica los medios y más cuando la medicación que se le obligará a tomar no le curará.** Incluso, casi aleatoriamente, la medicación puede aumentarle los síntomas al punto de agravarle. Desconozco las repercusiones de prolongar un tratamiento con una medicación inadecuada o en dosis demasiado elevada, para un posterior tratamiento rehabilitador. Ya que con las medicaciones de los años cuarenta los enfermos de entonces eran irrecuperables,

quién sabe si los pacientes irrecuperables de hoy en día no lo son por mal tratamiento, además de las drogas y el alcohol.

5. Conclusiones

En el caso de todas las enfermedades mentales la relación entre sistemas de salud, servicios sociales y respeto a los derechos humanos debe ser estrecha y total, ya que al no existir curación y afectar estas enfermedades a todo el ámbito de la persona no se puede abordar desde un solo ángulo.

Sería de gran ayuda para las personas que padecen alguna enfermedad mental que se estableciera en Bizkaia el programa que ya se está realizando en Cataluña. Coordinado por las asociaciones de usuarios y los psiquiatras, en él se capacita a personas con enfermedad mental para que trabajen en el sistema de salud para apoyar a otros enfermos respecto de la conciencia de la enfermedad, las estrategias de rehabilitación etc. Este programa presenta una doble utilidad. Por un lado, mejora la situación laboral de algunas personas y, por otro, ayuda a otras muchas a su rehabilitación.

Para terminar podemos traer a colación un caso concreto que sirve como ejemplo. Se trata de un paciente joven, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sin consumo de alcohol o drogas, que con la ayuda de otro enfermo restablecido, en un mes empezó a concienciarse de su enfermedad. Ingresó voluntariamente y empezó a medicarse regularmente sin negarse a tomar los antipsicóticos. Ni su familia, ni los especialistas lo habían logrado en dos años. Así, en un año, gracias a que dos especialistas encontraron las medicaciones que le iban bien, ahora está totalmente concienciado de su enfermedad y restablecido, a punto de terminar la licenciatura y presentarse a oposiciones. Reconoce las pequeñas recaídas y les pone remedio.

Previamente otros especialistas persistían en suministrarle *Cyprex* y *Risperdal* (que a otros pacientes pueden ir bien) en contra de la opinión del usuario (que es a la vez familiar). Éste observaba que la primera medicación citada le aumentaba los síntomas, siendo tal su desesperación y sufrimiento que intentó suicidarse en dos ocasiones. El segundo medicamento, sin controlar los síntomas, le producía una inquietud incesante y un aturdimiento total, al punto de ser incapaz de leer.

SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (II)

MARGARITA TARAZAGA

*FEDEAFES, Federación de Euskadi de
Asociaciones de Familiares
y Enfermos Psíquicos. Ludio-Llodio. Álava*



En el marco de este curso voy a tratar de analizar la problemática de la enfermedad mental desde el ámbito de los familiares de las personas con enfermedades mentales. Primeramente van a permitirme comenzar con unas breves pinceladas acerca del movimiento asociativo de los familiares y personas con enfermedad mental que tiene sus comienzos alrededor de los años ochenta y que, en el País Vasco, tiene su representación en la Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos (FEDEAFES). Fue creada en el año 1987 y agrupa a cuatro asociaciones, con un total de 3.200 socios en el País Vasco:

- ASAFES – Álava, creada en 1976;
- AGUFES – Gipuzkoa, creada en 1985;
- AVIFES – Bizkaia, creada en 1986; y
- ASASAM – Llodio, creada en 1989.

A continuación me gustaría exponerles el recorrido que se ha efectuado en la evolución del planteamiento de la enfermedad mental. Podría llamarse “el viaje del manicomio a la ciudadanía de pleno derecho”. Así podemos ver cómo, en los años setenta, el modelo de atención era institucional (manicomio), donde al loco o al perturbado se le mantenía encerrado para preservar a la sociedad de alguien considerado peligroso.

En los años ochenta, con la reforma psiquiátrica, se produce la desinstitutionalización y surge la salida de los enfermos mentales de los manicomios hacia el entorno familiar y comunitario, con atención extrahospitalaria (hospitales de día). Allí se continuaba el tratamiento después de las fases de internamiento por aparición de crisis. En esta fase se produce el retorno a las familias de muchos pacientes que estaban con ingresos de larga duración, recayendo en ellos el cuidado, la atención y la colaboración en su rehabilitación. Ante esta nueva situación, se producen los movimientos asociativos de sus familiares.

Actualmente, algunas asociaciones apoyamos la evolución hacia la definición y aplicación de un modelo de calidad de vida, en el que el sujeto ya es denominado **persona con enfermedad mental**. Por tanto, evolucionamos, desde el modelo que buscaba el ajuste pasivo de la persona afectada a su entorno,

a otro que trata de desarrollar su identidad como persona, con un proyecto de vida personal con apoyos y su identidad como ciudadano miembro de una comunidad en la que participa. Es dentro de ésta donde se le debe prestar atención, desde el principio de inclusión en ella, en el desarrollo de los derechos que le corresponden, como por ejemplo, trabajo, vivienda –donde poder a llegar a vivir de forma autónoma fuera del núcleo familiar–, participación en el ocio y actividades culturales de su ciudad, etcétera. El desarrollo de este nuevo modelo de calidad de vida para las personas con enfermedad mental es un reto que debe ser abordado desde los diferentes ámbitos: sanitario, educación, asociaciones, familias, institucional, etcétera.

En este sentido, me gustaría hacerles una propuesta de utilización del lenguaje con responsabilidad. Debemos referirnos, por favor, a una persona diagnosticada con un trastorno mental como persona con enfermedad mental para indicar una condición de la misma y no calificar a toda la persona. También debemos referirnos a los ingresos psiquiátricos como ingreso hospitalario. Por el contrario, rechazamos los términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma (como enfermo mental, trastornado, perturbado, sicópata loco...), o términos que etiquetan a los individuos, sustantivando su condición (como esquizofrénico, maniaco, depresivo, psicótico, anoréxico...). Debe evitarse asimismo el empleo de términos inadecuados para los ingresos tales como reclusión, internamiento, encierro, etcétera.

Dichas estas consideraciones de carácter general, me voy a centrar de forma más concreta en la problemática que se plantea a los familiares de las personas con enfermedad mental en este camino hacia su rehabilitación e integración. Vamos a realizar este análisis desde cuatro aspectos diferentes:

- 1.º Actitud de la familia y las personas con enfermedad mental.
- 2.º Tratamiento de las personas con enfermedad mental.
- 3.º Adaptación laboral de las personas con enfermedad mental.
- 4.º Las personas con enfermedad mental como ciudadanos participativos.

Actitud de la familia y las personas con enfermedad mental

La aparición de una enfermedad mental en una de las personas de nuestro entorno familiar puede generarnos una serie de sentimientos tales como cul-

pa, vergüenza, impotencia, frustración, miedo a lo desconocido y, a su vez, la convivencia con una persona con una enfermedad mental nos lleva a desarrollar diferentes actitudes con nosotros mismos, con el resto de las personas del núcleo familiar y con nuestro familiar enfermo.

Podríamos establecer cuatro fases por las que la familia atraviesa para adaptarse a esta nueva situación. La primera fase sería la de **alarma**. Una persona generalmente joven, con una vida normal, cambia de conducta, se transforma con comportamientos diferentes y no entendemos lo que está ocurriendo. Toda la familia se encuentra desorientada y asustada ante lo desconocido. Una vez diagnosticado el tipo de enfermedad mental que padece, tratamos de buscar explicaciones y las causas o motivos de la enfermedad. Por ello es habitual que, en esta fase, exista la **negación** de la enfermedad, no sólo por parte de los afectados, sino también de sus familiares, tratando de quitarle importancia.

En una segunda fase, al pasar el tiempo y ver cómo se van produciendo y desencadenando ingresos y recaídas y aparecen ideas delirantes que no concuerdan con la realidad, se genera la fase de **resistencia o lucha**, al ver que las soluciones y los recursos que buscamos acaban en el fracaso y nos encontramos con que el problema de la enfermedad mental se ha adueñado de nosotros y que no tiene curación. Se genera ansiedad, irritabilidad, dificultades para desarrollar nuestras actividades básicas como el sueño, el apetito, etcétera. En esta fase también se producen sentimientos de culpabilidad: ¿qué he hecho yo o que no hice? Es necesario aprender a quitarnos esa culpabilidad y centrarnos en lo que podemos hacer a partir de este momento. También podemos llegar a tener actitudes y conductas irreflexivas pensando que nuestro familiar podría dominar sus comportamientos, con sólo esforzarse más, ya que nosotros podemos incluso haber abandonado nuestra rutina de vida e incluso nuestra actividad laboral, necesitando en muchos casos de apoyos psiquiátricos y psicológicos.

Después de varios años de enfermedad, se produce una tercera fase de agotamiento, con sentimientos de tristeza y soledad, que las familias viven como estados de duelo (**pérdida**), al comprobar que los planes y esperanzas que tenían con su familiar no van a producirse y es difícil que éste vuelva a ser la misma persona de antes. Únicamente cuando aprendamos a aceptar realmente que es una enfermedad crónica, con sus crisis y sus momentos de mejora y de recaída, seremos capaces de valorar los pequeños avances que hace nuestro familiar (que en ellos pueden ser de mayor dimensión).

Por último, cuando aprendemos a comprender la enfermedad y a darnos cuenta de que debemos cambiar nuestra actitud ante la enfermedad aprendiendo a conocerla y a comprender al enfermo, se inicia la fase de reencuentro con él y es entonces cuando nuestras expectativas se vuelven más realistas y la familia empieza a saber qué puede exigir del enfermo y cómo ayudarlo, disminuyendo la angustia, favoreciendo las relaciones familiares e intentando entre todos una mayor calidad de vida en familia.

Con el resto de los miembros de la familia, a menudo surgen discusiones familiares acerca de la forma en que cada uno comprende y reacciona ante la enfermedad. Se pueden producir problemas de convivencia que pueden avocar a la desestructuración familiar. Por eso hay que buscar un consenso entre todos los miembros de la familia, formando un frente común, apoyándose unos en otros y compartiendo la carga del cuidado, haciendo respetar al enfermo los límites y las normas que la familia establezca y solicitando su implicación en todo aquello que sea necesario para su rehabilitación.

A menudo la propia enfermedad genera actitudes en el propio enfermo hacia su familia (no propias de la enfermedad, pero sí consecuencia de ella). Me refiero a los chantajes emocionales que aparecen con frecuencia. Por ejemplo, "no me das dinero, no me tomo la mediación"... En este sentido, hay chantajes a los que la familia agrupada tiene que poner límites para conseguir hacer ver a nuestro familiar que está solo ante los chantajes y tratar de mantener la calma ante su postura.

Toda esta problemática descrita es transmitida por las asociaciones para la formación de las familias a través de las escuelas de padres y grupos de autoayuda basados en programas específicos que se desarrollan periódicamente.

Tratamiento de las personas con enfermedad mental

Con el tratamiento que deben seguir las personas con enfermedad mental, pueden surgir entre otros problemas el de la nula conciencia de la enfermedad, la creencia de que no está enfermo ni necesita acudir al psiquiatra. Se agravan así sus crisis psicóticas hasta el momento en que se plantea la necesidad de tramitar un ingreso involuntario para su protección. El primer ingreso involuntario es una situación de extrema dificultad para la familiar por el des-

conocimiento de la tramitación necesaria, así como el desgaste emocional que supone la entrada en el domicilio del personal sanitario y la ertzaintza en el entorno de la vecindad. A veces las familias tienen miedo de hablar de una enfermedad para la que la sociedad ni está preparada ni informada adecuadamente.

Tampoco existe un “protocolo unificado” para los ingresos involuntarios a nivel de la Comunidad Autónoma, existiendo procedimientos y sensibilidad judicial diferente.

Cuando un tratamiento médico se controla en los centros de salud mental existen diferencias de unos a otros en la periodicidad de las consultas, rotación de especialistas y opiniones de las familias en cuanto a la atención de sus familiares. Es importante que se establezca una línea de colaboración entre el equipo del centro de salud mental y las familias para lograr un rehabilitación psico-social más eficaz.

Otro de los problemas que pueden surgir, cuando no se lleva el tratamiento farmacológico de forma continua, es la aparición de amenazas, que generalmente vierten estas personas con el familiar al que más quiere y que está más cerca de él, acusándole de todos sus problemas, lo que conlleva situaciones de muy difícil control emocional.

Es importante también señalar que durante su tratamiento pueden aparecer o aludirse a ideas de suicidio. No es algo que ocurre a menudo, pero los familiares debemos estar atentos a su aparición, escuchar sus desesperanzas y preocupaciones y buscar la ayuda profesional necesaria.

Últimamente, y por desgracia, cada vez con más frecuencia las personas con enfermedad mental tienen, además de su enfermedad, una adicción al consumo de alcohol o tóxicos. Es lo que se denomina patología dual y puede desorientar a las familias ya que, en unas ocasiones, el consumo de tóxicos desencadena la enfermedad y, en otras, palió algunos de sus efectos, como la ansiedad. En cualquier caso, es necesario establecer tratamientos complementarios que no siempre se dan de forma conjunta en los centros de salud mental. Sería necesario que, en estos caso, el tratamiento fuera completo.

Por último, me gustaría destacar el papel que las familias llevamos a cabo en la rehabilitación psico-social de los déficits funcionales de nuestros familiares.

Buscamos restablecer su capacidad para la vida independiente fomentando sus habilidades para las actividades básicas de la vida cotidiana o su autocuidado en aspectos tales como el aseo personal, los hábitos de vida (horarios de sueño), aprendizaje de tareas domésticas, manejo social, manejo del dinero, de los transportes públicos, la utilización de recursos comunitarios, etcétera. Es cierto que muchas de estas actividades también se trabajan por parte de los/as educadores/as de los centros de día a los que acuden las personas con una enfermedad mental.

Adaptación laboral de las personas con enfermedad mental

Las personas con una enfermedad mental perciben que el trabajo influye de manera importante en su calidad de vida. Les ayuda a sentirse mejor y valoran estar ocupados y sentirse útiles dentro de la sociedad. Esta percepción es más significativa cuando la enfermedad ha sobrevenido después de haber desempeñado una profesión y es necesario aprovechar las capacidades residuales y las habilidades aprendidas y reorientarlas a otra actividad profesional. Sus posibilidades de empleo pueden ser mediante el acceso al trabajo ordinario o en los centros ocupacionales, en los centros especiales de empleo...

Aquí es donde las familias debemos respetar las decisiones que, para su futuro laboral, quieran desarrollar nuestros familiares. No debemos crear en ellos expectativas por encima de sus posibilidades, aferrándonos a lo que antes han sido profesionalmente o a su formación académica, comportándonos de igual manera que con otro miembro de la familia.

Sí es importante destacar la necesidad, para aquellos que por los efectos del tratamiento y la gravedad de su enfermedad, de realizar jornadas de trabajo más reducidas, en torno a cuatro horas, y completar los ingresos del trabajo con la percepción de prestaciones hasta el salario mínimo.

Las personas con enfermedad mental como ciudadanos participativos

Las asociaciones de familiares de personas con una enfermedad mental debemos promover y defender los derechos a la inclusión social y la ciudadanía plena de las personas con una enfermedad mental, apoyando la denuncia y prevención de las situaciones de discriminación o vulneraciones de sus derechos.

SALUD MENTAL Y DERECHOS DE LAS PERSONAS (III)

ITZIAR CABIECES IBARRONDO
Psicóloga Clínica. Centro Salud de Leioa.
Bizkaia



En los últimos años, se desarrollan políticas sociosanitarias y diversos programas para abordar la dependencia, la discapacidad, los desórdenes en la salud mental, los estados terminales, las enfermedades crónicas/invalidantes, el riesgo de exclusión social y el maltrato. En distintos planes se prevén redes informales de apoyo, detección precoz, comunicación sociosanitaria, equipos interdisciplinarios, cartera de servicios...

Pues bien, podemos decir que la mayoría de estos objetivos sociosanitarios, a fecha de hoy, no se cumplen. Alguno, como el de violencia de género, comienza a tener un desarrollo. Ello se debe a que atañe a la mitad de la población, existe alarma social y se ha desplegado una acometida estructural que ha comenzado a reflejarse en políticas sociales. En este caso se ha conseguido, por primera vez en veinticinco años, ponernos en contacto a profesionales del espacio sociosanitario municipal, alrededor de un protocolo, con una mínima reflexión, debate y sentido de responsabilidad colectiva.

Del mismo modo, las necesidades en el área específica de la salud mental deberían de convocarnos también, a un fuerte despliegue de praxis sociosanitaria **urgente y prioritaria**, equivalente al de género, por su importancia innegable.

De todas las lesiones y enfermedades los trastornos mentales y neurológicos son la principal causa de **carga de enfermedad**: siendo responsables, según algunos estudios, del 30% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad. Entre ellos destaca la depresión, con un importante 12%. De las diecinueve enfermedades más frecuentes a efectos sociosanitarios, seis son directamente de expresión psicológica.

Además la afectación en la salud mental está también asociada a la dependencia, la discapacidad, la invalidez, etc., que traen concatenados fácilmente efectos indeseables de orden psicoafectivo o psicopatológico.

Cambios sociales

Es determinante conseguir una **detección precoz** y una atención de primera línea que supone reorganizar la atención primaria **incorporando psicólogos**, con perfil clínico, para un trabajo **interdisciplinar** con el resto de sanitarios en el primer nivel. La presencia de psicólogos en atención primaria es necesaria e indemorable. Los profesionales de la medicina ya parten de un grave déficit de formación, escaso tiempo para dedicación a la consulta, incremento y complejidad de la respuesta propiamente médica, como para hacer de “psiquiatras de cabecera”.

En los últimos años proliferan las guías de manejo de los trastornos mentales para uso profesional en atención primaria y nos presentan una perspectiva muy clarificadora. Recogeré aquí tres de ellas. En primer lugar, me referiré a la editada por Osakidetza (*Guía de Trastornos de Depresión y Ansiedad en Atención Primaria*) en 2005, donde se refleja la realidad más común de la propuesta a los médicos de atención primaria y a la que éstos responden en el mismo sentido. Se les ofrece diferentes microdosis de formación teórica, que es ofertada como “*oportunidad exprés*” para identificar y tratar trastornos en la salud mental. Se llega a proponer que no hace falta formación específica:

“La psicoterapia para el médico no psiquiatra, no requiere técnica ni formación especiales, basta con la “Terapia No sistemática” que va implícita en cualquier acto médico” (salir a la calle, autocomplacerse, descansar, se explicará después).

Se trata de una especie de **medicina “sin paciente”**, siendo el tratamiento farmacológico el único arsenal terapéutico.

Otra Guía, postulada por un grupo de profesionales médicos, psiquiatras y psicólogos de salud mental en Castilla La Mancha (2004), coordinada por L. Chamorro, pone de relieve que:

“...las enseñanzas en Psiquiatría que el estudiante recibe en las aulas son muchas veces inadecuadas para el ejercicio profesional futuro... ante la aparición de síntomas y síndromes de la parcela psíquica, el sanitario de atención primaria se siente inseguro, actúa de modo inadecuado e intenta derivar al especialista de Psiquiatría para la resolución de problemas y enfermedades que a él debe corresponder como profesional de primaria... Somos muy cons-

cientes de la ausencia de algunos aspectos de salud mental sobre los que el médico de familia comienza a solicitar formación, como son la adquisición de habilidades para realizar alguna intervención psicoterapéutica, o al menos consejo psicológico”.

Estas consideraciones revelan la realidad de **una terapéutica sin terapeuta.**

Un tercer documento clínico para uso de los médicos rurales y generalistas (Semergen) aconseja: *“Mantener una postura abierta (ante el paciente) mirándole mientras habla, evitando leer el historial, tomar notas, atender el teléfono...”*. Indica: *“Sospecha de depresión: si existe cefalea, dolor abdominal, dolor muscular, trastornos del equilibrio, síntomas gastrointestinales...”*

“Estos síntomas inespecíficos (según la Guía editada por Osakidetza) representan la mitad de las depresiones en atención primaria, constituyendo auténticos enfermos, desorientando al clínico”.

Así tenemos **una orientación teórica que produce más bien desorientación clínica.**

Cuando son preguntados los propios profesionales sanitarios, como en la investigación presentada en Bilbao en diciembre de 2007, por el psiquiatra A. Retolaza y sus colaboradores en el marco de una sesión de la AEN, respecto del “Tratamiento ambulatorio de la depresión: perspectiva de los profesionales”, efectivamente refieren dificultades, diagnósticos *borrosos*, necesidad de formación, trabajo sin coordinación, dificultades de abordaje...

Ante esta forma de abordaje es necesario tener en cuenta que no todo síntoma es negativo, hay por tanto que descifrarlo. El desorden existente produce tanto infra como hiper diagnóstico indeseable en Psicopatología. Los profesionales de primaria están asumiendo una tarea para la que no están preparados e innecesaria, puesto que sí hay otros sanitarios preparados específicamente para abordarla. El déficit de médicos y médicas hace recomendable, por lógica, una mayor dedicación para lo que sí han sido formados. Mientras los responsables sanitarios censuran y proponen frenos para que se acuda a consulta por las problemáticas psicosociales, la tolerancia a las consultas de características biológicas –medios de diagnóstico, analíticas, curas, medicación prolongada– crece desordenadamente cada año, en igual medida que el correspondiente gasto sanitario.

Por tanto, resulta muy importante la **elaboración diagnóstica**, pero además dentro de un cuerpo teórico-explicativo. No puede ni debe reducirse el diagnóstico al criterio exclusivamente sintomático.

Respecto de la **terminología** la referenciación abierta es preferible: utilicemos desde el punto de vista terminológico lo *persistente*, en contraposición a lo crónico. En este marco de intervención aún por desarrollar, no parece oportuno hablar de plazos de dos años para instaurar, con seguridad, un diagnóstico de cronicidad, ya que, en muchos casos, ni siquiera la persona se ha beneficiado de un nivel de intervención terapéutica más adecuado y/o más completo.

Por otra parte, esta deficiente praxis ha posibilitado que se asignaran diagnósticos de depresión o equivalentes depresivos a síntomas de angustia, lo que ha conllevado una correspondiente medicación. Se ha pasado, en estos quince años, de tres meses de propuesta farmacológica a uno o dos años en la praxis actual, llegando a proponer como "*lícito*" plantearse el tratamiento farmacológico indefinido. Además ha conllevado también una prolongación indeseable en las bajas laborales.

Ante este diagnóstico sintomatológico disociando la causa de estos males-tares psicopatológicos, el espacio sanitario no requiere preguntarse por los orígenes psicosociales. Rehuye activamente las noxas.

Es por tanto, imprescindible, un **registro sanitario adecuado** y una elaboración cuantitativa/cualitativa de la demanda para ser entendida y respondida también socialmente. Debe realizarse un registro por género, una anotación de las condiciones laborales, las posibles causas asociadas etc...

Observamos una exigua **cartera de servicios en salud mental**, más allá de los psicofármacos. Actualmente sabemos las personas que vienen siendo atendidas en los servicios de salud mental, pero no las que no han podido hacerlo. Tendríamos que preguntar en la población y entre los médicos de familia cuántas demandas de derivaciones no han sido atendidas; rechazadas por déficit de preparación y/o recursos en los centros de salud mental; o por parte de la persona consultante debido a su rechazo al tratamiento con psicofármacos o a la ausencia de propuestas de psicoterapia, y que habitualmente encuentran respuesta en la atención privada.

Se hace necesario un **código ético médico** frente a las estrategias comerciales de la industria farmacológica, a través de cuya esponsorización y regalos, se induce a un consumo innecesario de fármacos. Asimismo deben estimularse suficientemente las **buenas prácticas profesionales** y el acercamiento de éstas a los distintos sistemas sociales, no sólo el sanitario, sino también el educativo, de servicios sociales, judicial...

Resulta de extrema urgencia el desarrollo de métodos, servicios, recursos de **rehabilitación** y el abrir paso a medidas de reinserción y normalización de la vida, en las que sean protagonistas las propias personas afectadas o sus seres queridos cuando actúan de portavoces, pudiendo plantear sus necesidades e ideas a ser tenidas en cuenta. Por tanto se deben incorporar las necesidades en salud y sociolaborales de las personas con problemas mentales a través de una **participación efectiva**.

La **participación comunitaria** que iniciaba su desarrollo en forma de Juntas locales de Sanidad, Comisiones municipales..., hace más de diez años, vio cortado su desarrollo por el *Osasuna Zainduz* –proyecto con estilo empresarial, donde no figuraba una sola línea sobre intervención comunitaria–. Se frenó así toda forma de análisis sanitario y búsqueda de soluciones realizado por la propia ciudadanía.

Recuperar la participación en los asuntos relativos a la salud, promoviendo respuestas, debe ser tarea de la sociedad, en el plano municipal, especialmente, y no cuestión a resolver únicamente por los técnicos sanitarios o los partidos políticos. La atención a nuestro bienestar requiere soluciones más amplias que el estrecho marco de un centro de salud.

Por otra parte, se precisa **educación sanitaria** en la atención primaria, que vaya orientada a las enfermedades o problemas más prevalentes. La preparación maternal, por ejemplo, inexistente hace veinticinco años, consiguió en los últimos veinte años normalizarse como prestación generalizada y hoy podemos tener acceso, durante unas semanas a una formación que nos prepara como madres o padres. Este modelo nos puede servir como referente a la hora de desarrollar unas actividades semejantes (educación para la salud) que nos preparen mejor en nuestra salud mental.

Además, es urgente intensificar los recursos cara a la prevención y promoción de la salud, **intensificando los conocimientos** generales en relación

con el funcionamiento psíquico, la reactividad del sistema nervioso y las formas de regularlo, en forma de aprendizaje escolar sobre los conocimientos psíquicos fundamentales y la incorporación de la relajación como práctica regular **en el aula**.

También es urgente un incremento importante de la atención sanitaria psicológica **infantil y juvenil**. Debe procurarse la accesibilidad de los medios de prevención dirigidos a la adolescencia: medios en el terreno donde se encuentran los propios adolescentes, paneles itinerantes, talleres itinerantes, páginas informáticas específicas con conocimientos científicos contrastados... Debe hacerse real la posibilidad de consultas psicológicas en municipios diferentes al de residencia (se han observado beneficios en el caso de la anorexia); consultas por correo-electrónico; consultas *on-line* en aquellas personas con problemas de accesibilidad...

Por otro lado, en muchos estudios se plantea la carga intensa que llevan a su espalda muchas personas, y **mujeres** específicamente, como conecedoras, cuidadoras, protectoras o simplemente **soporte de la persona enferma mental**. La Asociación de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales nos ofrece este perfil: madre o hermana, predominantemente; con un tiempo medio de cuidados de once años; una dedicación media de 35 horas a la semana; el 60%, aproximadamente, sin haber podido trabajar fuera –por lo tanto sin autonomía personal debido al cuidado–; y el 75% con problemas en la propia salud mental como persona cuidadora.

Ante esto, hemos observado, en otros estudios, la inferencia de promover exclusivamente medidas psicoeducativas. No es esta una conclusión lógica ni justa. Cuidar es humano y humanizador; deja de serlo cuando se convierte en una tarea continuada y sin elección, o cuando se convierte en sobrecarga, o en altruismo patológico, o directamente en un riesgo físico o psíquico para la persona que cuida. Por tanto, preparar psicoeducativamente a las mujeres y hombres es un objetivo secundario. El primero debe ser disponer de **elección entre cuidar o no, y en qué cuantía**. Para este ejercicio de libertad tenemos que poder delegar en nuestro sistema social. Precisamente esto es la protección social: un medio de aligerar las cargas que representan para las personas una serie de necesidades y de responsabilidades: “Todas las personas somos de todos”.

Ahora se requiere, por ejemplo, **nuevas formas de acogida, temporales**, para que las personas dependientes, niñas, adolescentes y adultas, puedan

disponer de tiempos diarios o intermitentes de cuidado parcial. Muchas personas mayores, en concreto, a veces sin noción de enfermedad neurológica, requieren de espacios de contención-ocio adaptados a diferentes niveles de dependencia y capacidad, sin una adscripción permanente.

Varias fórmulas pueden ser útiles: la adecuación de servicios en las asociaciones de jubilados; la acogida por horas y asistencia a un centro específico en determinados horarios o jornadas semanales, exclusivamente; en el hogar o en espacios colectivos; con voluntariado compensado con créditos u otras formas de voluntariado social que ponga en pie un “banco de tiempo” para “empresas sociales”...

No requiere inversión económica, sólo **formas efectivas de organización de la disponibilidad de personas** que quieran colaborar. Otros países tienen una elevada participación de la ciudadanía en tareas de solidaridad.

Por ejemplo, la extensión de **créditos en los estudios** de muchas profesiones, universitarias o no, en contraprestación a la atención de necesidades sociales, con una tutela responsable, permitiría un buen abastecimiento de jóvenes disponibles para estas funciones sociales de primer orden en la solidaridad –la madurez de las personas jóvenes se expresa frecuentemente por disponer de horarios exclusivos (nocturnos)– y, a la vez, les proporcionaría una oportunidad de participar en la corresponsabilidad social, en vez de esperar a ese empleo, frecuentemente tardío, o la disposición de un automóvil, como medio de paso al mundo adulto.

Es también necesaria una incorporación más intensa de los **varones** a los cuidados y campañas que multipliquen la incorporación de los varones y de jóvenes, de ambos sexos, tradicionalmente ajenos al cuidado de las otras personas.

En el **aspecto judicial** están apareciendo fórmulas abiertas y agilizadoras: delegados judiciales, equipos psicosociales de intervención, arbitrajes, figuras de mediación, servicios de soportes a los Juzgados... Igualmente se hace necesario atender de forma no burocratizada y rápida, por parte de los equipos asesores de los Juzgados, las dificultades que surjan en cuanto a las medidas jurídicas, en los casos de separación y divorcio, en relación al sistema de convivencia. Asimismo deben resolverse adecuadamente las incidencias y la aplicación de las medidas legales para proteger lo más tempranamente

posible la salud mental de estas niñas y niños menores –que observamos tan afectada en muchos casos donde existe pleito entre los padres–. Es urgente, también, revisar la práctica forense desde la evaluación de la salud mental, en relación con la comisión de delitos.

Se hace necesario un **nuevo espacio social** adaptado a las problemáticas de dependencia y las particularidades de la problemática mental, tanto en relación con la vivienda, los espacios de ocio y los itinerarios sociales, como con el calendario social y los sistemas de cooperación. La construcción de salud es una tarea a realizar entre todas las personas. Y es una tarea permanente.

ISBN: 978-84-89776-35-7



9 788489 776357

ararteko

Herriaren Defendatzaillea
Defensoría del Pueblo

20
urte anos

Zuretzat lanean
Trabajando para ti